

Pactos de gestión: una oportunidad para el liderazgo

Barragán Pérez AJ, Moreno Valero MÁ, Martínez García JF, Álvarez Domínguez G, López Lacoma JC, Santiago García C, Fontcuberta Martínez J, García Gómez P, Herranz Valera JJ, Pé F

Servicio Murciano de Salud

Introducción

Los pactos de gestión (PG) 2008 constituyen documentos de objetivos que establece el Servicio Murciano de Salud (SMS) con las gerencias de atención primaria (GAP) y de especializada (GAE). A través del compromiso de los líderes de la organización, buscan la excelencia por medio de su despliegue a todos los profesionales.

Su historia, aunque reciente, se remonta a la época del Insalud que, en 1991, emite su primer documento de objetivos asistenciales para AP. A partir de entonces, lo fue desarrollando incluyendo los relacionados con cartera de servicios, financiación, prestación farmacéutica, formación, etc. Desde el año 2001, tras las transferencias de Sanidad, el SMS elabora contratos de gestión hasta su cambio de denominación en 2008, en el que su formato se adapta al modelo EFQM.

La GAP de Cartagena, siempre ha suscrito compromisos de objetivos con los responsables de todas las unidades clínico-asistenciales del área de salud dependientes institucionalmente de la misma.

Objetivos

Potenciar el liderazgo de los responsables de unidad aprovechando el despliegue de los PG.

Material y métodos

Ámbito y emplazamiento: todas las unidades clínico-asistenciales del área de salud de referencia:

- 20 equipos de atención primaria (EAP).
- 8 servicios de urgencias de atención primaria (SUAP).
- 1 equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).
- 9 unidades de salud bucodental (USBD).
- 20 unidades de psicoprofilaxis obstétrica (UPPO).
- 9 unidades de fisioterapia (UF).
- 4 unidades de trabajo social (UTS).

Período de estudio: 12-03-2008 a 15-05-2008.

Estructura del PG:

- Clausulado. Transmite la justificación y explicación de los objetivos incluidos en el PG SMS-GAP, clasificados según su relación con los 9 criterios de excelencia EFQM y adaptado a las unidades firmantes.
- Anexo I. Población con tarjeta sanitaria individual (TSI) asignada a cada unidad a 31 de marzo de 2008, des-

agregada por intervalos de edad y sexo.

- Anexo II. Cifras de asignación presupuestaria descentralizada:
 - Para los EAP: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos), II (gastos de material de oficina, sanitario, botiquín y tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar) y IV (prestación farmacéutica). Y cifras a conseguir en facturación a terceros.
 - Para las USBD: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos) y IV (prestación farmacéutica).
 - Para los SUAP: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos), II (gastos de material de oficina, sanitario y botiquín). Y cifras a conseguir en facturación a terceros.
 - Para las UPPO: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos). Y cifras a conseguir en facturación a terceros.
 - Para el ESAD: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos), II (gastos de material de oficina, sanitario y botiquín) y IV (prestación farmacéutica). Y cifras a conseguir en facturación a terceros.
- Para las UF: en capítulo I (sustituciones por asistencia a cursos de formación continuada y ausencia por vacaciones y otros permisos), II (gastos de material de oficina, sanitario y botiquín). Y cifras a conseguir en facturación a terceros.
- Anexo III. Objetivos en cada uno de los indicadores de accesibilidad, proceso y resultados de la cartera de servicios y unidad/es responsable/s de su consecución. Se han individualizado por zona de salud aplicando el porcentaje o tasa aplicado para el área en el PG SMS-GAP, excepto en los indicadores de accesibilidad de los servicios de atención al climaterio, a pacientes con HTA, con diabetes, con obesidad, con hipercolesterolemia, con EPOC, con consumo excesivo de alcohol y en situación terminal. Estimamos que el número de pacientes-usuarios existentes en cada zona de salud correspondientes a estos servicios dependen de factores epidemiológicos muy relacionados con aspectos demográficos y que, por tanto, la consecución del objetivo no depende, exclusivamente, del profesional. No así el resto de indicadores individualizados que sí dependen de la "actitud" del profesional. Este anexo se compone, a su vez, de:
 - Anexo III-A. Cifras en valor absoluto a conseguir (numeradores de los indicadores de evaluación).
 - Anexo III-B. N.º de usuarios por edad y sexo (denominadores de los indicadores de evaluación).
 - Anexo III-C. Porcentajes o tasas a conseguir (indicadores de evaluación).

- Anexo IV. Objetivos seleccionados de cada uno de los 9 criterios de excelencia, así como la unidad o unidades ubicadas en cada zona de salud responsable de su consecución.
- Anexo V. Objetivos para la encuesta de calidad percibida.

Despliegue. En el intento de potenciar el liderazgo y basado en el Decreto 53/1989 de la Consejería de Sanidad sobre Funcionamiento de los EAP, hemos considerado a los coordinadores de los EAP como responsables de la organización asistencial de todas las unidades ubicadas en su zona de salud. Entendemos que no es correcto desagregar todos los objetivos cuando de su consecución dependen varias unidades que, necesariamente, deben estar integradas y compartirlas y, por tanto, deben estar coordinadas. Un líder orgánico coordina varios responsables funcionales.

En las otras unidades con líderes orgánicos (SUAP y ESAD), los compromisos se establecieron con sus coordinadores.

El despliegue y las firmas de los PG se hicieron en:

- Consejo de gestión de área (el Equipo Directivo de la GAP y los coordinadores de los EAP, de los SUAP y del ESAD).
- Reuniones del equipo directivo y los responsables funcionales de las UPPO, USBD, UF y TS.

El compromiso de liderazgo conlleva, además, la obligación de hacer un seguimiento continuo de los objetivos

del PG y la redacción de actas de las reuniones mantenidas al efecto indicando contenido y asistentes, con un mínimo de 3 para este ejercicio, por parte de los coordinadores de EAP.

Resultados

Se han elaborado 20 documentos de PG que han suscrito cada uno de los 20 coordinadores de los 20 EAP. En cada uno de ellos ha asumido el compromiso de su colaboración en la consecución de los objetivos que implican a la zona de salud de referencia mediante firma el responsable de la USBD (si existe en la zona), el responsable de la UPPO (existe 1 por cada zona), el responsable de la UF (si existe en la zona) y el responsable de la UTS (cada uno de los 4 TS tiene adscritas 5 zonas de salud).

Asimismo, se han elaborado 8 documentos de PG que han firmado cada uno de los 8 coordinadores de los SUAP y 1 documento de PG que ha suscrito el coordinador del ESAD.

En total se han elaborado 29 documentos que han implicado al 100% de los líderes de la organización.

Conclusiones

- La implicación de los líderes, hasta el momento, ha sido total.
- El despliegue en cascada ha facilitado la comunicación de los objetivos de los PG.
- Los líderes han manifestado su satisfacción con el procedimiento seguido para el establecimiento de los compromisos suscritos en los PG.