



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



Institut Català  
de la Salut

# COMISSIÓ PER A LA MILLORA DE LA PARTICIPACIÓ DELS METGES A L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

---

## **DOCUMENT DE CONCLUSIONS**

31 juliol de 2015

## Contingut

1.	Preàmbul .....	4
2.	Resum executiu. Propostes de la Comissió.....	6
2.1.	Resum executiu de l'atenció primària. Propostes de la Comissió .....	6
2.1.1.	El pressupost de cada equip ha de ser el que li assigna el Servei Català de la Salut i l'equip n'ha de disposar en els primers dos mesos de cada any. ....	6
2.1.2.	Cal donar suport als directors a través dels consells de direcció de l'equip.....	6
2.1.3.	Els professionals han de participar activament en l'elecció del director de l'equip. 7	7
2.1.4.	Els equips han de poder personalitzar les agendes i adaptar l'activitat als horaris d'obertura i tancament del centre i a la demanda assistencial. ....	7
2.1.5.	Cal revisar els criteris actuals de mesura d'accessibilitat que aplica el CatSalut d'acord amb els criteris de la població i l'evidència científica actualitzada. ....	7
2.1.6.	L'equip directiu ha de poder participar en l'elecció de les persones (professionals de l'equip), així com fer contractacions eventuais per fer front a necessitats assistencials.....	8
2.1.7.	Cal que les juntes clíniques es revitalitzin, se les doti de contingut i es faci l'elecció directa dels professionals del Consell de Participació de les Professions i d'Administració. ....	8
2.1.8.	Cal donar un nou impuls a les polítiques corporatives sobretot pel que fa a la gestió del coneixement, concedint protagonisme a les unitats de coneixement estratègic corporatiu, amb lideratges transparents i participatius. ....	8
2.2.	Resum executiu dels hospitals. Propostes de la Comissió .....	10
2.2.1.	Noves funcions per a la junta clínica hospitalària .....	10
2.2.2.	Nova composició i noves funcions per a la junta facultativa .....	10
2.2.3.	Participació en el nomenament de la direcció mèdica .....	10
2.2.4.	Potenciació del paper de les comissions clíniques.....	11
2.2.5.	Potenciació de les unitats de gestió clínica.....	11
2.3.	Resum executiu conjunt dels hospitals i l'atenció primària. Propostes de la Comissió	12
2.3.1.	Creació de la junta consultiva territorial.....	12
2.3.2.	Millora de la informació als professionals.....	12
3.	Exposició d'arguments. Altres propostes de la Comissió.....	14
3.1.	Estratègies de participació dels professionals de l'ICS a l'atenció primària .....	14
3.1.1.	Proposta del mecanisme d'elecció del director o directora d'EAP .....	14
3.1.2.	Mecanismes de participació a l'ICS. Propostes concretes de millora i potenciació	16

3.1.3.	Proposta de nous mecanismes de participació als centres (comissions, grups de treball, grups de millora de la pràctica clínica) .....	18
3.1.4.	Les unitats de gestió clínica H/AP, paper en la millora de la participació professional. Recomanacions pràctiques per potenciar-les .....	18
3.1.5.	Mesures pràctiques per millorar l'autonomia professional i la de l'equip .....	19
3.1.6.	Informació que ha d'arribar al professional.....	20
3.2.	Estratègies de participació dels professionals de l'ICS als hospitals .....	21
3.2.1.	Situació actual. Òrgans de participació .....	21
3.2.2.	Junta clínica hospitalària .....	21
3.2.3.	Junta facultativa (JF).....	22
3.2.4.	Comissió de control de qualitat assistencial dels hospitals .....	24
3.2.5.	Comissió de credencials dels hospitals .....	24
3.2.6.	Comissions clíniques.....	24
3.2.7.	Consell de Participació dels Professionals.....	24
3.2.8.	Consell General de Participació.....	24
3.2.9.	Òrgans de consulta corporatius .....	24
3.2.10.	Direcció mèdica .....	25
3.2.10.1.	<i>Mecanisme operatiu d'elecció del director mèdic.....</i>	25
3.2.10.2.	<i>Requeriments per ser considerat candidat a la DM .....</i>	25
3.2.10.3.	<i>Funcions de caire assistencial proposades per al DM .....</i>	25
3.2.10.4.	Direcció assistencial (DA) .....	26
3.2.11.	<i>Les unitats de gestió clínica .....</i>	28
3.2.12.	Conclusions a les mesures proposades per a la participació del metges .....	29
4.	Consideracions finals dels membres de la Comissió de Participació dels Metges de l'ICS.	30
5.	Integrants de la Comissió .....	32
6.	Bibliografia .....	33
	Annex 1. Acord del Departament de Salut, el CatSalut, l'Institut Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 5 de juny de 2015.....	35
	Annex 2. Consideracions particulars dels membres de la Comissió .....	38
1.1.	Reflexió sobre l'organització i els equips directius de les institucions sanitàries (Vicenç Martínez Ibáñez) .....	38
1.2.	Desacord en referència a una frase de l'apartat 4 "Consideracions finals dels membres de la Comissió de Millora de la Participació de l'ICS".....	39

## 1. Preàmbul

La redacció del present document ha estat duta a terme per un equip de metges de l'Institut Català de la Salut (ICS) designats a títol personal.<sup>1</sup> S'ha treballat segons una metodologia consensuada prèviament, prenent com a punt de partida els documents de propostes del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), el document de millora de l'autonomia de gestió d'atenció primària (AP) de l'ICS i el de millora de la participació als hospitals de l'ICS. Els membres de la Comissió han fet un treball de revisió documental i d'aportació de propostes i consideracions a aquest respecte. Tot plegat s'ha anat debatent en un període de tres setmanes i això ha donat com a resultat el present document de conclusions.

Tot i que els membres de la Comissió fem una aposta clara per la integració dels nivells assistencials, s'ha mantingut la separació de les propostes específiques de cada àmbit per aconseguir més claredat expositiva. S'han fixat tres àrees de discussió tant per a AP com per als hospitals. En primer lloc, els mecanismes de participació en l'elecció de qui exerceix la direcció mèdica (DM) o la direcció d'equip. La implicació dels metges en l'elecció dels directius responsables del col·lectiu professional és un mecanisme que ha de permetre un reforçament del seu lideratge. En segon lloc, el relançament del rol de les juntes de representació. Pel que fa a la junta facultativa, cal reforçar les seves funcions i donar-li un caràcter d'òrgan de representació dels metges en el disseny i el desplegament de les grans línies estratègiques i de decisió de l'organització. Un tercer àmbit en el qual es fan consideracions és el de l'autonomia professional, amb el benentès que els professionals han de disposar d'instruments i de capacitat per gestionar el seu propi treball, sempre alineat amb els objectius generals del seu centre i de l'organització.

En l'aspecte formal, el document s'ha organitzat en quatre seccions. El preàmbul, que tracta d'emmarcar l'encàrrec confiat a la Comissió. El resum executiu, en què s'han agrupat i resumit les principals propostes acordades per la Comissió. Una secció on s'expliquen les propostes fetes al resum executiu. En els annexos s'incorporen el document de l'Acord de creació de la Comissió, la bibliografia més rellevant i s'hi han inclòs consideracions generals, reflexions i posicionaments individuals o minoritaris que s'han considerat importants.

La feina feta en tres setmanes conclou amb l'exposició de propostes i reflexions. Aquestes han de servir per continuar un procés més profund que permeti consolidar la cultura de la participació professional a l'ICS. Caldria incloure-les en un procés de millora de la participació que condueixi a una definició del model assistencial de futur i que compti amb la participació professional dels metges i d'altres col·lectius professionals de l'ICS.

Cal remarcar que pràcticament totes **les propostes que inclouen les pàgines següents i el contingut del document han estat aprovats per consens** entre tots els membres de la Comissió. Únicament s'han expressat algunes divergències en el punt que fa referència a la elecció dels directors mèdics i d'equip. A l'annex 2 s'inclou un escrit de consideracions del senyor Martínez Ibáñez en què es puntualitzen aspectes del text de la proposta. També s'ha incorporat un escrit del senyor Solanas en relació amb el mateix punt. La resta de les persones

---

<sup>1</sup> Acord per a la millora de la participació dels metges de l'ICS (annex 1).

va donar suport al redactat final del document, tot i que alguns també van donar suport als escrits de l'annex 2.

En cap cas es considera que aquestes mesures siguin necessàriament les úniques o les millors que es puguin dur a terme, sinó que representen el que aquesta Comissió ha considerat millor i més factible a curt termini. Voldríem remarcar que no n'hi ha prou amb implementar un paquet de mesures, sinó que el treball d'aquesta Comissió hauria de tenir continuïtat i convertir aquesta dinàmica en un procés de millora. Les mesures aportades per la Comissió són fruit d'un treball intens però molt limitat en el temps, per la qual cosa estem segurs que la continuïtat en la reflexió i el treball poden aportar moltes altres mesures significatives.

## 2. Resum executiu. Propostes de la Comissió

S'inclouen a continuació les mesures concretes proposades pels membres de la Comissió per als centres d'atenció primària i per als hospitals i, finalment, les que són comunes a tots dos nivells assistencials. Totes les mesures han estat aprovades per consens dels membres de la Comissió, i hi ha hagut la possibilitat de cada membre d'emetre un vot particular.

### 2.1. Resum executiu de l'atenció primària. Propostes de la Comissió

Un dels reptes més grans dels serveis de salut consisteix a mantenir la qualitat, a conservar-la.

Cal motivar cada professional de manera particular, i el conjunt, com a col·lectiu. Pel que fa als professionals, permetent que desenvolupin les seves capacitats i premiant les iniciatives. A l'àmbit grupal, proporcionant el context institucional d'estabilitat, transparència, participació i meritocràcia que recompensi la cooperació altruista. I això només és possible permetent que els equips adquireixin personalitat pròpia, i puguin establir valors professionals i projectes propis amb voluntat de permanència. Hi ha elements que poden jugar a favor d'igualar a la baixa els nivells de qualitat dels equips assistencials. Cal promocionar que els equips participin en la selecció de nous professionals i que puguin desenvolupar iniciatives comunitàries i lideratges horitzontals, amb un pal de pallar ben clar: la qualitat basada en evidències científiques. Per fer-ho possible proposem:

#### 2.1.1. El pressupost de cada equip ha de ser el que li assigna el Servei Català de la Salut i l'equip n'ha de disposar en els primers dos mesos de cada any.

Cal que els equips rebin el pressupost a començament d'any per poder planificar les seves accions. En un context d'ajustament i retallada pressupostària, els equips han de disposar d'un pressupost base zero a partir de criteris establerts i coneguts.

- a) El Servei Català de la Salut (CatSalut) ha d'assignar directament als equips el pressupost assignat en els dos primers mesos de cada any.
- b) L'ICS ha de prendre aquest pressupost com a base per negociar els acords de gestió (o contractes de gestió).
- c) La proposta d'inversions s'ha de fer amb la participació dels professionals.

#### 2.1.2. Cal donar suport als directores a través dels consells de direcció de l'equip.

Cal acompanyar els directores dels professionals que de manera natural ja lideren aspectes significatius de la vida de l'equip i apropar els nivells jeràrquics. Un dels problemes que ara afrontem és la desafecció de molts professionals que veuen les estructures directives molt allunyades del dia a dia dels seus equips. Aquesta seria la principal crítica a les experiències de gestió a nivell de ciutat, o a les unitats de gestió. No s'ha de perdre de vista que molts professionals s'identifiquen amb el seu equip, i consideren aquest equip la seva empresa. L'articulació d'aquesta proposta pot ser diversa, però ens inclinem per la següent:

- a) Creació del consell de direcció de l'EAP. Amb les funcions d'establir les línies estratègiques de l'equip; donar suport a la tasca directiva en especial pel que fa a la

qualitat, seguretat clínica, acreditació i formació-docència, i prioritzar els objectius anualment tenint en compte les seves característiques, les de la comunitat i també les del territori on actua i planificar l'estratègia per assolir-los.

- b) Composició: els càrrecs directius actuals (director o directora, adjunts a la direcció), referent de gestió i serveis, el o la responsable de qualitat i seguretat clínica, el o la responsable docent, el o la de formació i el o la de recerca. S'hi pot convidar els professionals adients segons els temes a tractar.

### **2.1.3. Els professionals han de participar activament en l'elecció del director de l'equip.**

El sistema de selecció ha de poder captar talent i a la vegada permetre la participació dels professionals. Els càrrecs directius tenen forçosament una triple lleialtat vers l'empresa, la comunitat i l'equip, i ponderar cada decisió en aquest triple encreuament en nodreix la riquesa i l'incert.

Procediment: convocatòria pública amb els requeriments i perfil del lloc.

Requeriment bàsic: llicenciatura o grau en medicina i/o infermeria amb tasques assistencials. L'equip pot proposar els candidats més adients per al càrrec, i aquesta proposta s'ha de reconèixer a partir d'una acta d'una reunió d'equip, prèviament convocada, on hi han de participar els professionals que formen part de l'equip. En aquesta acta hi han de constar la proposta raonada dels candidats i el nom dels representants que l'equip hagi designat per formar part de la comissió avaluadora.

*El procés de selecció i avaluació de mèrits s'exposa a l'apartat 3.1.1*

### **2.1.4. Els equips han de poder personalitzar les agendes i adaptar l'activitat als horaris d'obertura i tancament del centre i a la demanda assistencial.**

La conciliació familiar és un dels reptes a abordar. Es poden trobar fórmules flexibles per tal de complir els horaris del centre i a la vegada personalitzar les agendes. Ara bé, aquestes metodologies d'organització han d'estar subjectes a donar un bon servei, adaptat a les característiques de cada comunitat.

- a) Poder elevar els professionals propostes de com organitzar les seves agendes, sempre pensant en donar un millor servei als ciutadans.
- b) En la mesura del que sigui possible, s'ha de respectar l'estil propi de treballar de cada professional, comptabilitzant l'atenció a poblacions de risc i l'activitat comunitària.
- c) Establir un nou model de treball, a més de l'assistència directa als pacients, que possibiliti treballar de manera proactiva sobre poblacions definides per la seva cronicitat, malaltia avançada o altres indicadors de risc.
- d) Poder establir els professionals les poblacions de risc i planificar tasques futures.
- e) Mecanitzar i estandarditzar al màxim les tasques relatives a qualitat, seguretat clínica i acreditació.

### **2.1.5. Cal revisar els criteris actuals de mesura d'accessibilitat que aplica el CatSalut d'acord amb els criteris de la població i l'evidència científica actualitzada.**

Cal definir nous criteris de mesura d'accessibilitat.

El criteri aplicat actualment pel CatSalut per mesurar l'accessibilitat dels pacients a l'atenció primària no reflecteix l'accessibilitat real dels professionals ni preveu els nous models de relació.

#### **2.1.6. L'equip directiu ha de poder participar en l'elecció de les persones (professionals de l'equip), així com fer contractacions eventuais per fer front a necessitats assistencials.**

Aquesta premissa no és incompatible amb els procediments de lliure concurrència i igualtat d'oportunitats que regeixen els concursos i oposicions públiques. Si volem que els equips conservin la qualitat que amb molt d'esforç han sabut guanyar, s'ha de propiciar que els professionals nous que s'incorporen a un equip: coneguin la història de valors professionals, projectes presents i futurs i compromisos (assistencials, docents, de recerca); i que es demanen no només uns coneixements i habilitats, sinó també una actitud vers la ciutadania i la resta de companys.

De manera més concreta, proposem:

- a) En el procés de selecció d'un o una professional de la borsa per contractar-lo s'ha d'incloure com a element substancial l'entrevista per poder determinar la idoneïtat d'un lloc de treball entre els primers candidats de la borsa. Cal plantejar la descripció dels nous perfils dels llocs claus a la borsa de treball, entre d'altres el perfil de recerca i docència per als centres docents.
- b) Capacitat per proposar interinatges i contractacions eventuais de manera motivada i raonada.
- c) En el procés d'assignació de plaça en un concurs oposició, cal incloure l'entrevista per determinar la idoneïtat quant a la plaça i definir perfils curriculars amb valoració específica de mèrits per a aquest procés de selecció.

#### **2.1.7. Cal que les juntes clíniques es revitalitzin, se les doti de contingut i es faci l'elecció directa dels professionals del Consell de Participació dels Professionals i d'Administració.**

En aquests moments les juntes clíniques es corresponen als serveis d'atenció primària, i s'elegeixen directament. Però no és així quan parlem de la representació professional corporativa: per a aquests òrgans l'elecció la fan les juntes clíniques. Fora molt adient que es trobés un mecanisme per tal que els professionals més votats, ponderats per territori, fossin els que de manera automàtica ocupessin els càrrecs corporatius (Consell de Participació dels Professionals i Consell d'Administració).

*S'exposen les funcions i l'elecció en el document explicatiu a l'apartat 3.1.2.*

#### **2.1.8. Cal donar un nou impuls a les polítiques corporatives sobretot pel que fa a la gestió del coneixement, concedint protagonisme a les unitats de coneixement estratègic corporatiu, amb lideratges transparents i participatius.**

Cal un reconeixement explícit i la consolidació de la tasca dels referents.

Les unitats de coneixement estratègic corporatiu (UCEC) mereixen el reconeixement i suport institucional. Sintetitzen i fan operatiu el coneixement, i sobretot una experiència, treballats amb esforç per moltes persones durant anys. Entre aquestes UCEC destacaríem: guies



clínicas, PREFASEG, EQA, EQPF, EQD, competències funcionals de l'ECAP, seguretat clínica, diversos grups de treball de la Fundació Jordi Gol, I+D+i, etc.

De manera més concreta:

- a) Cal un disseny per estructurar aquestes unitats, dotar-les d'entitat i lideratge, reglar-ne el funcionament i possibilitar que interactuïn amb el conjunt de professionals.
- b) Entre d'altres propostes en aquesta línia, destacariem la possibilitat d'obrir fòrums de participació mitjançant la Intranet amb temàtiques monogràfiques, en les quals els diferents responsables rebin propostes i suggeriments. La periodicitat d'aquests fòrums podria ser anual o bianual. Fer sessions de participació territorials.
- c) Anualment aquestes unitats han de rendir comptes de les seves accions amb una memòria explicativa que inclogui plans futurs.

## 2.2. Resum executiu dels hospitals. Propostes de la Comissió

Atenent l'encàrrec fet a la Comissió per a la Millora de la Participació dels Professionals Mèdics de l'ICS, en la governança, gestió clínica i presa de decisions de les seves organitzacions, presentem el resum de propostes per avançar en la participació efectiva, en aquest cas, dels professionals mèdics dels hospitals.

### 2.2.1. Noves funcions per a la junta clínica hospitalària

La junta clínica hospitalària és l'òrgan col·legiat d'assessorament i consulta del comitè de direcció de l'hospital en totes les matèries que tenen incidència directa en les activitats assistencials de l'hospital.

El funcionament correcte de la junta clínica, amb la composició i funcions bàsiques establertes, pot garantir la participació dels metges en la gestió de la institució.

Tot i això, la Comissió proposa noves funcions per a aquesta junta, ja que considera que, a més de la funció assessora i consultiva de la direcció, ha de participar en la presa de decisions sobre 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.

### 2.2.2. Nova composició i noves funcions per a la junta facultativa

La junta facultativa (JF) és l'òrgan col·legiat d'assessorament i consulta de la direcció mèdica i està integrada pels facultatius electes de la junta clínica i per els qui designi el director o directora mèdic en funció de les necessitats i característiques dels serveis i unitats assistencials del centre.

La Comissió proposa una composició més participada de la JF, amb la incorporació d'altres representants del col·lectiu mèdic (caps clínics, adjunts, residents), en un nombre adequadament equilibrat en funció de cada centre i que permeti la representació de les diferents àrees assistencials.

Així mateix, preveu que el seu funcionament pugui ser més eficaç amb la constitució de la comissió delegada de la junta facultativa, formada per un nombre reduït de membres de la JF, per tal de fer-la més operativa i poder complir les funcions assignades.

La missió principal de la JF és vetllar per la qualitat de l'assistència mèdica prestada a l'hospital, així com participar amb la direcció mèdica en la planificació, organització i gestió de l'assistència clínica i assessorar-la en aquests aspectes, sense oblidar la promoció del desenvolupament de les funcions docent i investigadora.

La Comissió proposa noves funcions per a la JF, entre les quals té una especial rellevància la de proposar candidats per desenvolupar les funcions de la direcció mèdica de l'hospital.

La Comissió considera que la JF també pot ser un òrgan d'assessorament del comitè de direcció.

### 2.2.3. Participació en el nomenament de la direcció mèdica

Una de les iniciatives que permetria la participació efectiva dels metges en les institucions

seria la seva implicació en el nomenament de qui n'exerceix la direcció mèdica.

D'acord amb aquest principi, es proposa un mecanisme operatiu per a l'elecció del responsable de la direcció mèdica, en el qual la proposta inicial de candidats a la direcció de centre la fa la junta facultativa.

Així mateix, la Comissió considera necessària la definició de noves funcions per a aquest càrrec directiu, representant del col·lectiu mèdic. Cal definir el paper del director o directora mèdic en el context de l'organigrama de direcció de l'hospital i amb dependència de la direcció de centre.

#### **2.2.4. Potenciació del paper de les comissions clíniques**

La Comissió considera molt important el bon funcionament d'aquests òrgans de consulta, que es fonamenten en la utilització dels coneixements i l'experiència dels professionals sobre temes diversos per millorar el funcionament de la institució.

A la vegada, remarca la necessitat de donar la màxima operativitat a les comissions per tal que puguin dur a terme les funcions que tenen assignades.

El nombre de comissions ha d'adaptar-se a les característiques i necessitats de cada centre.

#### **2.2.5. Potenciació de les unitats de gestió clínica**

La participació directa, entesa com la gestió de l'activitat pròpia, s'hauria de desenvolupar en el marc de les unitats assistencials, que caldria denominar unitats de gestió clínica (UGC).

Cadascuna de les UGC hauria de tenir com a objectiu essencial dotar els metges assistencials d'instruments per intervenir en la gestió del seu treball de forma autònoma. Per aquesta raó, les unitats assistencials han de tenir unes característiques específiques.

La Comissió creu convenient aprofundir en el desenvolupament d'aquest model de gestió. Aquesta proposta de participació real dels metges en la gestió implica un canvi conceptual i organitzatiu.

## 2.3. Resum executiu conjunt dels hospitals i l'atenció primària. Propostes de la Comissió

### 2.3.1. Creació de la junta consultiva territorial

L'anàlisi de les necessitats actuals per dur a terme una gestió sanitària en clau territorial i amb la participació dels professionals sanitaris de les diferents categories ens porta a proposar la creació d'un nou òrgan de participació. Aquest nou òrgan tindria com a funció principal l'assessorament de la gerència territorial en tots els assumptes assistencials que afectessin el conjunt del territori. A aquest nou òrgan de participació el denominarem junta consultiva territorial (JCT).

#### Composició

A la JCT haurien d'estar-hi representats tots els professionals (equip directiu, metges, infermeria, metges residents, infermers residents, personal de gestió i serveis, etc.) tant dels hospitals com de l'atenció primària. Així mateix, components de la junta haurien de ser membres electes de les juntes clíniques respectives en un nombre proporcionalment equilibrat.

#### Funcions de la JCT

La JCT seria l'òrgan assessor de la gerència territorial en tots els assumptes relacionats amb la gestió del territori que afectessin l'activitat assistencial. Les seves funcions genèriques serien les següents:

- Tenir coneixement del plans d'actuació i programes que afectessin el conjunt del territori.
- Participar en els plans de necessitats elaborats per les diferents juntes per a la seva adequació al conjunt de necessitats del territori.
- Participar en l'elaboració del pla estratègic general del territori i de qualsevol pla d'abast territorial.
- Promoure i avaluar els plans assistencials d'abast territorial.
- Promoure l'atenció integrada i el contínuum assistencial.

### 2.3.2. Millora de la informació als professionals

La comunicació és una eina fonamental per afavorir el coneixement i el sentiment de pertinença dels professionals.

Proposem:

- a) Publicar els acords de la junta clínica a la revista *A prop* o a l'Intranet del centre i l'enviament sistemàtic d'aquesta als correus corporatius dels treballadors de cada territori.
- b) Facilitar l'accés als resultats personals i de l'equip, unitat o servei de manera anonimitzada. Facilitar i promoure el *benchmarking*.

- c) Tenir a la Intranet corporativa definides les plantilles orgàniques mínimes de cada centre, facilitar i compartir els organigrames dels referents i facilitar la cerca de professionals amb l'objectiu de compartir informació.
- d) Donar a conèixer el conjunt mínim d'informació estratègica a cada centre per afavorir la transparència i el trasllat d'informació: l'acord de gestió resultats i compliment, el pressupost i el seu estat d'execució, els objectius assistencials i el pla estratègic.

## 3. Exposició d'arguments. Altres propostes de la Comissió

### 3.1. Estratègies de participació dels professionals de l'ICS a l'atenció primària

#### 3.1.1. Proposta del mecanisme d'elecció del director o directora d'EAP

El sistema de selecció ha de poder captar talent i a la vegada permetre la participació dels professionals. Els càrrecs directius tenen forçosament una triple lleialtat vers l'empresa, la comunitat i l'equip, i ponderar cada decisió en aquest triple encreuament en nodreix la riquesa i l'incert.

##### 3.1.1.1. *Procediment*

Convocatòria pública amb els requeriments i el perfil del lloc. Requeriment bàsic: llicenciatura o grau en medicina i/o infermeria amb tasques assistencials. L'equip pot proposar els candidats més adients per al càrrec. Aquesta proposta s'ha de reconèixer a partir de l'acta d'una reunió d'equip, prèviament convocada, on hi han de participar els professionals que formen part de l'equip. En aquesta acta hi han de constar la proposta raonada del candidat o candidats i el nom del representant o representants que l'equip hagi designat per formar part de la comissió avaluadora.

##### 3.1.1.2. *Procés de selecció*

La comissió avaluadora està composta per:

- 1 membre de la Junta Clínica (o a proposta d'aquesta)
- 1 membre de la Gerència (o una persona que aquesta proposi) (vot de qualitat)
- 1 membre de SAP/DAP
- un membre per cadascun dels equips implicats; cal procurar que almenys un membre sigui metge i un altre infermer; quan només es tracti d'un equip, hi ha d'haver 2 representants, un que sigui metge i un que sigui infermer.

##### 3.1.1.3. *Avaluació de mèrits (per ordre d'importància)*

- Resultats com a professional assistencial: resultats d'indicadors de qualitat assistencial i de prescripció.
- Referent en temes clínics, de qualitat, formació, docència, recerca.
- Proximitat, empatia i capacitat de comunicació han de ser característiques inherents al càrrec.

##### **Mèrits curriculars**

- Experiències avaluades en tasques directives.
- Projecte de millora assistencial de l'equip. Aquest document és la base per realitzar l'entrevista presencial amb els candidats.
- Entrevista per part de la comissió avaluadora.

#### **3.1.1.4. Resolució del procés de selecció**

S'ha de procurar que hi hagi un ampli consens, sense descartar votacions; cada membre ha de raonar el seu vot. El temps de durada de la plaça de direcció és de 5 anys i, anualment, s'han d'avaluar els resultats assistencials, econòmics i de clima laboral. En cas que els resultats no siguin adequats s'ha d'avaluar la situació de manera individualitzada i, si no hi ha possibilitat de millora, s'ha de convocar la plaça amb el procediment habitual establert.

#### **3.1.1.5. Definició i funcions del director d'EAP**

**Lideratge professional:** fa molta atenció a la qualitat i seguretat clínica i harmonitzar els interessos dels diferents estaments que componen l'equip mitjançant la coordinació i supervisió de les tasques de la resta de l'equip directiu.

**Gestió pressupostària:** gestiona el pressupost assignat pel CatSalut a l'equip, amb capacitat per fer previsió de necessitats anuals i fer canvis de partides entre capítols; i amb capacitat de gestionar els complements econòmics lligats a contingents (que el model organitzatiu ad hoc en un equip determinat no perjudiqui econòmicament el metge en relació amb el complement de contingent assignat).

**Gestió de la part variable:** té capacitat de gestionar la part variable segons disponibilitat pressupostària i amb finalitat sempre de millora assistencial.

**Productes intermedis:** té capacitat de modificar internament el pressupost dels productes intermedis sobre la base de les necessitats de la població.

**Contractació/selecció de personal:** en el procés de selecció d'un professional de la borsa per a la seva contractació ha d'incloure, com a element substancial, l'entrevista per poder determinar la idoneïtat d'un lloc de treball entre els primers candidats de la borsa de treball. Cal plantejar la descripció dels nous perfils dels llocs clau a la borsa de treball, entre d'altres, el perfil de recerca i docència pels centres docents.

Té capacitat per proposar interinatges i contractacions eventuais de manera motivada i raonada.

En el procés d'assignació de plaça en un concurs oposició cal incloure l'entrevista per determinar la idoneïtat de la plaça i definir perfils curriculars amb valoració específica de mèrits per aquest procés de selecció.

Aquesta premissa no resulta incompatible amb els procediments de lliure concurrència i igualtat d'oportunitats que regeixen els concursos i oposicions públics. Si volem que els equips mantinguin la qualitat que amb molt d'esforç han sabut guanyar, s'ha de propiciar que els professionals nous que s'incorporen a un equip: a) coneguin la història de valors professionals, projectes presents i futurs, i compromisos (assistencials, docents, de recerca); i b) no només tinguin els coneixements i les habilitats que es demanen, sinó també una actitud adequada vers la població (ciutadans) i la resta de companys.

La interlocució amb el personal de l'equip l'ha de fer la direcció de l'EAP. Les estructures supraequip han d'actuar com a elements d'interlocució i assessorament de les direccions.

**Gestió d'agendes:** s'han d'elaborar amb els professionals per personalitzar-les i adequar-les a la realitat assistencial, amb avaluació de l'accessibilitat.

**Potenciació d'un nou model d'organització:** assistencial, de docència, recerca, formació. Capacitat d'organitzar i innovar el model assistencial de cada equip segons les necessitats. De manera especial, cal potenciar el treball de gestió de poblacions en risc. Per exemple, cal fer l'abordatge del repte de la cronicitat, és a dir, del treball basat en grups de població seleccionats segons unes característiques de risc i que es treballen fora de la consulta habitual.

**Projectes d'atenció comunitària:** el director atorga el reconeixement de les experiències exitoses i avaluades en l'assignació econòmica. Té capacitat d'organitzar-se per alinear-se amb un model assistencial orientat a la salut comunitària i adaptat al seu entorn.

**Plans de formació per a l'equip:** té capacitat de decidir i definir plans de formació per a l'equip en funció de les necessitats detectades i de les línies estratègiques de l'organització.

**Assignació d'objectius (DPO):** té capacitat d'assignar la part individual de la DPO (60%).

**Interlocució territorial:** té capacitat d'interlocució amb proveïdors del territori, CatSalut, i de participar en òrgans locals i territorials on es decideixen temes assistencials.

**Activitat assistencial:** cal preveure i facilitar un temps de dedicació per a l'activitat assistencial.

Vetllar per la **continuitat assistencial:** la longitudinalitat ha demostrat una millora de la salut de la població i forma part de les característiques essencials de l'AP.

### 3.1.2. Mecanismes de participació a l'ICS. Propostes concretes de millora i potenciació

En aquests moments hi ha els següents:

- En l'àmbit de l'EAP: reunions de l'EAP. Reunions informatives on es discuteix el dia a dia de l'equip. Hi ha ordre del dia i es fa acta.
- En l'àmbit del SAP: junta clínica. Es discuteixen les polítiques dels territoris que agrupen diversos equips, normalment dins l'àmbit del SAP. Pot haver-hi també Junta Clínica dins de cada àmbit. Els representants han estat escollits de manera directa.
- En l'àmbit del Centre Corporatiu: Consell de Participació dels Professionals. Es discuteixen les polítiques corporatives. Els representants han estat escollits de manera indirecta a partir de les juntes clíniques. Al Consell d'Administració de l'ICS hi ha la representació dels professionals mitjançant un membre del Consell de Participació dels Professionals i un altre professional designat directament pel conseller.

Al nostre entendre l'organigrama és correcte però caldria:

- a) **Consell de direcció de l'EAP.** Cada EAP ha de comptar amb el seu propi consell. Cal que els directors estiguin acompanyats pels professionals que de manera natural ja lideren aspectes significatius de la vida de l'equip i apropar els nivells jeràrquics. Un dels problemes que ara afrontem és la desafecció de molts professionals que veuen les estructures directives molt allunyades del dia a dia del seus equips. Aquesta seria la crítica principal a les experiències de gestió a nivell de ciutat o a les unitats de gestió.



Cal no perdre de vista que molts professionals s'identifiquen amb el seu equip i el consideren la seva empresa.

**Composició:** els càrrecs directius actuals (director, adjunt o adjunts a la direcció), el referent de gestió i serveis, el responsable de qualitat i seguretat clínica, el responsable docent, el de formació i el de recerca. S'hi podrà convidar els professionals adequats segons els temes que calgui tractar.

- b) **Un mitjà institucional de comunicació** que permeti la interlocució entre els representants. Això és especialment important en l'àmbit de les juntes clíniques i el Consell de Participació dels Professionals. Per tant, assegurar que es pugui tenir una presència i un espai concrets als butlletins territorials i als mitjans de comunicació corporatius (revista *A prop*).
- c) **Consell de Participació dels Professionals.** En aquests moments les juntes clíniques es corresponen als serveis d'atenció primària (SAP) i s'elegeixen directament, però no és així quan parlem de la representació professional a escala corporativa: per a aquests òrgans l'elecció la fan les juntes clíniques. Seria molt adequat que es trobés un mecanisme per tal que els professionals més votats, ponderats per territori, fossin els que de manera automàtica ocupessin els càrrecs corporatius (Consell de Participació dels Professionals i Consell d'Administració).

Quant a les funcions:

- **Consell de direcció de l'EAP.** Les funcions del consell de direcció de l'EAP serien les següents: establir les línies estratègiques de l'equip. Donar suport a la tasca directiva, en especial pel que fa a la qualitat, seguretat clínica, acreditació i formació-docència. Prioritzar els objectius anualment tenint en compte les seves característiques, les de la comunitat i també les del territori on actua i planificar l'estratègia per assolir-los.
- **Juntes clíniques:** inherent a les funcions de les juntes clíniques hi ha conèixer i valorar el Pla d'Inversions, el Pla de Qualitat i Seguretat de l'ICS, el Pla de Formació i el Pla Estratègic. S'ha d'elaborar una memòria anual que inclogui la valoració tant del funcionament de la mateixa junta clínica com del nivell d'assoliment dels acords presos. Les memòries s'han de presentar en els comitès de direcció territorials. El Centre Corporatiu ha de promoure jornades de participació on les juntes clíniques tinguin un paper rellevant. A cada territori s'ha de facilitar la difusió de la memòria anual als professionals.
- **Consell de Participació dels Professionals:** el pal de paller d'aquest Consell hauria de ser l'anàlisi profunda de la qualitat. Els representats dels professionals haurien de ser escoltats sobre totes aquelles propostes que poguessin suposar una millora, i no només escoltats, sinó que també haurien de tenir la possibilitat d'influir decisivament en les polítiques de qualitat i seguretat clínica, i en la generació i gestió del coneixement. En aquest sentit cal nomenar uns responsables corporatius que retin comptes davant d'aquesta Comissió almenys una vegada l'any, com ara:
  - responsable clínic de l'ECAP
  - responsable de guies clíniques
  - responsable o responsables de qualitat, seguretat clínica i acreditació
  - responsable o responsables d'indicadors subjectes a DPO
  - responsable de carrera professional
  - responsable de formació/recerca/docència

Idealment, cada un d'aquests temes hauria de merèixer una sessió monogràfica, o considerar-se tema principal. Proposem que la presentació anual dels acords de gestió se substanciï en un document de posicionament del Consell de Participació on quedi

reflectit el debat que hi pugui haver hagut, i on els seus membres puguin expressar allò que en pensen.

### 3.1.3. Proposta de nous mecanismes de participació als centres (comissions, grups de treball, grups de millora de la pràctica clínica)

1. **Política de consolidació i reconeixement de referents.** Tota vegada que som una empresa basada en el coneixement clínic hem de donar tot el protagonisme a la figura del referent, sobretot en relació amb les rutes o guies clíniques principals. Consolidar aquest rol hauria de ser una prioritat, amb un mínim d'una reunió anual i una rendició de comptes (en l'àmbit territorial). La capacitat per difondre i debatre coneixement s'ha de substanciar en vies clíniques i guies clíniques consensuades, però també en línies de comunicació entre l'atenció hospitalària i la primària. Aquesta dinàmica és imprescindible per poder definir els indicadors de qualitat de més rellevància.
2. **Consell de direcció de l'EAP.** Compost pels càrrecs directius actuals (director, adjunt o adjunts a la direcció), el referent de gestió i serveis, el responsable de qualitat i seguretat clínica, el responsable docent, el de formació i el de recerca. S'hi pot convidar els professionals adequats segons els temes que s'hagin de tractar.
3. Entenem que **en l'àmbit del Centre Corporatiu** hi ha diversos grups que sintetitzen i fan operatius el coneixement i sobretot l'experiència, treballats amb molt d'esforç per moltes persones durant anys. Les unitats de coneixement estratègic corporatiu (UCEC) mereixen el reconeixement i suport institucional. Entre aquestes UCEC destacariem: guies clíniques, PREFASEG, EQA, EQPF, EQD, competències funcionals de l'ECAP, seguretat clínica, diversos grups de treball de la Fundació Gol, R+D+I, etc.  
De manera més concreta:
  - a) Cal un disseny per estructurar aquestes unitats, dotar-les d'entitat i lideratge, reglar-ne el funcionament i possibilitar que interactuïn amb el conjunt de professionals.
  - b) Entre d'altres propostes en aquesta línia destacariem la possibilitat d'obrir fòrums de participació via intranet amb temàtiques monogràfiques, a través dels quals els diferents responsables rebessin propostes i suggeriments. La periodicitat d'aquests fòrums podria ser anual o bianual. També es podrien fer sessions de participació territorials.  
Anualment aquestes unitats han de retre comptes de les seves accions mitjançant una memòria explicativa que inclogui plans futurs.

### 3.1.4. Les unitats de gestió clínica H/AP, paper en la millora de la participació professional. Recomanacions pràctiques per potenciar-les

Les unitats de gestió clínica (UGC) han de tenir autonomia de gestió pròpia, amb pressupost propi, objectius concrets i capacitat de gestionar els recursos assignats per a la seva viabilitat.

La creació de noves UGC ha de respondre a necessitats de convergència del coneixement i a sinergies entre professionals per obtenir una millora substancial en la pràctica clínica. Això és especialment útil amb UGC entre nivells, sistema pel qual cada un dels professionals dels diferents nivells aporta la seva expertesa per assolir un objectiu comú.

La participació professional s'ha de vehicular tal com hem proposat en relació amb els EAP, amb participació directa dels professionals en l'elecció del directiu i participació en la definició dels objectius assistencials segons les necessitats de la població i el marc estratègic de l'empresa i del país.

El desplegament de les UGC pot ser una oportunitat si es desenvolupa amb els criteris de participació proposats en aquest document.

### 3.1.5. Mesures pràctiques per millorar l'autonomia professional i la de l'equip

- Els equips han de poder **personalitzar les agendes i adaptar l'activitat** als horaris d'obertura i tancament del centre i a la demanda assistencial. Cal personalitzar l'agenda per adaptar-la a cada realitat i a la tasca creixent d'activitat no presencial. La decisió definitiva sobre el model d'agenda hauria de raure en un acord de l'equip assistencial, amb la supervisió del director, que hauria de permetre que es mantingués l'accessibilitat (amb criteris més basats en l'evidència) i el servei a la població. La conciliació familiar és un dels reptes que cal abordar. Es poden trobar fórmules flexibles per tal de donar compliment als horaris del centre i a la vegada personalitzar les agendes. Ara bé, aquestes metodologies d'organització han de permetre que es doni un bon servei, adaptat a les característiques de cada comunitat. Els professionals han de poder fer propostes sobre com organitzar les agendes, sempre pensant a donar un millor servei als ciutadans.

En la mesura del que sigui possible, s'ha de respectar l'estil de treball de cada professional comptabilitzant l'atenció a la població de risc i l'activitat comunitària.

- Cal que el CatSalut revisi els **criteris actuals de mesura d'accessibilitat** d'acord amb els criteris de la població i l'evidència científica actualitzada. El criteri aplicat actualment pel CatSalut per mesurar l'accessibilitat dels pacients a l'AP no reflecteix l'accessibilitat real dels professionals ni preveu els models nous de relació. Cal definir criteris nous de mesura d'accessibilitat.
- Millorar el **coneixement de les eines de suport**. Cal establir un **model nou de treball**, a més de l'assistència directa al pacient, que possibiliti treballar de manera proactiva sobre poblacions definides per la seva cronicitat, malaltia avançada o altres indicadors de risc. El professional ha de poder establir les poblacions de risc i planificar tasques futures, i mecanitzar i estandarditzar al màxim les tasques relatives a qualitat, seguretat clínica i acreditació.
- Disposar del **pressupost de l'equip** a l'inici de l'any on, a banda de disposar del pressupost base zero, assignat amb criteris establerts i coneguts, s'hi ha de reflectir l'acord de gestió assolit, els ingressos generats per l'activitat i l'esforç de l'equip (facturació dels convenis, la despesa màxima autoritzada (DMA) i un percentatge de l'estalvi generat en el pressupost de l'any tancat). L'estalvi aconseguit amb bons resultats assistencials ha de retornar, en part, a l'equip de professionals a partir de l'increment de l'incentiu grupal, que n'ha de poder decidir l'aplicació amb autonomia i rendició de comptes.
- El director de l'EAP ha de **participar en la selecció** i la decisió final de l'elecció dels membres del seu equip directiu.
- La proposta d'**inversions** s'ha de fer amb la participació dels professionals.

### 3.1.6. Informació que ha d'arribar al professional

L'ICS té un document de comunicació interna i externa molt complet que considera quasi tots els aspectes possibles. Tanmateix, hi manca:

- Informació corporativa de tipus estratègic: cap on anem, on es demanen esforços i per què... Això significa una comunicació directa de l'estructura directiva amb el professional.
- Informació relativa als processos assistencials en què està implicat. Transparència en els lideratges: per exemple, qui té la responsabilitat d'una guia clínica determinada, amb la possibilitat d'interactuar-hi.
- Informació del TPSC Cloud. Periòdicament, publicació d'un butlletí per especialitats emfasitzant allò que s'està aprenent dels errors.
- Informació del seu centre i dels òrgans de participació en general.
- Informació institucional dels acords de les juntes de personal.
- Mitjans per difondre la informació: publicació dels acords de la junta clínica a la revista *A prop* i el seu enviament sistemàtic als treballadors a través del correu corporatiu.
- Facilitar l'accés als resultats personals i de l'equip de manera anonimitzada. Facilitar el benchmarking.
- La intranet corporativa ha de tenir definides les plantilles orgàniques mínimes de cada centre. Facilitar i compartir els organigrames dels referents. Facilitar la cerca de professionals amb l'objectiu de compartir informació.
- Cada centre ha de donar a conèixer el conjunt mínim d'informació estratègica per afavorir la transparència i el trasllat de la informació següent: l'acord de gestió resultats i de compliment, el pressupost i el seu estat d'execució, els objectius assistencials i el pla estratègic.

## 3.2. Estratègies de participació dels professionals de l'ICS als hospitals

### 3.2.1. Situació actual. Òrgans de participació

Actualment es reconeix que la participació dels professionals és indispensable tant per a la persistència i millora d'un model sanitari equitatiu i universal com per a la recuperació de la satisfacció en l'exercici de la professió mèdica. Per això plantegem, en aquest document, diverses propostes per incrementar aquesta participació.

Tots els hospitals disposen en l'actualitat d'estructures (òrgans) de participació i representació, unes de caràcter consultiu i altres de caràcter tècnic, que actuen com a suport de la direcció. També hi ha unes estructures legalment constituïdes, on hi ha representació dels facultatius. Els òrgans principals de participació de l'ICS són:

- Òrgans de participació vinculats als centres hospitalaris
  - o Junta clínica
  - o Junta facultativa
- Òrgans de participació vinculats al conjunt de la corporació
  - o Consell de Participació dels Professionals de l'ICS
  - o Consell General de Participació

Tot seguit fem unes consideracions sobre els elements de participació de l'hospital que afecten directament els metges.

### 3.2.2. Junta clínica hospitalària

Òrgan col·legiat d'assessorament i consulta del comitè de direcció de l'hospital en totes aquelles matèries d'incidència directa en les activitats assistencials de l'hospital.<sup>2</sup>

#### **Composició<sup>3</sup>**

- President: director mèdic o directora mèdica
- Vicepresident: director o directora d'infermeria
- 4 membres (designats per la direcció de l'hospital entre els directors clínics i coordinadors mèdics)
- 1 adjunt d'infermeria (designat per la direcció d'infermeria)
- Membres electes (cada 2 anys):
  - o 2 caps de servei.
  - o 2 caps de secció.
  - o 2 facultatius especialistes.
  - o 1 facultatiu resident.
  - o 2 supervisors d'infermeria.
  - o 2 diplomats en infermeria.

#### **Funcions bàsiques**

- o Informar i assessorar, a requeriment del comitè de direcció, sobre totes aquelles matèries d'incidència directa en les activitats assistencials de l'hospital.
- o Informar sobre el pla de necessitats anual de l'hospital.
- o Elaborar els programes de millora de la qualitat assistencial i fer-ne la proposta al

<sup>2</sup> Article 22 de l'Ordre de 18 de novembre de 1985.

<sup>3</sup> Decret 53/2006.

comitè de direcció. A més, emetre l'informe sobre la idoneïtat de les persones aspirants que reuneixin els requisits necessaris per ocupar temporalment, en funcions, el lloc de cap de servei o de cap de secció en els serveis jerarquititzats de l'hospital.

#### **Proposta de noves funcions. Participació de la JC**

Per tal que les juntes clíniques tinguin una participació més efectiva cal que, a més de complir adequadament les funcions ja esmentades prèviament (funcions bàsiques), s'hi incorporin noves funcions:

- Rebre informació i participar en l'aprovació dels plans que abastin el conjunt del centre: pla estratègic, pla de qualitat i seguretat clínica, pla de renovació d'equipaments, pla d'inversions, pla director d'espais, etc.
- Rebre informació sobre el contracte programa, els objectius corporatius i qualsevol altre aspecte que afecti el conjunt de l'organització.
- Rebre informació i participar en la presa de decisions estratègiques per al compliment de tots els objectius de l'organització.
- Rebre resposta del comitè de direcció del centre sobre les propostes presentades i disposar d'informació sobre les decisions adoptades en relació amb aquestes propostes.

S'ha de garantir un mecanisme de comunicació per facilitar que els professionals de l'hospital coneguin els acords de la junta clínica al més aviat possible.

#### **3.2.3. Junta facultativa (JF)<sup>4</sup>**

Òrgan col·legiat d'assessorament i consulta de la direcció mèdica integrat pels facultatius electes de la junta clínica i per aquells que designi el director mèdic en funció de les necessitats i característiques dels serveis i unitats assistencials que en depenen.

La Comissió considera que la JF també pot ser un òrgan d'assessorament del comitè de direcció.

#### **Composició**

Es proposa la composició següent:

- Tots els caps de servei.
- Facultatius electes de la junta clínica.
- Altres representants del col·lectiu mèdic (caps clínics, adjunts, residents), amb un nombre adequadament equilibrat en funció de cada centre i amb representació de les diferents àrees assistencials.

En cas que es consideri necessari, s'ha de poder constituir la **comissió delegada de la junta facultativa**, formada per un nombre més reduït de membres d'aquesta JF, designats per la pròpia junta per tal de fer-la més operativa. D'aquesta Comissió, n'han de formar part sempre els membres electes de la JC. A més, s'ha de tenir present la necessitat de comptar amb membres representants de les diferents àrees assistencials.

#### **Funcions**

---

<sup>4</sup> Article 22 de l'Ordre de 18 de novembre de 1985.

La missió principal de la JF és vetllar per la qualitat de l'assistència mèdica prestada a l'hospital, així com assessorar la direcció mèdica pel que fa a planificació, organització i gestió de l'assistència clínica i participar-hi promovent el desenvolupament de les funcions docent i investigadora.

***Proposta de noves funcions. Participació de la JF***

- Proposar candidats per a la direcció mèdica de l'hospital.
- Participar en l'elaboració dels plans estratègics per donar resposta a tots els objectius generals de la institució (assistencials, docents i de recerca).
- Participar en l'elaboració del pla general de necessitats de la institució.
- Participar en les actualitzacions de la cartera de serveis del centre prèvia avaluació de les necessitats de la població, dels resultats esperats, de l'evidència científica, de l'impacte social i econòmic, etc.
- Participar en l'elaboració del pla de renovació d'equipaments que afecten directament els facultatius.
- Participar de forma activa en l'elaboració dels plans d'adequació de les plantilles de metges, de noves incorporacions, etc. Aquesta participació comporta el coneixement de la composició quantitativa i qualitativa de les plantilles del personal facultatiu de l'hospital i la possibilitat d'avaluar-la i de proposar-ne modificacions si es considera oportú.
- Participar en el disseny i l'adaptació estructural dels espais assistencials. Conèixer, informar i, si escau, proposar modificacions de la infraestructura física de l'àrea assistencial de l'hospital.
- Participar en la definició dels trets generals de la política de qualitat assistencial de l'hospital i vetllar pel seu compliment.
- Donar suport al funcionament de les comissions clíniques i dinamitzar-les.
- Participar en el pla de formació i desenvolupament professional dels facultatius. Elaborar el programa de formació continuada per al personal facultatiu.
- Aprovar la normativa interna que afecta els metges si no hi ha regulació superior en aquest sentit.
- Conèixer el contracte programa abans que sigui formalitzat per la direcció gerència. Conèixer el pressupost que s'hi assigna anualment.
- Conèixer i aprovar la memòria anual de l'àrea assistencial de l'hospital.
- Designar representants qualificats per avaluar l'acreditació professional del personal facultatiu.

Els continguts de les reunions de la JF haurien de ser publicats (a la intranet) per poder ser consultats per tots els facultatius, al més aviat possible, després de la celebració de les reunions. Els assistents a la JF haurien de ser els elements comunicadors encarregats de difondre els acords de les reunions a la resta de professionals del seu àmbit de treball (altres facultatius, residents, etc.).

### 3.2.4. Comissió de control de qualitat assistencial dels hospitals

Òrgan d'assessorament i consulta de la direcció per a totes aquelles qüestions que incideixin en la qualitat de l'assistència prestada als pacients.<sup>5</sup>

### 3.2.5. Comissió de credencials dels hospitals

Òrgan de consulta pel que fa a la informació i la valoració dels historials professionals dels candidats a caps de servei, caps de secció i d'altres càrrecs de comandament de personal sanitari del mateix hospital que té per objectiu assessorar els òrgans competents sobre la idoneïtat dels aspirants per a l'exercici del càrrec. Està formada per 5 membres (3, designats lliurement pel director gerent de l'ICS, i 2 són vocals electes de la junta clínica del mateix col·lectiu professional que els aspirants al càrrec que cal proveir).<sup>6</sup>

### 3.2.6. Comissions clíniques

Són òrgans assessors del comitè de direcció. Se'n poden destacar les següents: les comissions de qualitat clínica, de docència i formació continuada, de farmàcia, de mortalitat, d'infeccions, d'urgències, el comitè ètic d'investigació clínica (CEIC) i el comitè d'ètica assistencial (CEA). El nombre de comissions s'ha d'adaptar a les característiques i necessitats de cada centre.

### 3.2.7. Consell de Participació dels Professionals

Òrgan de participació de l'ICS que assessora el Consell d'Administració sobre assumptes relacionats amb les condicions i l'exercici professional del personal mèdic i infermer de l'organització. Està integrat pel president del Consell d'Administració (o persona en qui delegui) i pel nombre de membres que determini el Consell d'Administració fins a un màxim de 15. En la composició del Consell de Participació dels Professionals es garanteix la presència majoritària de metges i infermers electes que formin part de les juntes clíniques de l'ICS<sup>7</sup> amb representació de tots els territoris.

### 3.2.8. Consell General de Participació

Òrgan de participació comunitària amb finalitats consultives, d'assessorament i de seguiment i supervisió de l'activitat sanitària de l'ICS. Està integrat pel president del Consell d'Administració (o persona en qui delegui) i pel nombre de membres que determini el Consell d'Administració fins a un màxim de 30. En la composició del Consell General de Participació es garanteix la presència de representants de les corporacions i altres organitzacions professionals, dels pacients i usuaris, dels ens locals, del món veïnal, sindical i empresarial, així com la representació del CatSalut i de l'ICS mateix.

### 3.2.9. Òrgans de consulta corporatius

En aquest document, el terme *consulta* s'interpreta com a utilització dels coneixements i l'experiència dels professionals sobre temes diversos que pot contribuir a millorar el funcionament de la institució. La *consulta* es configura, actualment, com a concepte de proximitat i s'articula mitjançant la creació de grups de treball sobre temes estratègics que, tradicionalment, reben les denominacions de *comitè tècnic* i *comissió clínica*.

<sup>5</sup> Article 24 de l'Ordre de 18 de novembre de 1985.

<sup>6</sup> Disposició addicional primera de l'Ordre de 18 de novembre de 1985.

<sup>7</sup> Articles 15 a 17 del Decret 13/2009.



La Comissió considera molt important el bon funcionament d'aquests òrgans de consulta i remarca la necessitat de donar la màxima operativitat a les comissions per tal que puguin dur a terme les funcions que tenen assignades.

### 3.2.10. Direcció mèdica

Una de les iniciatives que permetria la participació efectiva dels metges en les institucions seria la seva implicació en el nomenament del director mèdic. Resulta particularment apropiat que els professionals responsables de les àrees assistencials dels dispositius sanitaris (direccions mèdiques i d'infermeria) siguin escollits sobre la base de propostes específiques dels òrgans de representació dels diferents col·lectius.

#### 3.2.10.1. Mecanisme operatiu d'elecció del director mèdic

D'acord amb aquest principi es proposa com a mecanisme operatiu per a l'elecció del responsable de la direcció mèdica (DM) el procediment següent:

- Proposta inicial de candidats (preferentment una terna) a la direcció de centre (DC) o la figura que ostenti la direcció executiva del centre de la JF, amb valoració raonada del perfil curricular dels candidats.
- La DC ha de poder demanar un informe extern d'avaluació de capacitats directives dels candidats que s'ha de tenir en consideració en la decisió final.
- Un cop la JF ha formalitzat les propostes, la DC ha de demanar als candidats proposats l'acceptació formal a participar en el procés de selecció.
- El comitè de credencials és qui s'encarrega de verificar la documentació aportada pels candidats.
- La DC fa el nomenament definitiu de DM, un cop aconseguit el màxim consens de la JF.
- La DC ha de comunicar per escrit, tant als candidats com als òrgans proposants, la decisió final. Aquesta comunicació ha de presentar una argumentació raonada que sustenti els motius de la selecció del candidat.

El procediment complet s'ha de dur a terme en un període **no superior a sis setmanes**. La **durada del càrrec** hauria de ser de quatre anys, període suficient per permetre al professional que vulgui reintegrar-se a l'activitat assistencial que ho pugui fer sense haver-se allunyat massa de la clínica. El càrrec de DM es podria prorrogar una vegada (màxim 8 anys), en casos concrets i sempre per necessitats argumentades. El període de gestió dels DM hauria de tenir un **reconeixement professional específic**, un cop conclosa l'etapa de direcció. S'han d'acabar de normativitzar els mecanismes de relació del director assistencial (DA) amb el director mèdic (DM).

#### 3.2.10.2. Requeriments per ser considerat candidat a la DM

Els candidats haurien de tenir un perfil adequat a les necessitats del lloc que s'ha d'ocupar i, en general, haurien de complir les característiques següents:

- Coneixement del centre i del territori. Es valoraria positivament que el candidat hagués exercit prèviament funcions de comandament, com cap de servei o de secció (càrrecs que porten implícites capacitats assistencials i de gestió), o hagués mostrat capacitat i expertesa en la gestió de processos assistencials en el marc d'institucions sanitàries.
- Prestigi professional. El candidat hauria de ser un metge reconegut pels seus companys i amb experiència assistencial àmplia.
- Capacitat per liderar grups humans.

#### 3.2.10.3. Funcions de caire assistencial proposades per al DM

La Comissió considera necessària la definició de noves funcions per a aquest càrrec directiu.

- Proposar les línies assistencials de l'hospital i vetllar per la consecució d'aquestes línies.
- Participar en l'elaboració dels objectius assistencials anuals, i també en els de docència postgraduada, formació continuada i recerca clínica.
- Vetllar perquè l'hospital disposi dels recursos tant humans com d'infraestructura necessaris per oferir una assistència de qualitat.
- Participar en la selecció i contractació de personal i vetllar perquè es contracti el personal més qualificat. Presentar les propostes de candidats a la comissió de credencials.
- Vetllar perquè la institució atorgui el reconeixement que correspongui als professionals que en siguin mereixedors i introduir elements de motivació personal.
- Facilitar la comunicació entre els diferents serveis i unitats per assegurar una bona coordinació entre ells, així com analitzar demandes i peticions de cada servei i grups de treball per aconseguir un hospital cohesionat i equilibrat.
- Facilitar la comunicació i col·laboració del centre amb altres centres del territori i entre els diferents nivells assistencials.
- Coordinar i facilitar les relacions entre diferents professionals sanitaris de la institució.
- Assegurar que la institució té una bona política de seguretat en el treball.
- Potenciar els grups d'excel·lència en la pràctica clínica. Afavorir la iniciativa dels professionals per endegar nous projectes assistencials de millora.
- Informar els facultatius de les decisions que es prenen amb transparència i honestedat.
- Planificar l'assistència mèdica i la implementació de models assistencials nous.
- Proposar la incorporació de noves tecnologies i modificacions de la cartera de serveis.
- Representar institucionalment el col·lectiu de facultatius.

#### **3.2.10.4. Direcció assistencial (DA)<sup>8</sup>**

Els models organitzatius de les institucions van evolucionant d'acord amb el coneixement, les necessitats de l'entorn i la capacitat de diferenciar-se per oferir serveis o productes cada vegada més competitiu i excel·lents.

Actualment, els models de funcionament més destacats i d'èxit estan apostant per l'organització per processos mitjançant la incorporació de quadres directius altament especialitzats i professionalitzats pel que fa als processos estratègics, clau i de suport.

L'especificitat dels territoris i la dinàmica inexorable de les noves formes de governança han d'establir canvis en l'organització i, en concret, en la gerència de l'àmbit.

Una nova figura, important des del punt de vista organitzatiu, en els centres **i en els territoris** que així ho considerin, és la direcció assistencial (DA). El director assistencial és designat pel gerent com a càrrec de confiança i ha de formar part de l'equip gerencial del territori (equip nuclear). De la DA, en dependria orgànicament la direcció mèdica (DM) i la direcció d'infermeria (DI). El perfil del titular de la DA ha de ser de forta formació teòrica i experiència pràctica sòlida en gestió en salut. És fonamental que tant la gerència com la DA, la DM i la DI estiguin alineades en l'estratègia i la tàctica de la institució.

---

<sup>8</sup> Reflexió personal del senyor Martínez Ibáñez sobre el paper de les direccions assistencials (en el cas dels centres o gerències que decideixin establir-ne).



### 3.2.11. *Les unitats de gestió clínica*

La participació directa, entesa com la gestió de l'activitat pròpia, s'hauria de desenvolupar en el marc de les unitats assistencials, que s'haurien de denominar *unitats de gestió clínica* (UGC). Tradicionalment, les unitats assistencials reben diferents denominacions segons l'àmbit on es desenvolupa el treball dels facultatius: *serveis*, en els hospitals; *equips d'atenció primària*, en l'atenció primària; o *centres sociosanitaris i de salut mental*. Aquestes unitats estan dirigides per un cap que coordina el treball dels membres que les integren. Cadascuna de les UGC ha de tenir com a objectiu essencial dotar els metges assistencials d'instruments per intervenir en la gestió del seu equip de forma autònoma. Per aquesta raó, les UGC han de tenir les característiques següents:

- Composició multidisciplinària (membres de diferents professions sanitàries).
- Normativa de funcionament intern, elaborada pels diferents professionals de l'equip, que faciliti la resolució dels conflictes interns. S'ha de tendir que les decisions de caràcter organitzatiu relacionades amb la manera com s'ha de fer la feina i que afecten tota la unitat es prenguin per consens.
- Comptar amb un líder amb coneixements sobre eines de gestió, capacitat negociadora i competència professional provats.
- Capacitat per acordar amb la direcció els objectius i vetllar perquè es compleixin.
- Pressupost propi en funció dels objectius fixats.
- Compromís de retre comptes amb periodicitat sobre els resultats aconseguits.
- Tots els membres de l'equip han de comptar amb una retribució complementària, percentualment significativa sobre la retribució total, que estigui lligada al compliment dels objectius i que comporti que en siguin coresponsables (risc compartit).

La Comissió creu convenient aprofundir, en un futur pròxim, en el desenvolupament d'aquest model de gestió.

### ***3.2.12. Conclusions a les mesures proposades per a la participació del metges***

Una participació més important dels facultatius assistencials en la gestió i organització dels centres ha de comportar un canvi conceptual i organitzatiu, i facilitar la recuperació de la professionalitat entesa com:

- La potestat de gestionar de forma autònoma el treball propi i de coordinar-lo amb el dels altres professionals, amb la finalitat d'assolir amb eficàcia i eficiència els objectius de la institució.
- La capacitat d'ordenar la demanda assistencial.
- L'assumpció de responsabilitats i riscos.
- El dret a un desenvolupament professional correcte i a retribucions adequades i adaptades a la quantitat i qualitat del treball.

Així mateix, una participació més important dels professionals ha de suposar una millora en la qualitat assistencial i en la satisfacció del pacient que, en definitiva, és l'objectiu final de la nostra feina.

## 4. Consideracions finals dels membres de la Comissió per a la Millora de la Participació dels Metges a l'ICS

Aquest document s'ha redactat tenint en compte les particularitats dels centres hospitalaris i dels centres d'atenció primària. Algunes de les propostes s'han considerat de manera conjunta per a tots els centres de l'ICS. La Comissió vol deixar constància expressa que el futur i el present de qualsevol organització de serveis sanitaris, en especial de l'ICS, passa per avançar en una progressiva integració territorial en clau de processos assistencials **conservant i potenciant els elements clau que donen valor afegit tant a l'atenció primària com a l'hospitalària**. De fet, la participació dels professionals en òrgans territorials pot esdevenir una eina important per assolir aquesta fita.<sup>9</sup>

Cal **promoure la cultura de la gestió clínica entre els professionals** per tal de caminar cap a l'excel·lència professional i el millor aprofitament dels recursos. Coresponsabilitzar el metge dels resultats de la seva tasca assistencial és l'únic camí que garanteix la millora contínua i l'aplicació d'un model veritablement centrat en el pacient. La Comissió considera que la potenciació de la participació entre els professionals d'una organització és una qüestió cultural, no només normativa; per tant, no es pot pensar que, un cop creats els mecanismes de participació, aquests es consolidin en el funcionament de l'organització només amb normatives i propostes, sinó que cal generar la cultura de la participació, cal lideratge i voluntat directiva per afavorir-la i fomentar la seva activació des de les bases. Tots els membres de l'organització han d'entendre que la participació implica substancialment el funcionament de l'organització. Si la participació és irrellevant per a l'estratègia de l'organització, acabarà sent irrellevant en el seu funcionament.

La promoció de la participació professional a l'ICS ha de ser un eix estratègic de la institució, per tal de dinamitzar-ne l'adaptació als nous reptes assistencials. Tot i això, l'aplicació s'ha de fer en clau de centres i territoris. **Cal adaptar-se a les característiques i particularitats de cada centre.**

L'ICS disposa d'un seguit d'òrgans de participació. La percepció dels professionals és que la participació no està prou arrelada a l'ICS. A més de crear els òrgans de participació, cal garantir que compliran la funció que els pertoca i que la seva activitat arribarà a tots els professionals. Qualsevol iniciativa orientada a aquesta finalitat ha d'establir com a imprescindible la implicació des de la base. **Els professionals són el capital humà i posseeixen el capital coneixement de la institució.** Són ells qui prenen les decisions finals que afecten els pacients i condicionen l'assoliment dels objectius assistencials i pressupostaris.

Els objectius assistencials de la institució són oferir als ciutadans accessibilitat i resolució. Per aconseguir-ho, cal dotar els professionals d'eines per aplicar el seu capital *coneixement* de la manera més eficient. Per fomentar la participació i l'autonomia professional cal que tots els centres disposin d'un contracte programa en base real que reconegui l'activitat, la complexitat i les particularitats de la població atesa. Aquest contracte programa l'ha de donar el CatSalut a

---

<sup>9</sup> *Vot particular del senyor Solanas en desacord amb la redacció d'aquesta frase (annex 2)*

tots els centres i aquests han de tenir capacitat per poder gestionar-lo amb la major eficiència. **Compartir el risc sobre la base d'un pressupost realista i suficient** implica capacitat de presa de decisions i repercussió en els equips i centres dels resultats obtinguts.

La Comissió considera que cal afavorir la participació qualitativa, és a dir, aquella que influeix de manera decisiva en la marxa de la institució, per sobre de la participació quantitativa, que només busca fer arribar un missatge preacordat als subjectes. Cal recollir la feina feta fins ara i potenciar l'esforç que ja ha fet l'ICS per fomentar la participació dels professionals. L'ICS ha de liderar aquest canvi buscant consensos professionals, i ha d'**afavorir els lideratges reconeguts davant dels imposats**. Per aconseguir la màxima implicació dels professionals, aquests han de poder conèixer què es demana a la institució i han de tenir capacitat d'intervenció per decidir com ho faran.

Els membres de la Comissió volen fer palès el fet que fomentar la participació professional a l'organització no depèn d'un paquet de mesures concretes. Aquest document ofereix un seguit de propostes, però en realitat, per tal que aquestes tinguin repercussió, la participació s'ha de construir des de la base dels professionals. Es tracta d'un canvi cultural que cal propiciar amb lideratge directiu i amb implicació dels professionals. El nivell decisor per assolir aquest objectiu es troba en els dirigents de l'ICS, del CatSalut i del Departament de Salut. Només promovent un **canvi cap a la cultura de la participació i l'aparició de lideratges clínics forts** s'aconseguirà que les mesures aquí proposades i altres establertes en la mateixa direcció tinguin una clara repercussió en el canvi estratègic de l'organització, i convertir-la en una organització orientada a resultats en salut dels ciutadans. Si es vol mantenir el principal actiu de la institució, cal avançar cap a models de selecció de personal objectius i orientats a triar els millors.

La Comissió considera que **cal apropar la gestió i l'assistència**. 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.

La informació és un element cabdal per fomentar aquesta participació. **Cal augmentar la transparència en la gestió** i posar a l'abast dels professionals del centre (tant en temps real com sigui possible) totes aquelles accions que s'estan duent a terme des de la gerència i molt especialment des de la direcció d'equip/mèdica. En aquest sentit pot tenir interès realitzar activitats periòdiques de "rendiment de comptes" per part de la direcció adreçades a tots els professionals i posar a l'abast dels metges les actes de les reunions de la junta clínica i de la junta facultativa.

En darrer terme, cal remarcar que la **cultura de la participació és multidisciplinària** i ha de compartir-se amb altres perfils professionals (personal d'infermeria, tècnic, etc.). Cal fer un esforç per trobar solucions conjuntes que permetin assumir el repte d'integrar els principals col·lectius en un model d'organització transversal, participada i orientada a resultats.

## 5. Integrants de la Comissió

Antoni Andreu Pérez	Vocal	Direcció ICS
Carme Boqué Oliva	Vocal	Hospitals
Francesc Borrell Carrió	Vocal	Atenció primària
Magda Campins Martí	Vocal	Hospitals
Anna Carreres Molas	Secretària	Hospitals
Lluís Esteve Balagué	Secretari	Atenció primària
Oriol Estrada Cuxart	President	
Sílvia Güell Parnau	Vocal	Atenció primària
Carme Hernández Aguado	Vocal	Hospitals
Vicenç Martínez Ibáñez	Vocal	Direcció ICS
Xavier Matías-Guiu Guía	Vocal	Hospitals
Rosa Morral Parente	Vocal	Direcció ICS
Núria Nadal Braqué	Vocal	Atenció primària
Joan Miquel Nolla Solé	Vocal	Hospitals
Josep M. Pepió Vilaubí	Vocal	Atenció primària
Pascual Solanas Saura	Vocal	Atenció primària



## 6. Bibliografia

Acord de 5 de juny de 2015 entre el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut, l'Institut Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per al desenvolupament d'iniciatives que afavoreixin la participació dels professionals en la governança i gestió dels centres de l'Institut Català de la Salut.

Decret 202/1985, de 15 de juliol, de creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, DOGC núm. 568, de 27 de juliol de 1985.

Decret 258/2007, de 27 de novembre, pel qual s'estableixen, amb caràcter provisional fins que s'aprovin els estatuts i normes de desplegament de la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, normes organitzatives de l'Institut Català de la Salut.

Decret 53/2006, de 28 de març, de mesures de reforma de l'Institut Català de la Salut.

Document disponible a <http://www.gencat.cat/ics/>

Document disponible a <http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/index.htm>

Document disponible a <http://www.gencat.cat/salut/>

Document disponible a <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/>

ICS. Pla estratègic 2009-2011. Novembre 2009.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (BOE). Madrid: BOE, núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Llei 12/1983, de 14 de juliol, de l'administració institucional de la sanitat i de l'assistència i els serveis socials a Catalunya.

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), DOGC núm. 1324, de 30 de juliol de 1990.

Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, DOGC núm. 4940, de 3 d'agost de 2007.

Ordre de 16 de maig de 1990, que modifica parcialment l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya, DOGC núm. 1302, de 8 de juny de 1990.

Ordre de 18 de novembre de 1985 (DOGC núm. 621, de 4 de desembre 1985), de regulació de l'estructura orgànica de direcció, gestió i administració de les institucions hospitalàries de la Seguretat Social a Catalunya.

Reial decret 1517/1981, de 8 de juliol, de transferència dels serveis de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya.

La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris. Comissió de l'Ordenació de la Profesió Mèdica. (Document aprovat en el Ple del Consell de la Profesió Mèdica de Catalunya, de 2 d'octubre de 2007.) Departament de Salut, 2007.

Proposta per potenciar la participació dels professionals en la presa de decisió en els centres hospitalaris de l'ICS (juny 2015).

Document sobre autonomia de gestió del grup d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (juny 2015).

Document COMB sobre propostes de millora i canvi per a l'Institut Català de la Salut (ICS). Col·legi de Metges de Barcelona. Març 2015. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. ABIM Foundation. Med Clin (Barc) 2002;118: 704-6.

The Future Direction of General Practice. A roadmap. The Royal College of Practitioners, 2007.

Future hospital: Caring for Medical patients. The Royal College of Physicians, 2013.

Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Arch Intern Med 2011;171:1150-9.

Neville R, Austin S. The King Canute GP appointment system. BMJ 2014; 349:g7228

## Annex 1. Acord del Departament de Salut, el CatSalut, l'Institut Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de 5 de juny de 2015.

**ACORD ENTRE EL DEPARTAMENT DE SALUT, EL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT I EL CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA PER AL DESENVOLUPAMENT D'INICIATIVES QUE AFAVOREIXIN LA PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS EN LA GOVERNANÇA I GESTIÓ DELS CENTRES DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.**

Barcelona, 5 de juny de 2015

### REUNITS

D'una banda, el senyor Boi Ruiz García, conseller de Salut.

D'altra banda, el senyor Josep Maria Padrosa Macias, director del Servei Català de la Salut.

D'altra banda, el senyor Carles Constante Beitia, president del Consell d'Administració de l'Institut Català de la Salut.

D'altra banda, el senyor Jaume Padrós Selma, president del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya .

### ACTUEN

El primer, en nom i representació del Departament de Salut, amb NIF S0811001G, en ús de les atribucions que li confereix l'article 12 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització, procediment i règim jurídic de l'Administració de la Generalitat de Catalunya.

El segon, en nom i representació del Servei Català de la Salut, amb NIF S5800006H, en virtut del seu nomenament per al càrrec pel Decret 41/2011, de 4 de gener (DOGC núm. 5791, de 7.1.2011), i d'acord amb les atribucions que li confereix l'article 17 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

El tercer, en nom i representació de l'empresa pública Institut Català de la Salut, amb NIF Q5855029D, en ús de les facultats que li són conferides per la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut, i el Decret 13/2009, de 3 de febrer, pel qual s'aproven els Estatuts de l'Institut Català de la Salut, les quals exerceix en virtut del seu nomenament de president del Consell d'Administració de l'Institut Català de la Salut, per Acord del Govern de la Generalitat de Catalunya, de 16 d'abril de 2013.

El quart en nom i representació del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, amb NIF V-60147899, corporació de dret públic de caràcter professional regulada per la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de les professions titulades i dels col·legis professionals, i inscrits els seus Estatuts en el Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat de Catalunya mitjançant Resolució JUS/1910/2008, de 12 de juny (DOGC de 19 de juny de 2008).

### MANIFESTEN

I.- Que les parts signants reconeixen la importància de la participació efectiva dels professionals sanitaris en les decisions assistencials i de gestió dels hospitals i centres d'atenció primària.

II.- Que el Departament de Salut, entre els principis que inspiren el Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 explicita que el coneixement dels professionals clínics és bàsic per a la planificació, gestió i millora del sistema. Així mateix el Pla de Salut indica que el coneixement clínic ha de guiar la transformació del sistema i ha de passar a tenir un paper prioritari en la planificació mitjançant l'establiment d'esquemes i mecanismes efectius de governança clínica i participació professional.

III.- Que el Servei Català de la Salut, emmarca les seves actuacions en el Pla de Salut 2011-2015 i l'utilitza com a instrument de referència per a la transformació del model per donar resposta a les noves necessitats socials: l'atenció integral als malalts crònics, els nous abordatges de les malalties més comunes i la modernització organitzativa.

IV.- Que l'empresa pública Institut Català de la Salut d'acord amb la Llei 8/2007, de 30 de juliol, de l'Institut Català de la Salut i el marc normatiu vigent, disposa, pel que fa a la professió mèdica, de diferents òrgans d'assessorament i de participació recollits en els seus Estatuts.

V.- Que l'empresa pública Institut Català de la Salut (ICS) ha treballat i treballa en projectes de millora de l'autonomia de gestió dels centres hospitalaris i d'atenció primària.

VI.- Que el Col·legi de Metges de Barcelona ha elaborat un document amb propostes per fomentar i desenvolupar la participació efectiva dels professionals en les decisions assistencials i de gestió de l'Institut Català de la Salut, que les parts coneixen.

VII.- Que la intenció dels sotasignats és que els òrgans d'assessorament i de participació professional tinguin un paper més rellevant i efectiu en el govern de l'empresa pública Institut Català de la Salut.

Per tot el que s'ha manifestat, les parts signants, reconeixent-se mútuament la capacitat d'obligar-se,

#### ACORDEN:

**Primer.-** Crear una comissió de treball amb l'objectiu d'aprofundir en les matèries objecte d'aquest acord.

**Segon.-** Aquesta comissió tindrà la composició següent:

- a) La presidència, a proposta del Departament de Salut.
- b) Un membre de la Comissió Executiva de l'empresa pública Institut Català de la Salut, a proposta de la direcció gerència de l'Institut Català de la Salut.
- c) Un membre del Comitè de Direcció de l'empresa pública Institut Català de la Salut, a proposta de la direcció gerència de l'Institut Català de la Salut.
- d) Un/una gerent territorial de l'empresa pública Institut Català de la Salut, a proposta de la direcció gerència de l'Institut Català de la Salut.
- e) Sis professionals de l'àmbit de l'assistència de l'atenció primària de salut de l'empresa pública Institut Català de la Salut a proposta del Departament de Salut i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
- f) Sis professionals de l'àmbit de l'assistència de l'atenció especialitzada de salut de l'empresa pública Institut Català de la Salut a proposta del Departament de Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

Les persones designades seran nomenades per resolució del conseller de Salut.

La comissió podrà comptar amb l'assessorament i la col·laboració de les persones que consideri necessàries.

**Tercer.-** La comissió de treball haurà de donar, mitjançant propostes articulades, resposta als objectius següents:

- a) Millorar en els aspectes d'autonomia de gestió necessaris perquè l'efectivitat i els avantatges d'aquesta siguin exercits i percebuts pels professionals.
- b) Avançar en la millora de la participació efectiva dels professionals mèdics, tant de l'atenció primària com dels hospitals, en la governança, gestió clínica i decisions de les seves organitzacions a través dels òrgans de participació que reconeix la normativa vigent o d'altres que, en la progressió de l'autonomia de gestió i en els projectes de millora de la participació esmentats, es considerin pertinents.
- c) En l'àmbit d'atenció primària, reconeixent el lideratge professional, dissenyar els procediments de participació per a l'elecció del responsable d'equip.
- d) En l'àmbit dels centres hospitalaris, reconeixent el lideratge professional, dissenyar els procediments de participació per a l'elecció del càrrec de director mèdic.
- e) Analitzar el conjunt de les estructures organitzatives de gestió i clíniques, per tal de millorar en la simplificació i racionalització de l'organització.
- f) Analitzar i elaborar propostes de desenvolupament del document del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona indicat en l'antecedent VI.
- g) Proposar aquelles altres accions que en el marc d'aquest Acord es considerin oportunes.

#### Quart.-

Les reunions de la comissió de treball seran setmanals amb l'objectiu de presentar les seves propostes en el termini d'un mes a partir de la data de signatura d'aquest Acord.

El destinatari de les propostes de la comissió de treball serà la presidència del Consell d'Administració de l'empresa pública Institut Català de la Salut.

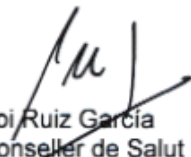
#### Cinquè.-

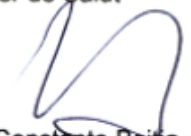
L'àmbit a què es referiran les propostes de la comissió de treball serà, inicialment, el relatiu als centres de l'Institut Català de la Salut de les àrees metropolitanes nord, sud i Barcelona ciutat, amb la voluntat d'estendre, a continuació, l'aplicació de les propostes a la resta de centres de l'Institut Català de la Salut.


#### Sisè.-


Les institucions sotasignades i les persones en qui deleguin, valoraran trimestralment el seguiment dels acords presos.

I, en prova de conformitat i perquè tingui els efectes declarats, se signa per octuplicat i a un sol efecte en el lloc i la data indicats a l'encapçalament.

  
Boi Ruiz Garcia  
Conseller de Salut

  
Carles Constante Beita  
President del Consell d'Administració de  
l'Institut Català de la Salut

  
Josep Maria Padrosa Macias  
Director del Servei Català de la Salut

  
Jaume Padrós Selma  
President del Consell de Col·legis de  
Metges de Catalunya

## Annex 2. Consideracions particulars dels membres de la Comissió

### 1.1. Reflexió sobre l'organització i els equips directius de les institucions sanitàries (Vicenç Martínez Ibáñez)

Els models organitzatius de les institucions van evolucionant d'acord amb el coneixement, les necessitats de l'entorn i la capacitat de diferenciar-se per oferir serveis i/o productes cada vegada més competitius i excel·lents.

És evident que el sector de prestacions de serveis sanitaris públics no és insensible a aquesta realitat, especialment en entorns basats en el benestar i l'assistència universal de qualitat. Tenim exemples que així ho avalen en el nostre àmbit europeu.

Actualment, els models organitzatius més destacats i d'èxit estan apostant per:

- Organitzar-se per processos, situant quadres directius altament especialitzats i professionalitzats davant dels processos estratègics, clau i de suport.
- Establir diferència competitiva amb els seus competidors, especialment en el processos clau, basant-se en la qualitat i seguretat de l'assistència, la innovació i la cohesió participativa dels seus professionals.
- Desenvolupar organitzacions duals, on l'estructura jeràrquica conviu amb xarxes de professionals que lideren projectes estratègics que necessiten d'alta capacitat de resolució i impacte en els resultats empresarials.

L'ICS no ha de ser un cas diferent, al contrari, té les capacitats, el potencial i, per què no dir-ho, l'obligació de liderar les transformacions organitzatives del país.

És més, li cal, donat que cada vegada més els professionals no entenen l'arcaisme i lentitud dels seus models organitzatius, tant corporatius com desenvolupats en el territori, i copsen que estem perdent oportunitats, que no responem a les necessitats i, el que és pitjor, que altres institucions, més flexibles i obertes, estan assolint el lideratge del sector, la qual cosa, a més, dificulta la captació i retenció del talent.

No pot ser que, passada la primera dècada del segle XXI, encara estiguem parlant, reglant i invertint temps en fórmules i conceptes organitzatius molt superats per l'evidència.

L'especificitat dels territoris i la dinàmica inexorable de les noves formes de governança cap a altres formes de gestionar (vegeu literatura europea) fan relativitzar les recomanacions en un Institut Català de la Salut àmpliament estès en el país i amb institucions de diferents volums d'assistència i de complexitat.

Això fa que la necessitat o no de certs llocs en l'organigrama puguin ser necessaris o prescindibles depenent del tipus d'organització, en definitiva de la gerència de l'àmbit.

D'importància organitzativa és la direcció assistencial, designada pel gerent i que ha de formar part de l'equip gerencial del territori (equip nuclear), i que ha d'estar per sobre i coordinar la direcció mèdica i la direcció d'infermeria amb un perfil de completa formació teòrica i

experiència pràctica sòlida en gestió en salut. En el cas d'un territori amb hospital i assistència primària, la direcció assistencial ha de preveure també la direcció de primària<sup>10</sup>.

En un altre punt cal considerar, per a una millor governança, la motivació dels professionals que ve donada per l'adequat finançament de la institució, un apropiat consell d'administració, la durada dels equips gerencials (molt diferents de la resta del SISCAT), la intromissió del sector polític en aquests nivells de gerència i altres factors.

Cal assenyalar, també, que hem recomanat com podem nomenar la persona que ha d'exercir la direcció mèdica i la direcció d'infermeria, però no quins criteris hem de seguir per avaluar i decidir la seva continuïtat. És fonamental que tant la gerència com la direcció assistencial, mèdica i d'infermeria estiguin alineades en l'estratègia i la tàctica de la institució i, si no fos així, entenc que el gerent de l'àmbit haurà d'avaluar i decidir si continua amb els directores mèdic i d'infermeria per tirar endavant el projecte.

## 1.2. Desacord en referència a una frase de l'apartat 4 "Consideracions finals dels membres de la Comissió per a la Millora de la Participació dels Metges a l'ICS".

**Cita:** ...Els membres de la Comissió volen deixar constància expressa que el futur i el present de qualsevol organització de serveis sanitaris, en especial de l'ICS, passa per una integració dels diferents nivells assistencials...

**Aportació:** La integració de nivells assistencials no ha demostrat ser, d'una manera fefaent, en el nostre entorn una solució efectiva i eficient. Alguns professionals de l'Atenció Primària hem viscut i coneixem experiències on aquesta suposada integració només comporta una disminució de pressupost i una "vampirització" de recursos des de l'atenció hospitalària; no dic que en tots els casos, però aquesta sensació hi és.

Estic totalment d'acord amb la primera part del paràgraf i la darrera, però no amb aquesta afirmació. Podem parlar de col·laboració, participació, però voldria que el meu vot particular constés.

---

<sup>10</sup> Alguns membres de la Comissió estarien d'acord amb aquesta afirmació però matisant-la com una possibilitat organitzativa no necessàriament aplicable a tots els territoris. És a dir, en paraules d'un d'ells: "la solució de l'organigrama directiu s'ha d'adaptar a la realitat de cada territori."