

**DOCUMENT COMB SOBRE PROPOSTES DE MILLORA I CANVI PER
A L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT**

Col·legi de Metges de Barcelona (COMB)

Març 2015

INTRODUCCIÓ

L'actual Sistema Sanitari de Catalunya, tant el públic com el privat, és el resultat de l'esforç que administracions, ciutadans i professionals venen fent des de fa generacions.

La conformació del que s'ha anomenat Model Sanitari Català, s'ha caracteritzat per la col·laboració entre Administracions, la participació públic-privat la implicació de la societat civil i l'impuls dels professionals, així com canvis en la separació de les responsabilitats de provisió i de finançament, tots ells han estat definitoris d'un model d'èxit.

Però l'evolució constant, les noves tecnologies i especialment l'impacte de la crisi, han aflorat deficiències, moltes conegudes i ben descrites, que els creixements pressupostaris anaven posposant any darrera any.

Tenim doncs un sistema sanitari d'alta qualitat, amb excel·lents resultats, amb un alt nivell tècnic dels professionals, amb capacitat d'innovació i molt ben valorat pel ciutadans.

Però els fonaments no tenen la solidesa que ens pensàvem, ja no tenim ni probablement tindrem creixements pressupostaris com els històrics, el sistema retributiu dels professionals és dels més baixos d'Europa (amb especial incidència en el metge jove), tenim enormes dificultats per implementar els canvis fins i tot aquells que tenen consens i encara s'arrosseguen errors conceptuals en la pròpia definició i estructuració de la planificació, finançament i provisió del servei.

L'Institut Català de la Salut (ICS), l'empresa sanitària més important de Catalunya no pot quedar al marge dels canvis, l'encert en la seva reforma, serà la garantia de la sostenibilitat del sistema sanitari públic de Catalunya i la seva adaptació als reptes del futur.

El COMB ha impulsat l'elaboració de propostes concretes per millorar l'organització i funcionament de l'ICS, conscients de la nostra responsabilitat amb el Sistema Sanitari Públic de Catalunya.

Per fer-ho, un grup de líders professionals de l'ICS i d'altres Institucions, amb responsabilitats actuals i passades, i amb el recolzament del COMB han sintetitzat en forma de propostes concretes, els canvis que la professió reclama.

MESURES ORGANITZATIVES - ELEMENTS DE GESTIÓ

1. *Modernitzar l'ens corporatiu.*

Cal que l'ICS evolucioni cap a una estructura de gestió més, flexible, participativa i descentralitzada. La corporació ha d'utilitzar tots els instruments que, tot i estar previstos per llei, mai s'han desenvolupat.

2. *Avançar en el model d'autonomia de gestió.*

L'ICS hauria d'actuar com un autèntic grup d'empreses sanitàries descentralitzades amb capacitat per prendre decisions en el territori, amb agilitat i de repercussió immediata en el conjunt del sistema. Cal avançar en concedir entitat pròpia i autonomia de gestió als diferents àmbits de l'ICS amb una participació efectiva dels professionals. En un model sanitari descentralitzat, disposar de veu pròpia, autonomia i capacitat real de negociació. L'ICS, que en la major part dels casos és el proveïdor més gran del territori, ha de garantir una major implicació en els objectius de salut marcats en l'àmbit territorial i de relació més directe amb l'asseguradora pública CatSalut.

3. *Dotar els centres i territoris d'entitat legal i gestió econòmica pròpia des de l'òptica d'Entitats Sanitàries Públiques.*

Cal dotar els centres/territoris de l'ICS de capacitat legal per poder actuar amb autonomia i per poder dur a terme aliances amb altres proveïdors. Han de tenir capacitat de generar ingressos i de gestionar-los amb autonomia i alhora assumint el risc d'aquesta gestió.

4. *Integrar diversos serveis.*

Cal afavorir la innovació organitzativa assistencial i fomentar la creació de dispositius assistencials *supra-servei* de base territorial. D'aquesta manera es pot superar la clàssica visió de serveis mèdics, per estructures assistencials transversals, complexes, multidisciplinàries i més dimensionades, en les que el lideratge és professional, amb capacitat de gestió pròpia i de desenvolupament professional dels seus integrants.

5. *Crear aliances amb la resta de proveïdors del territori.*

Aquesta acció permetrà oferir les mateixes oportunitats als professionals que les integrin i el que és més important, homogeneïtzar la cartera de serveis assistencials pels diferents ciutadans del territori, així com evitar duplicitats de dispositius i millorar la gestió de recursos.

6. *Crear aliances supra-territorials en determinades àrees de terciarisme (guàrdies coordinades o centres de super-especialització).*

7. *Participar en la gestió de recursos socio-sanitaris.*

L'ICS no té reconeguda a la cartera de serveis la gestió de recursos socio-sanitaris. La participació en aquesta línia d'activitat pel que fa a malalts de mitjana, llarga estada i de convalescència ha esdevingut una realitat assistencial que sí poden assumir altres proveïdors. És necessari possibilitar una negociació directa dels centres de l'ICS amb els diferents proveïdors

8. *Ordenar els fluxos de pacients i els recursos en funció dels resultats obtinguts.*

Dit d'una altra manera "*ho farà qui ho faci millor*" amb els millors resultats de salut i amb els menors costos. Utilitzar la central de resultats i els sistemes de compra com a eines d'ordenació. Tanmateix, cal evitar monopolis en l'alta especialització, és a dir centres únics d'expertesa a Catalunya. En definitiva, cal reconèixer la gestió dels centres en base a resultats de salut i econòmics.

PARTICIPACIÓ DELS PROFESSIONALS

Actualment els professionals no participen d'una manera suficientment activa i compromesa en els òrgans de decisió del sistema sanitari, tot i que es reconeix que la seva participació 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.

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

- ✓ Cal fomentar la cultura dels clínics com a responsables o co-responsables de la gestió dels recursos que fan servir per atendre els malalts. La seva participació, entesa com la gestió del propi treball, s'hauria de fer en el marc de les *Unitats assistencials*. Aquestes unitats es trobarien englobades en direccions clíniques de base territorial amb capacitat pròpia de gestió de recursos.
- ✓ Reconeixement de la figura del "gestor clínic". Cal potenciar l'ocupació dels llocs de responsabilitat directiva al centres o als territoris (director assistencial, director d'equip, etc.) per professionals clínics amb prestigi, reconeixement intern i capacitat de lideratge facilitant el retorn a l'assistència quan es desitgi (cal preveure facilitar al gestor clínic un temps de parcial dedicació per l'assistència).
- ✓ En el marc de sentiment de pertinença en el sistema sanitari públic, cal introduir mecanismes que reconeguin la vàlua professional individual i del col·lectiu (equip assistencial), i que valorin productivitat, resultats clínics, eficiència, producció científica, coordinació entre nivells assistencials i capacitat d'innovació organitzativa o tecnològica, entre altres aspectes.
- ✓ Participació activa en gestió assistencial. Cal enfortir la participació de les juntes clíniques i convertir les juntes facultatives en òrgans amb paper actiu en l'assessorament i deliberació de les direccions assistencials. Seria desitjable i molt convenient donar capacitat de participació als professionals en la designació dels responsables assistencials dels centres (proposta de candidats direccions mèdica, docent, de recerca, comitès de credencials, decisió col·legiada, etc.).
- ✓ Potenciació de grups d'excel·lència en la pràctica clínica. Cal donar als professionals la iniciativa per a endegar propostes col·laboratives de millora en la pràctica clínica com a instrument per a evitar la variabilitat clínica innecessària i per a incentivar les alternatives assistencials més segures i eficients.
- ✓ Augmentar la transparència en l'assignació de recursos i avaluació de resultats. Cal que els professionals coneguin amb detall els Contractes Programa de tots els proveïdors del SISCAT, començant pel de la seva institució. Molts professionals tenen la sensació que centres similars (proveïdors del CatSalut) en estructura, activitat i complexitat tenen finançaments molt diferents.

- ✓ Millorar el finançament dels centres de l'ICS. Cal que s'elaborin els pressupostos de cada centre segons el Contracte Programa i segons l'activitat i resultats assistencials i de qualitat del centre, i no, seguint un pressupost històric, més o menys corregit cada any. Així mateix cal un tractament individualitzat dels hospitals de l'ICS, tenint en compte les característiques pròpies de cadascun (no han de ser gestionats com un conjunt en el que les diferències d'eficiència entre ells ni es visualitzen adequadament ni es tenen en consideració a l'hora de l'assignació del pressupost).
- ✓ Adequar el pla d'inversions amb la participació dels professionals i d'acord amb el volum de facturació de cada centre. Cal diferenciar la nova inversió (prioritats del Pla de Salut) i les necessitats de reposició prioritzant la seguretat clínica.
- ✓ Millorar la gestió dels recursos humans (RRHH) de l'ICS. Cal dotar els professionals d'una estabilitat laboral, unes retribucions justes i una expectativa professional que recompensi justament el seu esforç.
- ✓ Estabilització laboral. Cal establir un programa de contractes laborals estables per a la plantilla no estatutària de l'ICS. S'hauria de tendir a unificar les modalitats contractuals existents. La distinció entre eventuais, interins i estatutaris, amb les peculiaritats de cadascuna, crea grans diferències entre professionals que fan la mateixa feina especialment penalitzen als metges més joves.
- ✓ Canvis en el sistema retributiu. El sistema retributiu actual dels facultatius de l'ICS és un dels elements que més iniquitat i insatisfacció genera en el col·lectiu mèdic. Cal assolir nivells retributius equiparables entre tots els professionals de l'organització, independentment de si són estatutaris o no o si tenen plaça fixe o temporal. És imprescindible replantejar el concepte retributiu de "jornada completa" ja que crea diferències retributives molt importants entre metges en situació laboral similar i, a més, organitzativament no aporta valor afegit.
- ✓ Millora dels mecanismes de selecció de RRHH. Calen noves eines de gestió per a la selecció dels professionals i pel que fa als metges una participació molt activa dels clínics a l'estil dels Comitès de Credencials d'altres centres del SISCAT.
- ✓ Equitat en les plantilles. Cal que s'implementin els mateixos índex de professionals i estructures assistencials per a tots els centres/territoris de la xarxa sanitària pública (proveïdors del CatSalut) sempre supeditat a les necessitats assistencials.
- ✓ Definició específica de llocs de treball incorporant els conceptes professionals com son especialitat, ACE, formació continuada acreditada i fugint dels aspectes burocràtics no assistencials.
- ✓ Reconeixement de l'eficiència. Cal fer visible als professionals el reconeixement per les millores de gestió que assoleixen. El reconeixement més valorar és el professional, però l'estalvi aconseguit amb bons resultats assistencials, ha de retornar en part, al equip de professionals que podrà decidir amb autonomia i rendiment de comptes la seva aplicació, per exemple, es pot destinar a plans de

formació del personal implicat, a la compra o millora dels equipaments que ha fet possible l'assoliment del objectius.

- ✓ Accés a la Carrera Professional (CP). L'accés a la CP és molt més difícil pels facultatius de l'ICS, ja que està condicionada a la "plaça en propietat". Cal equiparar la condició d'accés a la CP a la resta del sistema sanitari públic fomentant el sistema de contractació laboral indefinida.

D'altra banda, la participació, entesa com la gestió del propi treball, s'hauria de fer en el marc de les **UNITATS ASSISTENCIALS (UA)**, denominació genèrica de les unitats de treball que reben, tradicionalment, diferents denominacions segons l'àmbit on es desenvolupa el treball del metge, com ara:

- ✓ Serveis, en els hospitals
- ✓ Equips d'Atenció Primària (EAP), en l'atenció primària (AP)
- ✓ Centres sociosanitaris
- ✓ Centres de salut mental
- ✓ Instituts, els serveis que s'ocupen de manera preferent de l'atenció dels malalts amb patologia d'un òrgan o sistema, que són la suma de serveis pròxims.
- ✓ Àrea Clínica o Departament, serveis medicoquirúrgics de la mateixa especialitat
- ✓ Unitats funcionals pluridisciplinàries, responsables de l'atenció d'una malaltia complexa o de processos crònics.

Aquestes UA han d'estar dirigides per un cap que aglutini i coordini el treball dels seus membres i que afavoreixi la col·laboració amb altres centres i nivells assistencials.

Les UA són equips humans, més o menys nombrosos responsables de dur a terme determinats processos assistencials en el marc d'una institució i que necessiten:

- ✓ Autonomia
- ✓ Capacitat per coordinar-se amb la resta d'equips i amb altres equips de diferents centres i nivells assistencials i àmbits
- ✓ Un lideratge potent capaç de compartir/fixar els objectius i assolir-los i mantenir la cohesió del grup

Les UA han de tenir les següents característiques:

1. Capacitat per què els membres de l'equip puguin definir els objectius, en el marc general del centre i posteriorment acordar amb la direcció els objectius i vetllar pel seu compliment
2. Disposar d'un pressupost propi en funció dels objectius que s'han d'acomplir
3. Compromís de retre comptes amb periodicitat dels resultats aconseguits

4. Participar en el pla d'inversions, decidir el pla de reposició segons recursos i participar en noves inversions d'acord amb les prioritats del Centre, el territori i sota els criteris del Pla de Salut
5. La Unitat Assistencial ha de participar en l'elaboració i compliment dels objectius amb una retribució complementària, que sigui significativa percentualment sobre el total de la retribució, per tots els membres de l'equip i que comporti l'existència de corresponsabilització per part de tots ells (risc compartit)
6. Els equips han de ser multidisciplinaris i han d'elaborar conjuntament les normes organitzatives internes. S'ha de tendir a que les decisions de caràcter organitzatiu relacionades amb com s'ha de fer la feina, i que afecten a tota la unitat, es prenguin, segons responsabilitats, amb el màxim consens possible
7. Cada equip ha d'estar liderat per un professional amb coneixements d'eines de gestió i capacitat negociadora i competència professional provades.
8. Ha d'existir una normativa interna (protocol de funcionament, segons criteris de la Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias 2003), elaborada pels diferents professionals de l'equip, que faciliti la resolució dels conflictes interns.
9. Les unitats assistencials han de tenir un suport administratiu i informàtic suficient per tal de poder realitzar adequadament la seva gestió. S'han d'establir els mecanismes d'avaluació de resultats i aplicar-los en un procés constant.
10. La participació dels professionals en els nou model d' Unitats Assistencials ha de ser voluntària

EN L'ÀMBIT DE L'AP

1. L'EAP és l'estructura de gestió més propera al territori i per tant l'eina més important de gestió de l'organització. No els hauríem d'entendre com unitats tancades ni excloents. Uns equips potents, coneixedors del territori i amb interlocució directe i capacitat de relació amb les administracions locals i altres proveïdors sanitaris posicionen de manera clau l'AP. Faciliten la coordinació amb els dispositius d'atenció social i la comunitat i permet desenvolupar la promoció i prevenció de la salut. La tendència recentralitzadora i la creació d'unitats de gestió per sobre dels equips allunya la participació professional. Les supraestructures de gestió a l'equip han de ser elements facilitadors de la tasca dels equips, i en cap cas limitadores i fiscalitzadores de la seva activitat.
2. Les persones que treballen a l'EAP en són el principal capital. Per tant els equips han de poder tenir les eines necessàries i possibles per triar els professionals que més s'adaptin a les necessitats. Cal la participació professional en els sistemes de contractació (comitè de credencials). L'autonomia professional, l'autoexigència, el compromís social, el reconeixement de l'excel·lència són valors professionals. La implicació dels metges en la gestió del seu centre de treball ha de comportar més autonomia en el seu treball i més reconeixement, lligat a millora retributiva tot plegat afavoriria més la voluntat de participació.
3. El metge d'AP és un professional sanitari molt ben valorat pels pacients, però no tant per l'organització i l'administració. Ens cal que a l'administració hi hagi professionals amb ampli coneixement de l'AP, que estimin, valorin i potenciïn l'AP.
4. La centralització de decisions, la burocràcia i la manca de flexibilitat organitzativa va en contra de la corresponsabilització i autonomia professional.
5. La gestió del propi treball s'hauria de fer en el marc dels EAP, que han de poder acordar amb la direcció els objectius assistencials, docents, de recerca i empenedoria, disposar d'un pressupost propi i adequat en funció dels objectius a assolir, poder definir els incentius professionals i retre comptes dels resultats.
6. Els EAP han de ser multidisciplinaris i organitzar-se tenint en compte les responsabilitats professionals.
7. La participació dels metges serà efectiva a tots els nivells, i no només a nivell clínic, l'elaboració del pla d'inversions, la coordinació entre nivells assistencials, la decisió dels criteris de llista d'espera i la seva gestió. Les decisions estratègiques de les organitzacions s'han de prendre tenint en compte els criteris professionals.
8. La participació en la gestió ha de ser voluntària i proporcional al grau de responsabilització en l'assumpció de riscos. El metge es sentirà més involucrat quan més propera vegi la presa de decisions, i més encara si hi pot participar. La gestió des de comandaments allunyats dels centres i dels professionals dificulta la gestió.

9. La tendència a la uniformització limita les potencialitats de créixer i de millorar els equips. Dins d'uns objectius comuns de salut marcats per l'autoritat sanitària els equips han de poder acomplir-los amb les seves eines i potencialitats. El tractament uniforme dilueix els lideratges i és desincentivador.
10. Els metges han de tenir veu i vot en la selecció de les direccions dels EAP. El nomenament el pot fer l'òrgan de govern pertinent valorant i escoltant la proposta dels professionals. El paper del director de l'equip és clau. La figura del director d'EAP ha de ser propera, amb capacitat de lideratge, capaç de gestionar, conduir equips de persones, amb empatia i habilitat per estimular i exigir si convé. Hauria de tenir prestigi professional, però sobretot condicions pel lideratge.
11. L'estructura empresarial de l'ICS hauria de garantir: el manteniment adequat dels centres de salut, la millora tecnològica, el desenvolupament de les eines informàtiques adequades perquè els professionals facin la seva feina, facilitar la formació continuada dels professionals, recolzar la recerca, facilitar l'intercanvi d'experiències, afavorir la cultura de la seguretat clínica i dotar d'eines als equips.
12. Els EAPs han de poder tenir autonomia pressupostària en base al contracte de salut del CatSalut per assolir els objectius marcats. El pressupost de cada centre ha d'estar basat en la necessitat real en termes de salut del territori. Cal conèixer i disposar del contracte a l'inici de l'any. Els equips han de poder tenir marge de gestió del propi pressupost i dedicar els recursos a la provisió dels serveis i a les necessitats del propi equip per dur a terme l'activitat. La bona gestió del pressupost ha de poder revertir en el propi equip.
13. L'autonomia real dels equips ha de facilitar els lideratges i generar autoestima i il·lusió, afavorir retribucions variables, poder retribuir millor a qui més i millor treballa i poder seleccionar els professionals.
14. Cal anar cap a un model on es doti als EAPs d'entitat jurídica pròpia, els EAPs haurien de tenir capacitat de contractació de proveïdors tant de proves complementàries com de l'especialització hospitalària per poder millorar la seva capacitat resolutiva. Només amb equips forts i ben relacionats amb el territori podrem incrementar el lideratge de l'AP.
15. Els EAPs que de forma voluntària i majoritària decideixin avançar cap a l'autogestió a través de societats de professionals, amb l'acord del Cat Salut i de l'ICS han de poder accedir-hi, mitjançant mecanismes contractuals de reserva de gestió i el corresponent concurs públic.
16. L'ICS ofereix una estabilitat laboral als professionals molt ben valorada pels metges, aquesta estabilitat va associada a seguretat, poc o gens risc i escassa autonomia, però alguns professionals tenen capacitació, lideratge i voluntat d'assumir majors quotes de risc i d'autonomia, fins i tot en la participació accionarial de les noves entitats.

17. La proximitat del metge d'AP amb els pacients ens converteix en elements claus per poder promoure i avaluar nous models de participació dels pacients.

EN L'ÀMBIT HOSPITALARI

Cal anar cap a un model on es doti als Hospitals d'entitat pròpia i capacitat de decisió real i que puguin gestionar de manera autònoma els seus propis recursos i definir les seves pròpies estratègies amb col·laboració amb la resta de proveïdors del territori.

Tot seguit fem unes consideracions sobre els elements de participació i direcció de l'Hospital que afecten directament als metges.

Junta clínica

- Les Juntes Clínicas poden ser un bon instrument de participació a condició de que els directius creguin en elles, i els professionals hi estiguin disposats a participar activament.
- Les Juntes no es renoven de forma regular
- La junta clínica hauria de tenir, a més d'una funció assessora i consultiva de la direcció, una funció decisòria en els grans temes de la política del centre, com ara el pla de necessitats, els plans de formació, l'organització assistencial, els plans de qualitat, les noves accions, etc., així com també ser un fòrum de debat sobre el projecte assistencial del centre i de la valoració del seu funcionament.
- Un òrgan de comunicació hauria de facilitar també la relació entre les Juntes Clínicas i els professionals que les han votat. Els acords de les reunions de la Junta han de ser accessibles a tots els treballadors el més aviat possible, després de la celebració de les reunions.

Junta facultativa

La majoria de Juntes Facultatives estan formades per tots els Caps de Servei hospitalaris i també pels membres de la Junta clínica. Això fa que el grup sigui massa nombrós per ser realment operatiu i útil en el compliment de les seves funcions.

Per la seva composició actual, la JF s'ha convertit en un òrgan receptor d'informació i aquesta és la seva principal utilitat ja que de la resta de les funcions, recollides en els Òrgans de Representació de l'ICS, pràcticament no en fa cap.

Funcions

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

- ✓ Proposar el nomenament del Director Mèdic de l'Hospital

- ✓ Conèixer el contracte-programa, abans que sigui formalitzat per la Direcció Gerència
- ✓ Conèixer el pressupost assignat anualment
- ✓ Conèixer, informar i, si escau, proposar, modificacions de la composició quantitativa i qualitativa de les plantilles del personal facultatiu de l'Hospital
- ✓ Conèixer, informar i aprovar modificacions de la distribució i ordenació interna dels recursos assistencials
- ✓ Conèixer, informar i, si escau, proposar modificacions de la infraestructura física de l'àrea assistencial de l'Hospital
- ✓ Avaluar i informar sobre el grau de compliment d'objectius per les Unitats Assistencials i els facultatius i aprovar la distribució dels incentius
- ✓ Elaborar el programa de formació per al personal facultatiu
- ✓ Designar representants qualificats per avaluar l'acreditació professional del personal facultatiu

El contingut de les reunions de la JF ha de ser accessible a tots els treballadors el 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.

Direcció Mèdica (DM)¹

Malgrat que el metge és la figura central del sistema assistencial, ja que és qui disposa dels coneixements i habilitats que permeten donar resposta a les necessitats sanitàries de la població, en els hospitals el seu paper ha quedat relegat, en molts casos, al de tècnic qualificat adjunt al gerent, amb un mateix enfoc de gestió que el gerent i amb poc pes, en la política i en la governació del centre. Aquesta situació sovint comporta friccions internes amb els quadres directius i un grau notable de frustració i insatisfacció dels metges.

La necessitat d'un canvi d'aquest estat de coses que faciliti als metges d'hospital la recuperació d'influència en els centres de treball, la millora del grau d'autonomia professional i l'augment del seu compromís amb la institució es va considerar urgent en el Congrés de la Professió del COMB 2008, per tal de fer real que la participació efectiva dels metges en la presa de decisions dels centres sanitaris és la via que permetria millorar molt l'eficiència de l'activitat professional i alhora augmentar el grau de satisfacció dels professionals.

¹ Document del Consell de la Professió

Una de les iniciatives que permetria la participació efectiva dels metges en la governació de les institucions seria la seva intervenció en el nomenament del Director Mèdic, alhora que la definició d'un nou paper a aquest càrrec directiu.

El DM és, juntament amb el Gerent, la màxima autoritat de l'hospital i és el màxim responsable de l'assistència clínica. Per això alguns proposen substituir el terme de DM pel de Director assistencial, ja que també hauria de ser director de la resta del personal que intervé en l'assistència.

Ha de col·laborar estretament amb el Gerent, que és el responsable dels aspectes econòmics de la institució, i estar al mateix nivell de categoria que aquest, superant els dos al Director Territorial.

Les funcions del DM

- I. Definir les línies assistencials de l'hospital tant en el que fa referència a l'organització del dispositiu assistencial com a la planificació del futur.
- II. Establir els objectius anuals tant en la vessant assistencial, com en els de docència i recerca.
- III. Acompanyar al Director Territorial en la negociació amb la Direcció de l'ICS i del CatSalut pel que fa a l'establiment dels objectius assistencials així com la negociació específica de l'activitat a desenvolupar en el centre
- IV. Vetllar per a que hi hagi recursos necessaris per a una assistència de qualitat i un nivell competencial suficient de personal.
- V. Portar la iniciativa en la contractació de nou personal liderant la Comissió de Credencials i en l'avaluació periòdica dels professionals, especialment dels càrrecs de comandament.
- VI. 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 assegurar un hospital cohesionat i equilibrat.
- VII. Facilitar la comunicació i col·laboració del centre amb altres centres i nivells assistencials.
- VIII. Dirigir una política de recursos humans que eviti en la mesura del possible frustracions i les disfuncions, i potenciï les qualitats dels professionals al seu càrrec. Per això cal facilitar-los els mitjans adients per fer bé la seva feina, oferir una bona informació sobre les decisions que es prenen i els seus fonaments, donar el reconeixement que correspongui als qui se'n facin mereixedors i introduir elements de motivació personal. Coordinar les relacions entre diferents professionals sanitaris de la institució.
- IX. Assegurar que la institució té una bona política de seguretat en el treball.

La designació del DM l'hauria de fer la direcció General a proposta d'una terna presentada per la Junta Facultativa. (poden existir diferents alternatives...)

El DM hauria de reunir una sèrie de qualitats que fessin pensar que podrà complir satisfactòriament amb les funcions pròpies del càrrec. A continuació s'inclou un llistat

de qualitats, en el ben entès que no es pot esperar que els candidats les tinguin totes en el seu màxim grau.

- a) Coneixement del centre. Idealment hauria de ser un metge de la mateixa institució, que ja hagi exercit funcions de comandament, com cap de servei o de secció, càrrecs que porten implícit una capacitat assistencial i de gestió.
- b) Prestigi professional. El DM ha de ser un metge reconegut pels seus companys com un bon metge, i que hagi tingut una experiència assistencial prolongada .
- c) Capacitat de liderar grups humans. L'experiència prèvia en un càrrec de comandament permet jutjar si els candidats a la plaça de DM tenen capacitat per estimular, motivar i aglutinar grups de professionals i generar confiança.

La durada del càrrec hauria de ser tres/ quatre anys, un període suficient per permetre al qui vol reintegrar-se a l'activitat clínica que ho pugui fer sense haver-se allunyat massa de l'activitat assistencial. Els qui per raons personals volen dedicar-s'hi més temps podrien ser reelegits un cop per la Junta de Facultatius després d'haver d'avaluar positivament la tasca que hagi fet durant el seu mandat.

L'experiència actual amb el DM ens permet tenir un criteri de quines coses no s'han de repetir, perquè ja sabem que no van bé:

- 1. Que el gerent nomeni el DM sense sotmetre aquesta decisió a cap sector professional del centre.
- 2. Que el DM no tingui una experiència com a metge assistencial destacat.
- 3. Que no s'hagin tingut en compte aspectes caracterològics dels candidats a DM que impedeixin complir bé amb la seva funció

Comissions clíniques

Les Comissions Clíniques son òrgans assessors del consell de direcció. Es poden destacar les següents: de qualitat clínica, de docència i formació continuada, de credencials, de farmàcia, de mortalitat, d'infeccions, d'urgències, comitè ètic d'investigació clínica (CEIC), comitè d'ètica assistencial (CEA). El nombre de comissions hauria d'adaptar-se a les característiques i necessitats de cada centre i a la normativa i requeriments d'acreditació aplicables.

CONSIDERACIONS FINALS

Finalment, voldríem ressaltar els principals canvis que s'han de produir per millorar la participació dels professionals:

Limitacions a vèncer de la participació directa

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

La gestió del pressupost és indispensable en un model participatiu que comprometi tots els metges de cada unitat assistencial. Si no s'aplica el concepte de risc compartit, la participació dels facultatius serà només aparent i no es podrà motivar suficientment els metges.

2. *Falta de predisposició del metge a assumir riscos*

En el context actual de disminucions retributives dels darrers quatre anys, els metges haurien de poder recuperar i millorar la capacitat adquisitiva de l'any 2010.

Un cop adequades les retribucions normalitzant les pagues extres i altres retribucions, és necessària la introducció gradual, en cada institució, del principi d'autonomia a les unitats assistencials que hauria de permetre de comprovar com milloren en satisfacció personal i en retribució aquells professionals que s'incorporen al nou model organitzatiu relacionat amb l'avaluació de resultats.

3. *Pocs metges amb esperit de lideratge*

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

La implementació progressiva dels canvis hauria de permetre fomentar l'aparició de facultatius capacitats als que es facilitaran els instruments necessaris per poder exercir la funció de lideratge i gestió clínica .

La introducció d'un sistema de desenvolupament professional, que complementi els sistemes d'incentivació actuals, i la modificació de la carrera professional, que ha perdut la capacitat de motivació per la manera com s'ha aplicat en molts centres, facilitaria el procés de selecció dels líders naturals amb capacitat d'exercir el paper de caps de les unitats assistencials. Recomanem revisar la feina feta en el document *sobre grup de treball de millora der carrera professional de febrer 2014*.

4. *Poc estímul per la cultura del treball en equip i de coordinació entre diferents nivells assistencials i centres aliens.*
5. *Inèrcia de les institucions a mantenir el “statu quo”*

Aquesta proposta de participació real dels metges en la gestió implica un canvi conceptual i organitzatiu, ja que l'aproximació dels equips de direcció i els professionals assistencials farà innecessàries les potents àrees administratives que s'han anat creant per fer una funció d'intermediació. Amb l'escurçament de la distància entre gestors i metges assistencials part del personal d'aquestes àrees administratives podrà ser re-situat en les unitats assistencials.

6. *Desconfiança històrica entre metges i directius (gestors)*

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

Els professionals assistencials han d'acceptar que la seva participació en les preses de decisió exigeix assumir compromisos i riscos, i els gestors han d'exigir implicació dels professionals però els han de delegar, sense ambigüitats ni reticències, responsabilitats i capacitat de decisió. Per aconseguir aquest objectiu és indispensable desenvolupar canals que facilitin la circulació de la informació pertinent entre equips directius i professionals i voluntat per les dues parts de començar a parlar.