

## DOCUMENTO DE REFLEXIONES SOBRE EL ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Propuestas de mejora para 2019

El Acuerdo de Gestión Clínica, tal y como viene recogido en su definición, es el documento que formaliza el compromiso entre los profesionales y la Dirección Gerencia del Distrito. En él se fija el marco de gestión de la UGC, así como los métodos y recursos para obtener los objetivos definidos en el mismo y estará orientado a asegurar a la población asignada una atención en materia de salud, eficaz, efectiva, orientada a la atención de las necesidades específicas de la población, asegurando la adecuada accesibilidad a los servicios que presta la unidad y en un marco de gestión eficiente de los recursos públicos.

En realidad, el AGC se ha convertido, en los últimos años, en el método para evaluar exclusivamente objetivos ligados a incentivos. Consideramos que **el acuerdo de gestión podría ser un documento más de gestión de calidad y menos de incentivación económica** ya que se dejan fuera actividades que deben medirse y evaluarse para analizar después acciones de mejora.

El documento que presentamos es, en realidad, reflexiones sobre los grandes apartados del AGC del año 2018 y del que ha venido estando implantado en el SAS en los últimos años. En cada uno de los apartados, plantaremos al inicio las condiciones en las cuales la presencia de estos objetivos en el AGC sería razonable, entendiendo que si no se cumplen estas condiciones el plantear estos objetivos en el AGC supondrían malestar entre los profesionales.

- **Capítulo I:**

**Condiciones imprescindibles:**

- Incremento de plantillas con adecuación a cupos.
- Integración de los dispositivos de apoyo en los centros de salud.
- Bonificación real de las horas PRAT.
- Control del absentismo en función de tiempo estimado de baja, por parte del servicio de medicina del trabajo.

Es hasta cierto punto razonable considerar que debe existir por parte de la Unidades de Gestión Clínica (UGC) y de los cargos intermedios un control del presupuesto del capítulo I. Sin embargo, actualmente se cuenta con escasa o nula capacidad de maniobra ya que el objetivo está tan ajustado que en cuanto ocurre alguna incidencia (aunque esté justificada) produce un incremento del gasto del capítulo I difícilmente corregible.

Actualmente las ausencias temporales de profesionales se cubren derivando unos cupos en otros con la consecuente sobrecarga de profesionales y cubriendo tareas de los ausentes, lo que genera demoras en las agendas. En los últimos meses la aparición de las horas PRAT (jornadas extras que permiten cubrir ausencias temporales) están siendo utilizadas para compensar coberturas que antes no se retribuían. La medida de este gasto podría incluirse

como forma de autogestión por las direcciones de UGC, respecto al número de agendas derivadas durante el año.

La figura que existió, en su momento, en las plantillas de las UGC conocidas como “plantillas colchón” (contratos al 60%) permitían a lo largo del año a los directores disponer de profesionales ligados a la UGC, comprometidos con la UGC y los compañeros para cobertura de ausencias, vacaciones... Esta figura permitía una autonomía de gestión a la UGC y una sensación por parte de los profesionales de que, al menos, se disponía de una cobertura mínima ante ausencias.

El control del absentismo es un objetivo de difícil manejo por parte de los cargos intermedios. La mayoría de las ausencias están justificadas y monitorizarlas genera en ocasiones situaciones desagradables, ya que parece que se está haciendo persecución de profesionales enfermos por parte de los cargos intermedios. En el control del absentismo debería intervenir de forma activa el servicio de medicina del trabajo, valorando cada caso en función del tiempo estimado de baja para la patología concreta.

- **Accesibilidad**

**Condiciones imprescindibles:**

- Retirar el objetivo de la demora cero (entendido como el rechazo de citas por Salud Responde)
- Tener en cuenta al valorar la accesibilidad: la frecuentación de la población de cada centro, la morbimortalidad, la ruralidad y el riesgo social como claves para entender y poder comparar la diferente accesibilidad entre diferentes unidades de gestión clínica.
- Mayor autonomía para las unidades de gestión clínica en la elaboración y cambios de las agendas.
- Revisión de la accesibilidad de forma semanal/mensual, teniendo en cuenta y corrigiendo demoras en las citas en los periodos vacacionales, aquellos con ausencias de profesionales o de mayor demanda por la población (p.e. epidemia de gripe).
- Valoración de la demanda urgente que no pasa por Salud Responde pero es atendida en el centro de salud: desarrollo de un procedimiento concreto para cada centro de salud para atender a personas sin cita y con demanda no demorable.
- Medir la accesibilidad a todos los profesionales del centro, no solo a los médicos de familia.

Mantener la accesibilidad es el criterio de calidad por excelencia del Sistema Público de Salud, y por tanto, es un criterio de valor en Atención Primaria. El problema radica en la medida de la accesibilidad.

No existe un indicador que sea capaz de medir todos los matices de la adecuada accesibilidad a la Atención Primaria. El indicador de “Citas rechazadas por Salud Responde” solo mide sobre las citas solicitadas a través de este medio y no de las solicitadas en el centro de salud y además no mide lo realmente importante: ¿Atendemos al paciente cuando lo necesita? Salud Responde no discrimina la urgencia ni la gravedad de la demanda del paciente,

mientras que los profesionales de Atención Primaria sí conocen las características de sus cupos y las necesidades demandadas y no demandadas de la población atendida.

Todas las UGC debieran de disponer un procedimiento de atención a la demanda “No Demorable” que debe ser atendida en el día y que, sin ningún género de dudas, en todas las UGC se atienden. Ese procedimiento debe ser reconocido en el AGC como elemento favorecedor de la accesibilidad y corrector de la demora.

Evidentemente, en la medida de la accesibilidad se deben de tener en cuenta las ausencias sin cobertura de los distintos profesionales que pueden hacer que en momentos puntuales (puentes, Navidades, Semana Santa...) las agendas se sobrecarguen algunos días.

La frecuentación es una medida indirecta de la accesibilidad, y ha reflejado un control sobre la demanda asistencial, aunque también se encuentra influida por otros aspectos ya conocidos. Si persistiera la frecuentación como objetivo debiera ser con relación a la propia UGC y con límites a partir de los cuales el objetivo se cumpliera y no se tuviera que disminuir más.

- **Actividad y producción asistencial.**

**Condiciones imprescindibles:**

- Aumentar la capacidad de resolución en la UGC de Atención Primaria con la implantación universal y homogénea del catálogo de pruebas para AP.
- Medir la adecuación de la petición de las pruebas complementarias, no su número total.
- Valorar el uso de la nueva tecnología en los centros de salud: ecografía, teledermatología, cirugía menor, espirometría, infiltraciones... como valor positivo para la unidad de gestión clínica.
- No deben olvidarse la importancia de la realización de actividades comunitarias: consultas programadas, intervenciones familiares e intervenciones comunitarias.
- Potenciar agendas compartidas con trabajo en equipo de la unidad de atención familiar (a demanda, programada y a domicilio) potenciando la atención compartida médico/enfermera.

El aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria supone una inversión en medios (sin importar dónde se localizan físicamente –en centro de salud o en hospital-), en profesionales y en formación de los profesionales.

La medida de la capacidad de resolución es, como la de la accesibilidad, compleja. Podrían utilizarse como indicadores indirectos la realización de ecografías, teledermatología, cirugía menor..., siempre y cuando se ligue con una mejora en la adecuación de las derivaciones de los pacientes (a veces supondrá un aumento de las derivaciones), de acuerdo a protocolos realizados entre atención primaria y hospital.

Aunque la medida bruta de la actividad podría ser volver a “contar palitos” sobre la actividad que realizamos, debe seguir realizándose pero incluyendo en la medida criterios de

calidad de las acciones realizadas, sin dejar al lado la mirada familiar y comunitaria: avisos domiciliarios programados, las consultas programadas, las entrevistas familiares y la intervención comunitaria. Esto debe llevar consigo una personalización de la atención al individuo por parte de su unidad de atención familiar con horarios y espacios compartidos para la consulta a demanda, en domicilio y programada.

A las actividades comunitarias y familiares (que se salen de la demanda clínica inmediata solicitada por el paciente) se les ha dado poco valor en los AGC, llegando incluso a desaparecer de muchos, y deben ser incrementados, por la importancia que tiene a medio largo plazo, con actividades educativas en patologías prevalentes, por actividades formativas de población escolar, generación de activos, participación en colaboración con otras entidades, participación en medios y redes sociales generadas por las propias unidades.

- **Indicador sobre derivaciones**

**Condiciones imprescindibles:**

- Es necesario evaluar la adecuación de las derivaciones, no su número.
- Se debe contemplar la posibilidad de un incremento de derivaciones al hospital resultante de un mayor número de pruebas complementarias realizadas en Atención Primaria y por tanto de mayor profundidad en el estudio del paciente.
- Es necesario implicar al hospital en la citación para revisiones, realización de la primera receta y entrega de informes, y evaluar la adecuación de los informes y del circuito interno de las consultas del hospital.

Aunque el número de derivaciones puede ser considerado como un indicador indirecto de la capacidad de resolución, el número está sujeto a múltiples variables. El Índice de Derivaciones Estándar (IDE) que se utiliza actualmente para medir las derivaciones es un nulo reflejo de la calidad de derivaciones, sobre todo en especialidades con pocas derivaciones habitualmente y que, en un momento dado, derivar varios pacientes genera incumplimiento de este indicador, aunque los pacientes estén bien derivados.

Consideramos que el objetivo de derivaciones no puede ser solamente un número, sino que debemos de empezar a evaluar la **adecuación de las derivaciones**. Podría ser interesante la evaluación de la calidad de las derivaciones a las especialidades más desviadas, el análisis de los datos, la implantación de un área de mejora con formación y la reevaluación de las derivaciones según criterios pactados entre las UGC de Atención Primaria y las de Hospital.

- **Objetivos estratégicos de resultados en salud**

**Condiciones imprescindibles:**

- No se deben ligar todos los objetivos de resultados en salud a un incentivo económico. Es necesario valorar los múltiples factores que intervienen en estos resultados (medio ambiente, nivel socioeconómico, zona donde se vive...) y no atribuirlo todo a la acción sanitaria.

- Es necesario identificar los procesos asistenciales integrados que se consideran más relevantes y trabajar de forma conjunta los objetivos Atención Primaria-Atención Hospitalaria, con un marco común en toda la comunidad.
- Se deben evitar indicadores de gasto o calidad farmacéutica e introducir parámetros de calidad en la adecuación de solicitud de pruebas diagnósticas o tratamientos.
- Es imprescindible que los indicadores a usar se obtengan de forma automática y siempre en relación al histórico de la UGC, con límites máximos de cumplimiento a partir de los cuales la unidad deba mantenerse sin precisar mejorar

El concepto de resultados en salud es un concepto atractivo y que debe ser siempre la razón de nuestro trabajo. Nadie puede negar que medición de los resultados en salud es fundamental en relación con nuestro desempeño profesional. Este hecho innegable no debe hacernos asumir que la medición de estos resultados es incuestionable y mucho menos que deba estar ligado a incentivos. El profesional debe realizar todas las medidas que estén en sus manos para que la población goce de buena salud y si tiene alguna enfermedad que esté bien tratada y seguida, pero **el resultado final de la enfermedad depende no solo del profesional**, sino también del paciente, de donde viva, del apoyo familiar/social que tenga, de los recursos económicos...

Esto ha de sumarse a que, desde el punto de vista epidemiológico, cuando los casos los llevamos a zonas pequeñas (la población que atiende una UGC de AP), es difícil que los datos puedan soportar un análisis mínimamente riguroso. En UGC pequeñas o en cupos la incidencia de determinadas enfermedades hace que por propio azar pueda haber cambios importantes de un año a otro, sin que haya cambiado el papel del profesional responsable. Ocurre también que los resultados en salud en ocasiones, más en patología crónica, no son valorables por una intervención anual, sino que han de pasar años para que una intervención suponga una diferencia en la morbimortalidad. Por ello es necesario usar y no se pueden minusvalorar los indicadores de proceso.

La dificultad de diseño de estos objetivos también puede hacer que se propongan en distintas UGC diferentes objetivos, con diferentes dificultades de cumplimiento y de medida, según la habilidad de cada uno de los cargos intermedios, lo que puede provocar falta de equidad en la evaluación entre las distintas UGC.

Estos objetivos deben tener un marco común en toda la comunidad para evitar esta posible falta de equidad, priorizando planes estratégicos y PAIs comunes para la mayoría de las UGC y con impacto importante tanto por la incidencia, prevalencia, importancia en el consumo de recursos, como por las peculiaridades específicas del proceso: Diabetes Mellitus, Cuidados Paliativos, EPOC, ASMA, Obesidad Infantil, Tabaquismo...

El diseño del indicador debe incluir una medida a ser posible automática y siempre en relación con el histórico de la UGC con límites máximos de cumplimiento a partir de los cuales la UGC deba mantenerse sin precisar mejorar.

Con relación a los objetivos de dejar de hacer, que se han usado en algunas UGC, entiendo que, dado que la farmacia supone ya un 25% de los objetivos de la UGC en estos debieran estar excluidos los de farmacia e incidir más en la adecuación de pruebas diagnósticas y de procedimientos que la evidencia científica recomienda no realizar: Pruebas de imagen en cefaleas, en lumbalgias...

- **Cronicidad.**

**Condiciones imprescindibles:**

- Es uno de los objetivos más importantes, algo que los médicos de familia llevan realizando desde los años ochenta pero que ahora cobra una especial importancia por los cambios sociales.
- No se debe caer en la burocratización de la atención al paciente con enfermedad crónica compleja: que el plan de acción personalizado (PAP) no sea “otro papel más que rellenar”. Se debe buscar otra herramienta que no sea un registro clínico, que ha generado cierto malestar al provocar que el médico de familia dedique más tiempo aún a cumplimentar registros, incrementando la burocracia.
- Retirar objetivos como “menor número de visitas a pacientes con PAP realizado”: dada su complejidad y a media que sean más mayores, acudirán más a consulta. Al contrario: premiar el aumento de visitas domiciliarias conjuntas medico/enfermero y actividades programadas en el centro de salud.
- Mayor implicación de enfermería con indicadores de captación inicial de los pacientes, medición de la valoración integral y seguimiento activo de los pacientes, junto a una papel concreto en el registro de los datos clínicos en la historia de salud digital.
- Valorar positivamente y aportar más recursos para las tareas clínicas en residencias de ancianos a cargo de cada centro de salud o con población más envejecida que en otras zonas básicas.

El área de cronicidad es un área especialmente importante para la atención primaria y en los AGC debe constituir un espacio muy importante. El indicador de realización de los PAP, por su implantación y su desarrollo, ha supuesto que sea percibido por los profesionales como “un papel más” de los que hay que hacer para cumplir objetivos. No se ha conseguido transmitir que es una herramienta excelente para ayudar a una mejor atención del paciente con enfermedades crónicas complejas. Esto se ve dificultado con la diferente implantación de los referentes de Medicina Interna en los distintos hospitales de Andalucía.

Debemos conseguir implicar más a las profesionales de enfermería en la valoración y manejo del paciente con enfermedades crónicas complejas, ya que es mucho más fácil conseguir que sean las enfermeras las que proactivamente se sienten a hablar con el médico de familia de su paciente (cosa que ya hacen) y que con posterioridad reflejen lo hablado en el PAP. El primer paso que se ha conseguido con esta intervención es la depuración de listados y la mejora en el registro y ya con esto hemos dado un paso adelante en tener identificados a los pacientes con enfermedades crónicas complejas. Debemos trabajar en buscar otra forma de medir la atención a estos pacientes que no sea solo el PAP, ya que esta herramienta genera ya cierto malestar.

El indicador de menos visitas en pacientes con PAP realizado es, como poco perverso, ya que a los pacientes a los que se les realiza el PAP suelen ser los más complejos (al menos al principio) y los que más contactos con el ámbito hospitalario van a tener. Y además, puede ocurrir que a alguno de estos pacientes le ocurran otros problemas de salud que generen ingresos y no debe penalizarse a las UGC por ello.

Si las UGC atienden a residencias de ancianos también debe valorarse las actividades realizadas en este medio, los resultados conseguidos en estos, o el control de recursos de estas, donde la mayoría de institucionalizados son crónico complejos.

- **Investigación e innovación.**

**Condiciones imprescindibles:**

- Es necesario identificar el personal investigador en cada unidad clínica (publicaciones, proyectos financiados) y ejercer una acción discriminativa de forma positiva: menor cupo, tiempo específico para la investigación durante la jornada laboral, ayuda metodológica preferente...
- Se debe valorar positivamente en el AGC otras investigaciones de menor dimensión (p.e. comunicaciones a congresos, o artículos de casos clínicos o revisiones) dada la dificultad de investigar en AP.
- Deben implantarse acciones para facilitar el acceso a las becas de la fundación Progreso y Salud, con mayor proactividad de las fundaciones provinciales a la hora de ayudar al personal de AP. Eliminar la necesidad de puntuar >70% de los objetivos individuales al investigador principal.

La investigación es una actividad inherente al médico de familia, sin embargo, el Sistema Sanitario Público Andaluz centra la actividad del médico de familia prioritariamente en la atención clínica a demanda, con lo que no existe espacio durante la jornada laboral para el desarrollo de esta actividad

Los objetivos de investigación deben flexibilizarse y adecuarse a la realidad. Investigar en AP es difícil sin sustituciones, con déficit de profesionales, por lo que debe premiarse el esfuerzo de investigar. El médico que demuestre una trayectoria investigadora sólida (publicaciones, proyectos financiados) debe ser reconocido y discriminado positivamente para disminuir en lo posible su tarea asistencial y dejar espacio durante la jornada laboral para la investigación. Deben también plantearse otro tipo de ayudas económicas además de las becas de Atención Primaria, dado que la publicación en revistas de impacto de *open acces* suele tener un coste económico que debería ser compartido por el SAS.

- **Acreditación de profesionales y de UGC**

**Condiciones imprescindibles:**

- Potenciar como objetivo la acreditación profesional y del centro, garante de un alto impacto en la mejora de la atención del centro de salud.

Consideramos que la acreditación de las UGC debe evaluarse de forma razonable en los AGC, ya que supone un gran esfuerzo de las UGCs y debe considerarse que si se superan los criterios de acreditación de la ACSA implica un alto grado de calidad en la organización y función de la UGC.

Los objetivos de las UGCs de acreditación de profesionales se han convertido en objetivos de muy difícil cumplimiento dado que una vez que los profesionales acreditados han consolidado el nivel 5 de carrera profesional no hay ningún incentivo (aparte de la autoevaluación) para el profesional. Se debe agilizar los trámites de la carrera profesional y contabilizar el cambio de nivel desde el momento que el profesional lo solicita, y no cuando es evaluado.

- **Objetivos de farmacia**

**Condiciones imprescindibles:**

- Evitar la asimetría de los objetivos de farmacia entre AP y hospital, tanto en el índice de calidad como en el índice de consumo. Mismos indicadores para todos los profesionales médicos.
- Valoración de la prescripción de cada profesional (también para los enfermeros, para los productos que prescriben ahora: tiras de glucemia, absorbentes de orina)
- Establecer un mínimo en cada objetivo, sin necesidad de mejoras anuales (la exigencia es excesiva e imposible de cumplir)
- Disminuir la importancia de los indicadores de farmacia y ajustar el indicador con la prescripción inducida por el hospital y los servicios de urgencias.
- Relacionar el gasto farmacéutico con la morbimortalidad de cada centro de salud, no comparar con el resto de gasto en Andalucía

Se hace cada vez más complicado mejorar en los objetivos de farmacia cuando se incrementan anualmente los porcentajes óptimos de cada indicador. Debieran proponerse objetivos de mínimos a cumplir y no rangos de cumplimiento, siendo el óptimo, en muchas ocasiones incumplible.

Hay objetivos que se debería revisar ante las nuevas evidencias científicas (antidiabéticos, antihipertensivos...) y otros en los que habría que revisar los objetivos mínimos y óptimos, adecuándolos a la realidad y a la seguridad de los pacientes.

- **Formación**

**Condiciones imprescindibles:**

- Es necesario incluir de nuevo en los AGC algún objetivo de formación continua de los profesionales.

La formación continuada en los centros de salud debe recuperar un peso importante en los ACG. En los últimos años se ha diluido la importancia de este objetivo. Es necesario motivar a los profesionales a participar tanto como docentes como discentes en actividades de formación en los centros. Se detecta alto nivel de desmotivación en esta faceta por lo que el objetivo de formación debería huir de la burocracia asociada a las acreditaciones y centrarse en el componente práctico, el desarrollo de las actividades detectadas como necesarias por el equipo.