Líneas de Gestión
EN ATENCIÓN PRIMARIA

Modelo de Gestión Autónoma Integrada

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Gerencia ATENCIÓN PRIMARIA TOLEDO

sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha

Modelo de Gestión Autónoma Integrada

Gerencia
ATENCIÓN PRIMARIA
TOLEDO

Edita:
SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha/
Gerencia de Atención Primaria de Toledo

Diseño y maquetación:
Rail Comunicación

Depósito legal:
TO-501-2010

Índice

Introducción 5

1. Marco legislativo y Líneas de Gestión en Castilla-La Mancha 9

2. Experiencias de autogestión 13
2.1 El modelo de descentralización en España 13
2.1.1 Antecedentes y experiencias de autogestión 13
2.1.2 Análisis de los modelos 15
2.2 Experiencias en Europa 17
2.3 Otras experiencias en España 21

3. Modelo de Gestión Autónoma del Sescam 27
3.1 Modelo de descentralización en Toledo 27
3.1.1 Los recursos humanos 27
3.1.2 La financiación 29
3.1.3 Contrato o compromiso de gestión 29

4. Marco operativo de la Gestión Autónoma Integrada en Toledo 33
4.1 Innovación organizativa 34
4.1.1 Características 34
4.1.2 Ventajas del Modelo 37
4.1.3 Líneas de Acción 38
4.2 Componentes de la Gestión. Evaluación e Incentivación 39

5. Evaluación de los resultados del contrato de gestión 2008 47
5.1 Evaluación 47
5.2 Incentivación 50
5.3 Discusión y Conclusiones 51
5.3.1 Dimensiones evaluadas 52
5.3.2 Componentes de la implantación y consolidación del modelo 54
5.3.3 Elementos de Gestión Comparada 56

6. Desarrollo de la evaluación 2008 61
6.1 Accesibilidad 61
6.1.1 Objetivos, indicadores y estándares 61
6.1.2 Resultados y evaluación 62
6.2 Actividad asistencial 63
6.2.1 Objetivos, indicadores y estándares 63
6.2.2 Resultados y evaluación 66
6.3 Consumo de medios externos y de la eficiencia 72
6.3.1 Objetivos, indicadores y estándares 72
6.3.2 Resultados y evaluación 75
6.4 Cliente interno 79
6.4.1 Objetivos, indicadores y estándares 79
6.4.2 Resultados y evaluación 81

7. Encuesta de satisfacción del usuario 87

8. Objetivos y Evaluación 2009 97

9. Objetivos Contrato de Gestión 2010 105
9.1 Líneas prioritarias de actuación en 2010 106
9.2 Evaluación-incentivación 107
9.3 Anexo general del contrato de gestión 107

Bibliografía 129

Introducción

NUEVO MODELO DE GESTIÓN AUTÓNOMA INTEGRADA

El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, concretamente en el Área Sanitaria de Toledo, ha iniciado en 2008 una experiencia con la puesta en marcha de un nuevo modelo de Gestión Autónoma Integrada, coincidiendo con la apertura del Centro de Salud de Buenavista en Toledo y, en un segundo momento, en los Centros de Salud de Seseña, Camarena y Menasalbas. Un modelo de gestión diferente con cuatro objetivos principales:

- Optimización de los recursos.
- Motivación de los profesionales y responsabilidad en la gestión sanitaria.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Incremento del nivel de satisfacción de los usuarios.

El compromiso de dotar de una mayor autonomía real a los profesionales de los Equipos de Atención Primaria potenciando su papel como responsables directos de la organización, funcionamiento y resultados, creando una nueva relación entre el Equipo y la Gerencia, ha sido fundamental a la hora de diseñar un nuevo modelo de Gestión Autónoma en el Área de Atención Primaria de Toledo.

Queremos evolucionar desde un modelo tradicional jerárquico hacia un modelo de tipo red, facilitando la autonomía de gestión y la asistencia integrada.

Este proyecto de descentralización es un modelo que pretende una gestión participativa de los profesionales de atención primaria que necesariamente debe evaluarse en función de su integración en la viabilidad del sistema sanitario.

Teniendo en cuenta la prestación de servicios que desde el primer nivel se oferta a la población y la evidente relación que existe entre la eficiencia del sistema y una atención primaria resolutiva a la hora de de atender la demanda sanitaria actual de manera sostenible, deben abordarse líneas estratégicas que conjuguen la atención sanitaria con una óptima organización y gestión de sus recursos, una cuenta de explotación a lo largo del año y un balance final de ejercicio, positivos para el sistema.

Por otra parte las sucesivas oleadas de encuestas sobre la atención sanitaria muestran barómetros sanitarios con una alta calificación sobre este servicio, una importante tasa de utilización del ciudadano de la oferta sanitaria y una tendencia de mayor satisfacción proporcional a un mayor uso.

Por eso se hace necesario elaborar, desarrollar y ensayar modelos que presumiblemente alcancen los cuatro objetivos principales mencionados inicialmente. De esta forma en 2008, coincidiendo con la puesta en marcha del nuevo Centro de Salud de Buenavista (Toledo), iniciamos un proyecto de autogestión con la participación voluntaria de sus profesionales con proyección de extenderlo en nuestra Área de Salud. En 2010 hemos dado un paso más con la inclusión de los Equipos de Seseña, Camarena y Menasalbas en este modelo de descentralización.

Esta mayor autonomía junto con la creación de las condiciones necesarias para recorrer escenarios de descentralización de la gestión, corresponsabilizando a los profesionales de los resultados, es un camino que debemos experimentar con objeto de mejorar la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos y el funcionamiento de nuestros centros.

Indudablemente este nuevo modelo de gestión contiene una transferencia de riesgo definida, una autonomía organizativa e implicación económica donde no se establece personalidad jurídica, dando autonomía dentro de la función pública. A través de un Acuerdo de Gestión en el que se incluyen cinco dimensiones para ser desarrolladas y evaluadas: Accesibilidad, Actividad Asistencial, Eficiencia, Cliente Interno e Integración de Niveles se establecerán los objetivos alcanzados y los resultados de este nuevo modelo.

Se trata de un modelo de gestión, que puede ser el punto de encuentro equidistante entre la gestión pública tradicional, los modelos de gestión propia y la autogestión que posibilite decididamente la autonomía de gestión y, a la vez, minimice la incertidumbre de la autoconcertación.

En definitiva se trata de disponer de una provisión de servicios, compatible con nuestro contexto, que de la mejor respuesta a los retos de la tercera transición epidemiológica.

A día de hoy, el Centro de Salud de Buenavista se ha convertido en un centro piloto para toda el Área Sanitaria de Atención Primaria de Toledo. En 2010 los Equipos de Seseña, Camarena y Menasalbas ya han dado los primeros pasos para llevar a cabo este nuevo proyecto en sus centros. El nuevo modelo de Gestión Autónoma en el que se sustenta garantiza, por una parte, mayor eficiencia y accesibilidad de los servicios sanitarios y, en general, mayor nivel de satisfacción a la población y, por otra, una mayor motivación, incentivación y formación continuada a los profesionales.

Los resultados de la Evaluación 2008 y 2009 del Centro de Salud de Buenavista así lo avalan y los objetivos planteados para 2010, con la integración de los Equipos de Seseña, Camarena y Menasalbas, confirman la buena marcha de una nueva experiencia de Gestión Autónoma Integrada en el Área Sanitaria de Toledo.

Francisco Fernández Páez
Gerente Atención Primaria de Toledo

I

Marco Legislativo y Líneas de Gestión en Castilla-La Mancha

El 1 de Enero de 2002 se asumen las **transferencias sanitarias en Castilla-La Mancha** y comienza un proceso de gestión propio con la creación del Sescam, que acomete estratégicamente acciones orientadas a la mejora y adecuación de las estructuras, tanto de personal como de edificios sanitarios.

La Gerencia de Atención Primaria de Toledo, dependiente del Sescam, mediante Contrato de Gestión con los EAP´s identifica la población a la que da cobertura, define las prestaciones y su calidad, así como los recursos. Los EAP´s tienen como objetivo principal proveer el mejor servicio sanitario posible aprovechando el máximo rendimiento de sus recursos.

En nuestro ámbito normativo, y más concretamente en la **Ley 8/2000 de *Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha***, se recoge expresamente en varios artículos, la posibilidad real de implantar nuevos instrumentos de gestión y promover la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en la gestión de los centros:

Incluye entre sus Principios Informadores (Título I Artº 2) la descentralización, coordinación y responsabilidad de la gestión (i), la Eficacia, Efectividad, Eficiencia y flexibilidad sanitaria (j), la responsabilidad y participación del colectivo de profesionales en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados (k) …… regula y determina las funciones diferenciadas planificación, de financiación y de provisión de servicios ….esta ley señala además:

- En el Título VI, Capítulo II de Ordenación Funcional, Art. 49 "De la Atención Primaria" en su apartado 7º se recoge que "Reglamentariamente se establecerán las normas de estructura, organización y funcionamiento de los centros y servicios de atención primaria y se **garantizará la participación del colectivo de los profesionales en la gestión de los mismos".**
- En el Título IX "Del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha" Capítulo II, Secc. II, en el artículo 75 d) recoge que el SESCAM deberá establecer objetivos que permitan "**promover sistemas de información e instrumentos de gestión que permitan una mayor eficacia y efectividad de los centros y servicios".**
- En el Capítulo III, Artículo 79 del Régimen jurídico del personal "**el régimen estatutario será, con carácter general, el aplicable al personal que preste sus servicios en el Servicio Regional de Salud, sin perjuicio de que también pueda incorporarse personal funcionario o laboral".**

***Para implantar nuevos modelos* de autogestión, o de descentralización de la gestión**, es necesario un consenso, antes de su implantación, **debe promoverse el deseo de participar de todos los estamentos implicados en un proyecto descentralizador común**. Esto plantea problemas y, quizá, soluciones distintas, atendiendo al tipo de vinculación laboral de los trabajadores, a si se trata de un centro de salud a estrenar o que lleve años funcionando con la ilusión que todavía mantengan sus miembros, con el grado de cohesión interna, etc. Por ello, los modelos resultantes van a ser distintos y no se pueden copiar totalmente modelos funcionantes en otras condiciones. **El aspecto más importante es la negociación entre todos los miembros de la unidad, para conseguir un objetivo común**. Esta negociación puede presentar

dificultades, debido al descontento de unos, pocas ganas de colaborar, conformismo con la situación actual, deseos de que nada cambie, falta de autocrítica, etc.

El modelo de gestión autónoma integrada debe ser una fórmula ingeniosa para superar la rigidez de la gestión actual, quizás una fórmula que incorpore la responsabilidad de los profesionales sobre los resultados de salud y económicos. La incorporación de la nueva fórmula debe favorecer, por tanto, la introducción de instrumentos de gestión más flexibles, y quizás por ello más eficaces, capaz de aportar un entorno organizativo más cercano a las expectativas de los profesionales.

Las estrategias de potenciar la gestión autónoma deben dirigirse a aumentar la eficiencia de los servicios, mediante la progresiva responsabilización de los profesionales y mejorar la satisfacción de los usuarios. **Para los profesionales debe suponer un aumento de las expectativas** que contribuya a establecer un marco de incentivación económica y profesional.

2

Experiencias de autogestión

2.1 EL MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN EN ESPAÑA

2.1.1 Antecedentes y experiencias de autogestión

Definida pues la autogestión como **una opción organizativa** en la que los profesionales asumen capacidad y responsabilidad jurídica para gestionar los recursos de manera autónoma, asumiendo el riesgo de una trayectoria deficiente, permite no obstante barajar diferentes **versiones entre la *autogestión y la descentralización,*** que van desde la mera gestión del capítulo de recursos destinado a sustituciones de personal y gasto corriente a los modelos inspirados en los médicos gestores del presupuesto completo *(fundholders)* en el Reino Unido (este modelo se inició en 1989 y tras 10 años de opiniones contradictorias, con la Ley de Salud de 1999, se da por acabado este sistema de provisión) o los profesionales constituidos como empresa que contratan con la Administración por entero la cobertura pública de las prestaciones de Atención Primaria para una población definida.

EN CATALUÑA:

Se transfiere la sanidad en 1981, se crea el Instituto Catalán de la Salud, que gestiona y presta los servicios. Después con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria en 1990, separa la financiación, que depende del SCS y la provisión es además del ICS, de otras fórmulas de gestión, como consorcios, cesiones, etc.

La experiencia del **modelo de autogestión se inició** tras la reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1995), en el Equipo del Remei de Vic **en 1996**, formado por 10 médicos y 3 enfermeros, como socios, para prestar asistencia a 22.500 personas de 4 municipios y luego le siguieron otros equipos, aunque ya desde 1993 parte de los profesionales desean participar de esta experiencia, en donde se precisaba tener entidad jurídica propia a través de distintas fórmulas asociativas, entidades de base asociativa (cooperativa, sociedad limitada) y donde había una transferencia de riesgo económico real, suscribiendo los profesionales un mínimo de capital social, en este caso, es una sociedad de responsabilidad limitada. Hay un acuerdo contractual con el ICS, constituidos los profesionales en EBA, para poder gestionar, tras participar en un concurso público, centros de Atención Primaria.

Se financia según el modelo de capitación parcial, desechando el pago por acto, porque incorpora incentivos inflacionistas. Se calcula los "costes per cápita", y hasta 1999 no se incorpora la farmacia al presupuesto de los centros. Hasta entonces el financiador se hacía cargo de la factura sin repercutir en los gastos incluidos del Equipo.

En el modelo de "autogestión" o "autoconcertación con asociación de profesionales", los médicos, desvinculados del régimen estatutario, constituidos en sociedad mercantil o asociación profesional, gestionan autónomamente 105 recursos económicos disponibles y organizan la asistencia. Para ello reciben un presupuesto global asignado a la atención a la población del centro de salud. Son empresas, entidades de derecho mercantil, con ánimo de lucro.

El modelo fue promovido por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), se enmarca en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, que separa las funciones del asegurador (financiación, compra y planificación) de las de proveedor de servicios (centros públicos y concertados), aunque inicialmente no estaba previsto que los profesionales accediesen directamente a la provisión.

Una modificación parcial de la ley, en 1995, permite que el modelo conocido como "autogestión" tome cuerpo legal. Un decreto posterior (de 1997) establece los requisitos de acreditación de las EBAS para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de salud y de atención sanitaria y sociosanitaria. Los defensores de este modelo, dicen que los resultados son buenos, la satisfacción de los usuarios muy alta y hay un mejor uso de los recursos (la desviación de farmacia las asumen los profesionales).

Inspirado en fund-holding, del NHS de finales de los 80, junto con el deseo de más autonomía de los profesionales, se crea la 1ª Entidad de Base Asociativa. Son sociedades con ánimo de lucro con capacidad de endeudamiento, y entidad jurídica propia (sociedades limitadas, anónimas, laborales o cooperativas), que actúan sometidas al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil y civil, en cuanto al régimen de contratación de terceros.

Hasta 2000 sólo había un EAP basado en este modelo. **En 2006**, 276 equipos estaban gestionados por el ICS, 76 restantes por 36 entidades proveedoras. En **2007** el ICS se convierte en empresa pública, que abre un nuevo camino de autogestión, iniciando un pilotaje en 10 equipos. **En 2008**, 12 (8 urbanas y 4 rurales) de las 348 zonas de salud de Cataluña, han sido adjudicatarias de un concurso público para proveer atención sanitaria. En 12 años de recorrido del modelo EBA se han puesto en marcha 12 Equipos. Recordamos la coexistencia de 4 modelos de servicios atendiendo a los aspectos de Financiación y Planificación, Compra y Provisión, que van desde el modelo de gestión propias de la Administración, hasta contrato con organismos intermedios, empresas de ámbito sanitario o contrato con entidades de base asociativa.

El modelo de los existentes se formaron con la constitución de una sociedad limitada o similar de la que el 51% estaría en manos de los profesionales que trabajan en el centro, el resto en hospitales, ayuntamientos… sin que ninguno individualmente ostenten más del 25% de la sociedad.

En Cataluña, **Centros de Atención Primaria (CAP)** gestionado por "entidades ajenas": consorcios, fundaciones, mutuas laborales, mutuas de seguros u otras. La mayoría dependen de un hospital, integrado en la Red Hospitalaria de utilización Pública (XHUP). El personal, se rige por convenios propios.

Los CAP pueden ser del ICS, de la "entidad ajena" o de la Consellería de Salut. Algunos poseen personal propio, laboral; en la mayor parte hay también personal estatutario cedido a estas entidades (dependencia funcional de la entidad ajena: vacaciones, licencias, formación, permisos… y orgánica del ICS: retribuciones, régimen disciplinario…).

2.1.2 Análisis de los modelos

La Fundación Avadis Donabedian FAD en 2001-2002 analiza distintos modelos desarrollados en Cataluña valorando aspectos de accesibilidad, práctica clínica, continuidad asistencial, eficiencia, estructura, actividad y cliente interno.

Como conclusión se indica que es necesario avanzar en el análisis de determinados modelos, ya que se evidencian mejoras evidentes en accesibilidad, eficiencia y atención a la población en general, independientemente del modelo de provisión. Además no se conoce el impacto que en distintos modelos, puedan tener las diferentes características sociosanitarias de la población si se hubieran distribuido homogéneamente entre los diferentes modos de organización.

El análisis de los modelos, concluye que:

Es necesario avanzar en el análisis de los modelos y que independientemente del modelo analizado, existen Mejoras evidentes en: Accesibilidad, Eficiencia y Atención a la población.

Avedis Donabedian en 2003 evaluó los modelos de los proveedores de Atención Primaria en Cataluña: ICS, otros (mutuas, consorcios) y EBAS. **Se concluye que** tienen una Eficacia Clínica similar. **Las EBAS** tienen mejores resultados en: Accesibilidad (el 24% de los médicos tienen horario partido), Gasto Farmacéutico (ICS, 162,5 €; EBAS, 149 €) y Derivaciones (ICS, 10,4%; EBAS, 7,8%). **Los ICS** tienen mejores resultados en: Programas de Atención Primaria, trabajo multidisciplinar y Atención domiciliaria en Médicos y Enfermería. **Los CAP** no tienen mejor coordinación AP/AE.

Según Ledesma, presidente de la Aceba (Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa), "**ninguno de los equipos autogestionados han tenido resultados negativos, cumpliendo en presupuestos, salud y satisfacción de los usuarios". Afirma que en términos de satisfacción de los profesionales y económicos, los resultados son mejores que los de los centros gestionados por el I.C.S., y en términos de salud en unos casos son mejores y en otros peores.**

En el desarrollo de las XII Jornadas técnicas de EBA, celebradas en diciembre de 2008, si bien las mesas técnicas que analizan el modelo, consideran "**los resultados organizativos y clínicos buenos**", Ana Rico, profesora de la universidad de Oslo, considera "un absoluto fracaso político", debido a que el proyecto no se ha explicado ni extendido lo suficiente. Los aspectos de mejora que plantea son principalmente, la flexibilidad y movilidad de los profesionales y la óptima distribución de las funciones de médicos, enfermeros y administrativos del Equipo.

Modelo "light" en el ICS

El gobierno catalán, sin renunciar a la autogestión, sí ha rebajado los límites. Pondrá en marcha una experiencia que permitirá que 10 Equipos voluntarios que se autoorganicen y autogestionen en el marco de una empresa pública, el ICS, con las limitaciones legales y económicos que comportan. Los beneficios económicos, derivados de la buena gestión, no podrán ir a los profesionales.

María Antonia Llauger, directora del CAP Encants de Barcelona, uno de los 10 Equipos implicados, dice que "permite tener una autonomía de gestión, aunque no total; es nuestro marco y lo aceptamos".

Albert Ledesma, director de la 1ª EBA, desde el 1 de Octubre de 1996, ha informado que "la experiencia del ICS, está muy bien, porque se trata de descentralizar y dar autonomía dentro de la gestión pública, pero eso no es autogestión, porque no hay implicación jurídica (propiedad de la empresa), ni económica (riesgo sobre resultados) de los profesionales".

Francesc Moreu, apunta que puede haber un tercer modelo, mixto entre ICS y EBA; en el que el ICS forme parte del EBA que se constituya.

En un momento dado, se convive con otra política de compras del SCS que cambia su orientación de modelo de mercado sanitario, para ir desde una competición entre proveedores hacia una búsqueda de alianzas entre empresas sanitarias proveedoras.

En Europa surgen las **políticas de gestión de calidad**, un ejemplo es el Clinical Govermance del NHS orientando la mejora continua de calidad y elevando el estándar de atención, mediante la creación de un entorno en el que florezca la excelencia de la práctica clínica, como define Liam Donaldson, director médico del Nacional Health Service.

Con este razonamiento en Cataluña se impulsa una **Política de Dirección Clínica**, **el denominado Modelo de Gestión Clínica**, diseñada para aumentar la orientación al cliente, la participación de los profesionales y su responsabilidad individual, la descentralización, la búsqueda de la excelencia y una atención compartida entre proveedores. Sus objetivos principales son: disponer los procesos asistenciales, como procesos clave en el centro de la organización, contar con un sistema de información y de autoevaluación que permita la mejora continua. El papel de la Dirección es de soporte a la actividad asistencial.

El proyecto se sustenta en un contrato que el director del EAP y la adjunta de enfermería firman con la Gerencia. Asumen el compromiso de gestionar un presupuesto para conseguir objetivos y nombrar responsables del proceso a nivel de EAP.

La estrategia supone un cambio en la organización evolucionando de un modelo jerárquico a un esquema igualitario en el que profesionales sanitarios y los gestores se comprometen a trabajar juntos para mejorar el servicio.

El papel de la Dirección es reforzar su posición de apoyo y soporte, disponer medios informáticos para gestionar el conocimiento, mejorar los registros para facilitar de manera continua indicadores de los procesos asistenciales y distribuir recomendaciones objetivas para la práctica clínica basada en la evidencia.

En el XI Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, celebrado en noviembre de 2008 en Valencia, Rafael Pereiro, vicepresidente de Sedap, expresa que junto a mayores recursos, la desburocratización y las mejoras en la autogestión deben abordarse en cualquier proceso de mejora.

En el marco de la III Jornada de Innovación de Atención Primaria, celebrada en noviembre de 2008 en Barcelona, se presentaron experiencias sobre eficiencia y mejora continua en la gestión en centros de Atención Primaria concertados. Anna Riera, indica que la autogestión en los centros de primaria es muy importante para mejorar la eficacia."La diversidad es un bien que hay que preservar" los diferentes modelos deben convivir.

2.2 EXPERIENCIAS EN EUROPA

REINO UNIDO

Empresas de seguros sanitarios, en Europa, en el I Simposio Internacional de colaboración público-privado, celebradas en Febrero de 2009**,** han analizado algunas experiencias en las que defendiendo su mercado abogan por "introducir el concepto de aseguradoras como socios, porque lo que importa es el origen y el carácter de la prestación, no quien la ofrece".

En el Reino Unido, Ian Wootton, director de sanidad de Pricewaterhouse-Coopers, explica que los modelos de gestión en colaboración público-privada (PPP) han sido objeto de constantes críticas en los 10 ó 15 años que se han trabajado esos nuevos modelos; una de las razones esgrimidas es que el modelo, había

fracasado, aunque cree que es una crítica poco rigurosa. Piensa que los resultados han sido buenos aunque los sindicatos siguen criticando. No obstante cree que "una mejor disciplina y el coste se compensa con la mitigación de riesgos". "La crisis económica, ha propiciado un declive del dinero recaudado en estos modelos en Reino Unido, que también se ha dado en el número de transacciones, que se espera que continúen decreciendo". Aboga por ir hacia hospitales de menor tamaño, permaneciendo algunos de referencia, mejorando la conexión. "Para que esto sea viable hay que mejorar los servicios locales y en ello hay que trabajar en los próximos 5 ó 10 años."

En el Reino Unido existe un Contrato Marco Nacional para los médicos generales (General Practitioners-GPs). Estos son profesionales autónomos con un contrato especial de servicios (independent contractors). No son empleados y constituyen la puerta de entrada al sistema (gate-keepers). Trabajan en grupos de GPs (groups practice), a modo de una cooperativa de socios (partners). Solo 200 son privados. El promedio es de 1.800 habitantes por GP. Los Centros de salud no son públicos, sino arrendados o propiedad de los médicos en el 65% de los casos.

En Escocia, existe una coordinación de servicios sociosanitarios potentes con Atención Primaria. Apuestan por extender el campo de trabajo de la enfermería.

A partir de 1990, comienzan reformas cambiando un sistema integrado (financiación y provisión en la misma organización), por un sistema con una división entre "compradores" (purchasers) y "proveedores" (providers), introduciendo el mercado interno. Este sistema fue abolido después en Escocia y no en Inglaterra.

En 1999, el Reino Unido transfiere la responsabilidad del NHS a sus países constituyentes.

En 2004, la Ley de Reforma del NHS-Escocia, revoca los Trusts y se reorientan a un modelo basado en la gestión integrada (Healt Boards), como nuestras Áreas.

PORTUGAL

En Portugal, se hizo una **reforma en 2002**, y ahora se encuentra en fase de estudio de los niveles de eficiencia tras la reforma. Compara tres tipos de modelos: Administración pública, más rígida; la nueva gestión pública, menos intervencionista y los modelos empresarizados. Ana Paula Harfouche, profesora universitaria y directora gerente del instituto portugués de Oncología Francisco Gentil, de Lisboa, dice "que hay que estudiar las diferentes eficiencias obtenidas, mejorando la monitorización de costes. Todo por la eficiencia". Dice que "los centros públicos de gestión privada han sido más eficientes, pero también el resto está más cerca de la eficiencia para no quedarse atrás". Esta extensión también ha llegado a la Atención Primaria.

El SNS no está descentralizado, pero las Administraciones Regionales de Salud (ARS) coordinan la atención sanitaria nacional en su demarcación. Los centros de Atención Primaria no gestionan presupuesto propio. El médico general (Clínico Geral) es puerta de entrada (gate-keeper). Tiene un promedio de 1.800 personas. Son funcionarios de carrera.

Los centros son públicos y la gestión se realiza en las ACES (Agrupaciones de Centros de Salud). Se da una relación contractual entre las Regiones (ARS) y las **Agrupaciones de Centros de Salud (ACEs).**

Se produce una Reforma innovadora de la A.P. en 2006, creando Unidades de Salud Familiar: Es un nuevo modelo de centro de salud autónomo, de carácter voluntario. Se acompaña de una unidad técnica específica. Se busca dar autonomía organizativa a un grupo cooperativo de profesionales.

Es un sistema que va dejando de ser funcionarial, hacia un modelo contractual –público, a través de fórmulas voluntarias de los equipos con una base cooperativa de gran autonomía.

Existen Centros de Salud tradicionales, a extinguir, Nuevas **Unidades de Cuidados de Salud Personalizados (UCSP) creadas en 2008,** parecidas a USF, pero no son voluntarias y las **Unidades de Salud Familiar (USF)**, que son centros, con autonomía funcional, administrativa y técnica que firman compromisos (contractualizan) de objetivos. Se forman voluntariamente a partir de los actuales centros de salud, pequeños equipos multidisciplinarios y autoorganizados. El personal sigue siendo funcionario público. Tienen 1.750 personas por médico. Hay una convocatoria para formar las USF. Existen 3 modelos: A, B y C según su grado de desarrollo.

- A: Modelo básico, mejora del trabajo de Equipo.
- B: Mayor madurez organizativa; conlleva incentivos, por el cumplimiento de objetivos.
- C: Existe un contrato-programa. Pueden ser equipos del sector público, privado o entidades cooperativas. Actualmente todavía no se ha normalizado.

SUECIA

En Suecia, en los 80, para mejorar la eficiencia del sector sanitario se crearon algunos mercados internos dentro del sector público, que resultaron poco efectivos, y después se hicieron ciertas colaboraciones del sector privado licitando servicios de apoyo, como radiología y laboratorio, aunque manteniendo el control público. **La Atención Primaria, se presta por proveedores autorizados y registrados en la provincia elegida**. Los límites para la creación de servicios son la demanda y la competencia.

La atención hospitalaria mantiene un sistema de licitaciones controlada por el Estado al que pueden concurrir proveedores públicos o privados. Existen, aunque fue muy polémico, guías con puntuaciones y clasificaciones de los servicios.

El sistema, está muy descentralizado, donde los Consejos de Condados (Lansting-County Council), que constituyen el nivel regional son los responsables de la asistencia sanitaria. Los Condados se dividen en Distritos sanitarios con un hospital y varias **unidades de A.P. (UAP**). Hay mucha variedad y autonomía.

La Atención Primaria no es puerta de entrada obligatoria al sistema sanitario, por lo que existe un débil papel de la misma, poco utilizada. Se presta en los centros de salud locales y en clínicas privadas. Los municipios tienen un papel importante en la prevención.

Existe autonomía organizativa y una A.P. privada concertada con la sanidad pública, además de médicos empleados con contratos laborales por los Condados. Hay diversificación de proveedores. La mayor parte son los Centros de Salud de titularidad pública (75%). Un cuarto de los médicos son privados. Los Centros se gestionan desde una unidad técnica sub-regional (hay varios por Condado).

En Suecia tienen muy desarrollados los servicios comunitarios de Atención Primaria, dependientes de los Condados y Ayuntamientos. En los últimos años el sistema está orientándose desde un hospitalocentrismo inicial, hacia un mayor protagonismo de la A.P.

ITALIA

El SNS está muy descentralizado en regiones. Las ASL (empresas sanitarias locales), como nuestras áreas, son un ente público local de las Regiones, responsables de la atención sanitaria. Tienen personalidad jurídica, disponen de gran autonomía de gestión y establecen una relación contractual con al financiador público.

La A.P. es la puerta de entrada al sistema. **En 1999, se hace una Reforma de la Atención Primaria.** En Italia no existe especialidad de médico de familia. Sí se oferta formación postgrado gestionado por las ASL, no por la Universidad.

En Atención Primaria son médicos liberales. Existe un Contrato Nacional para Médicos y Pediatras. **Los médicos no son empleados públicos, tienen contratos de servicio, como autónomos liberales**. Son solo

asistenciales con un límite de 1.500 personas por médico. Ejercen una práctica muy individual; pero es de interés del sistema incentivar el trabajo en grupo.

Actualmente existen 3 modalidades:

- **Ejercicio individual**: Modelo clásico de ejercicio liberal.
- **Ejercicio en Red**: Informática e historia clínica compartida entre los médicos del grupo. Por vincularse a esta modalidad existen incentivos.
- **Ejercicio en grupo**: Es un conjunto de médicos asociados que trabajan en una zona y comparten un local. Su compromiso es aumentar la accesibilidad, de 8 a 20 horas. Tienen incentivos económicos por pertenecer a un grupo, para financiar local y otras contrataciones. El grupo de médicos no tiene personalidad jurídica, cada médico tiene que asumir su propia responsabilidad. En las ASL existen servicios de prevención y promoción distintos del sistema de médicos generales.

Hay establecido un programa especial de Atención Domiciliaria (Assistenza domiciliare programmata) que puede ser activada por los médicos generales.

2.3 BREVE ANÁLISIS DE OTRAS EXPERIENCIAS EN ESPAÑA

ANDALUCÍA

Andalucía es partidaria de las unidades de gestión clínica y de desarrollar una carrera profesional para los directivos, señala Fernando Forja, coordinador del grupo de gestión clínica del Pacto de Atención Primaria de Andalucía.

En julio de 2007 se aprueba el Decreto 197/2007, en el que se establece que los centros de salud se organicen como "**unidades de gestión clínica**" (UCA), para que gestionen y organicen actividades buscando una mayor integración, que propongan y planifiquen la consecución de objetivos asistenciales, docentes y de investigación. Se pretende un incremento de la participación en la gestión y dar más autonomía organizativa a los profesionales, que están adscritos a la zona de salud.

Cada unidad de gestión clínica, tiene una dirección que depende funcional y jerárquica de la Dirección Gerencia del distrito de Atención Primaria. El 50% de los objetivos los propone el Equipo. Las unidades clínicas son funcionales, no orgánicas, no tienen presupuesto independiente ni personalidad jurídica. Tienen cierta autonomía en la gestión del personal eventual.

Se establece un acuerdo de gestión clínica entre el Equipo y la Gerencia, que incluye el marco de gestión, el método y recursos para conseguir los objetivos y los criterios de incentivación. Tendrá una duración de 4 años, prorrogables. Dispone de 415 unidades de gestión clínica (98,2% de la A.P.).

VALENCIA

En 2003 se integra la Atención Primaria, como cesión de centros de salud y plantillas públicas a una UTE propietaria de hospitales privados modelo "**concesión administrativa**". Consiste en que la Administración sanitaria transfiere una cantidad de dinero per cápita, a cambio de que la UTE construya un hospital que junto con los centros cedidos, gestiona por un período de varios años, alrededor de 25. Existe una separación efectiva de la financiación pública y la provisión privada.

En el capítulo de incentivos, se limita la tasa interna de rentabilidad al 7.5% anual. Se accede al incentivo de ahorro del 30% de farmacia, si el gasto es inferior al gasto medio por habitante de la Comunidad Autónoma. También se penaliza un 12.5% de descuento cuando la facturación de pacientes fuera del Área excede el 20% del presupuesto capitativo, y el 25% si excede un 40%.

Este modelo se implanta en 1999 por primera vez en un servicio de salud. Es el llamado **modelo Alzira**. Inicialmente lo forman 11 centros de salud, 16 consultorios y 12 estacionales y el hospital de la Ribera. Desde la puesta en marcha se adjudica la gestión de 5 departamentos de salud, de los que están funcionando dos. Está en estudio poner en marcha la autogestión en 2 ó 3 zonas.

En el departamento de salud de Torrevieja, en Alicante, se pretende pilotar una experiencia de autogestión, en un centro de salud, dotándolo de un presupuesto para 2009, en función del gasto producido en 2008, introduciendo matices por movilidad poblacional, tipo de población asignada y variación del IPC. El objetivo

fundamental es "controlar la demanda y mejorar el estado de salud de la población". El modelo tiene similitud con las EBAS de Cataluña (compra de insumos, contratación de personal, gastos de farmacia, pagos de salarios, etc.). Los centros susceptibles de acoger la nueva forma de gestión son los que están integrados por personal laboral. El éxito del pilotaje puede hacer que los profesionales se animen a integrarse en el modelo laboral.

CASTILLA- LEÓN

En 2005 se inician a través de una resolución del 5 de Abril de 2005, los **Programas de Gestión Propia (PGP)** de la Administración, que establecen los requisitos para solicitarlos y participar en esta experiencia (70% de los profesionales y el 80% de los médicos han de apoyarla).

Otros requisitos son una estructura organizativa, planes de mejora, distribución de tareas, cartera de servicios y gestión de recursos: se pretende impulsar la descentralización de la organización y la gestión de los recursos. Busca además la eficiencia de los recursos, compartiendo cierto riesgo y mejorar la calidad de los servicios. Se establece una duración de 3 años, pudiendo abandonar en cada ejercicio. Se inician 7 Equipos en 2005 y permanecen 6.

Pasados tres años de funcionamiento de los PGP se realiza una evaluación, que refleja los siguientes resultados:

Indicadores asistenciales y de calidad cumpliendo el estándar del 65%; buenos datos de calidad de prescripción, buena gestión eficiente de recursos, déficit de los sistemas de información. Se establece un plan de mejora.

EXTREMADURA

En 2004 se alcanza un pacto de Productividad para Atención Primaria y Atención Hospitalaria. El contrato de gestión se basaba en el modelo Insalud: 40% cartera de servicios, 30% capítulo I y II, 15% estándares de I.T. y 15%, basados en encuesta de satisfacción. La dificultad de integrar a todos los profesionales del Equipo en ese modelo hizo que se planteara la necesidad de elaborar un contrato de gestión que incluyera actividades propias de todas las categorías profesionales de los componentes del Equipo.

En 2008 el **modelo genérico de Gestión Multidisciplinar**, adoptado por 21 centros incluye:

- Producto-Efectividad: - Alcanzar el producto total propuesto en Cartera de Servicios.
- Alcanzar por cada Unidad Básica Asistencial (UBA) y resto de profesionales, un producto específico determinado (menos del 80%, no cobra incentivos).

La incentivación tiene como llave alcanzar las coberturas pactadas para su distribución, se tiene en cuenta:

- 30% sesiones de Equipo, formativas e informativas.
- 40% implicación en iniciativas distribuidas por categorías.
- 30% propuestas de autogestión del centro.

MADRID

En los últimos años, se plantean diversas estrategias de gestión, entre ellas, el intento de un mercado público regulado, separando financiación y provisón; después se separa de Atención Primaria el nivel de urgencias extrahospitalarias, y también se realiza un plan de mejora de la A.P. Ahora, en proyecto un nuevo modelo de gestión (¿modelo de competición entre centros? Según Ana Sánchez, viceconsejera de A.S, está en estudio dar autonomía de gestión, tipo EBA o también con centros que sean llevados por personal estatutario).

Asesorado por experiencias catalanas, quiere sacar a concurso público la gestión de 2 centros de salud tipo EBA. Se incluirá presupuesto de farmacia y pruebas complementarias. Se quiere dar más autonomía de gestión, bien con algunos centros que puedan ser llevados por sociedades mercantiles, también con centros que sean llevados por personal estatutario.

GALICIA:

El modelo **gallego** "contempla apostar por la transferencia de riesgos e incentivos a los profesionales", según explica Cayetano Rodríguez, secretario general del Servicio Gallego de Salud.

ASTURIAS:

Quiere poner en marcha este año 5 unidades de gestión clínica, que tras solicitar su participación los equipos firman un contrato de gestión, con autonomía de gestión progresiva.

MURCIA:

Desde 2007, aplica un plan de mejora que incluye el **modelo de calidad EFQM,** gestión por procesos, potenciación de la enfermería, descentralización e integración de la gestión.

CASTILLA-LA MANCHA:

El Sescam, en el Área sanitaria de Toledo ha iniciado en 2008 una experiencia elaborando un **nuevo modelo denominado de Gestión Autónoma Integrada,** diferente a los existentes en la actualidad, que consiste en la asignación de un presupuesto con una cesión de competencias, que permite la autogestión del presupuesto y de la organización para lograr los objetivos, optimizar recursos y mejorar la calidad. El cumplimiento de objetivos da lugar a una bolsa de incentivos de hasta el 15% de las retribuciones brutas anuales.

El modelo **incluye los 5 siguientes conceptos de Gestión Autónoma:**

- Documento de expreso interés de los profesionales de su participación directa en la gestión.
- Relación Contractual de un modelo de gestión autónoma.
- Implicación económica: Riesgo sobre resultados.
- Asumen riesgo de trayectoria ineficiente.
- No personalidad jurídica, pero sí asumen competencias cedidas (no delegadas) del Gerente de A.P.

El modelo **incluye los 5 siguientes conceptos de Gestión Integrada:**

- Cambios en la organización: desde modelo jerárquico a modelo de Red. Acomete retos de la 3ª transición epidemiológica.
- Integrar servicios y grupos profesionales.
- Coordinación de agudos (puerta de entrada) e intervención para modificar hábitos, causa de enfermedades prematuras y crónicas.
- Coordinación con proveedores de cuidados crónicos de larga duración (Socio sanitario).
- Cambios en la formación.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN:

Si hacemos una reflexión actualizada sobre la gestión operativa de los Equipos de Atención Primaria en el Área de Toledo, y a modo de describir un análisis de situación medio de los principales aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de la Autonomía de Gestión nos encontramos con la siguiente realidad:

RESPONSABILIDAD MEDIA DE LOS PROFESIONALES EN

La organización	Moderada
Flujo de pacientes	Fuerte
Programación asistencial	Fuerte
Gestión de personal	Débil
Gestión de compras	Débil
Actualización de la tecnología	Moderada

3

Modelo de gestión autónoma del SESCAM

3.1 MODELO DE DESCENTRALIZACIÓN EN TOLEDO

En nuestra Área de Salud hemos iniciado diversas acciones orientadas a una mayor descentralización de la gestión, entre ellas la elaboración de un **PLAN DE MEJORA 2007-2008** de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo con la contribución de 72 profesionales de los EAP´s del Área y la determinación de **11 LÍNEAS DE GESTIÓN ESTRATÉGICAS**, 5 orientadas al usuario y 6 orientadas al profesional, **una de ellas, DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN**. En nuestro ámbito por tanto la prudencia en los modelos de provisión y las diferentes características sociosanitarias de Toledo, junto a la voluntad de poder desarrollar un modelo de descentralización que se adecue perfectamente a nuestras características, creemos que es posible.

Queremos que produzca los mejores resultados en salud y permita la flexibilidad de la gestión, a través de la mayor participación de los profesionales, y que desemboque en un modelo ampliamente descentralizado que proporcione ganancia en salud a la población, es el objeto de este documento. Podríamos, por lo tanto, desarrollar un modelo de descentralización avanzado de la Atención Primaria, de manera ordenada y consistente en el Área de Toledo en aquellas zonas de salud que vayan teniendo condiciones iniciales para su desarrollo (planteamos el pilotaje en Buenavista).

Tanto la autorización del Sescam, como la voluntad de la **creación de condiciones favorables** de la Gerencia de Toledo, como la **decisión de los profesionales** del Equipo de Buenavista en proponer una experiencia de descentralización han sido acciones imprescindibles para iniciar una nueva forma de gestión en Atención Primaria en nuestra Comunidad Autónoma.

Elementos esenciales de esta fórmula son:

- Los Recursos Humanos que integrarán el EAP, su selección, su vinculación y régimen jurídico y sus retribuciones e incentivos.
- La Asignación presupuestaria o financiación.

3.1.1 Los recursos humanos

En principio son posibles varias alternativas, pero en este momento inicial de la experiencia, tenemos en cuenta que los profesionles del Equipo de Palomarejos, de acuerdo con el mapa sanitario vigente se desdoblan en 2 zonas de salud: Palomarejos y Buenavista, ambas zonas urbanas de Toledo.

Por tanto, de acuerdo con **un modelo de gestión autónoma,** optamos por constituir un EAP formado con personal estatutario (y o funcionario) propio, que admite fórmulas de comisión de servicios o adscripción funcional.

Esta opción tiene la ventaja de ser **acorde con el marco legal** que regula actualmente el régimen jurídico de la mayor parte de los profesionales que prestan servicio en el SESCAM: Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco.

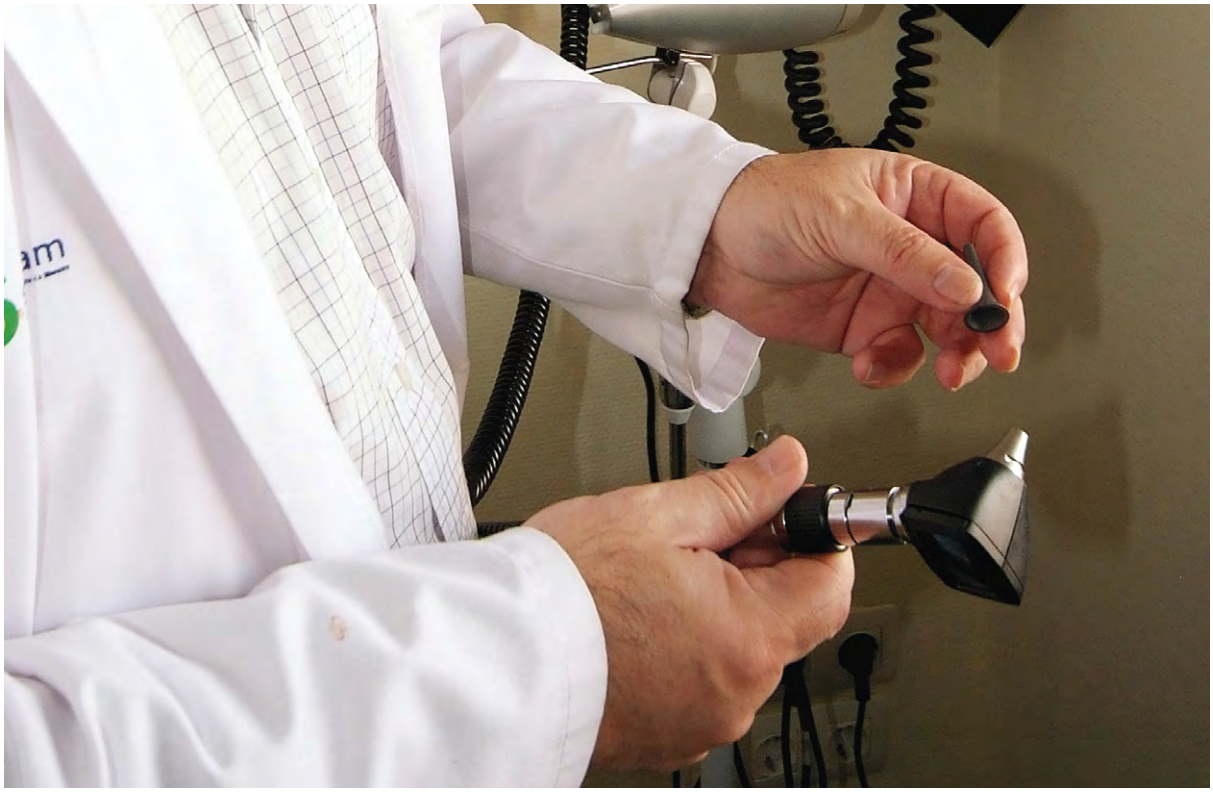
Estructura organizativa

Debe existir la figura de un **Director, Coordinador o similar**, elegido por los miembros del EAP, y nombrado por el Gerente de A.P., con competencia para tomar decisiones, en base a **competencias cedidas (no delegadas formalmente)** en aspectos como la gestión de permisos y sustituciones (dentro del actual marco jurídico), flexibilidad de horario y turnos, flujos de pacientes, propuesta de asignación de incentivos, elaboración de programas de formación, etc.

Como apoyo a la autogestión se constituirían comisiones para debatir y proponer sobre diversos aspectos: utilización de recursos materiales, adquisición de aparataje clínico, necesidades de infraestructuras, etc.

Tiempos de trabajo. Jornada. Permisos y licencias

Sin obviar lo que al efecto disponen tanto el Estatuto Marco como el Decreto 88/2003 por el que se regula la jornada del personal que presta servicios en las Instituciones Sanitarias del Sescam, la autogestión que



se pretende conlleva, inexorablemente, la adopción de criterios amplios de flexibilización, traducidos finalmente en un **Programa Funcional** consensuado por todos los miembros del EAP que conjugue facilidades de cumplimiento para los profesionales y garantía asistencial de calidad para los usuarios.

Retribuciones

Criterios generales

1.- El sistema retributivo debe ser el establecido en la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, Las Leyes de Presupuestos de la Comunidad Autónoma y las Resoluciones que sobre retribuciones dicte la Dirección Gerencia del Sescam.

En el modelo de gestión autónoma, se contempla una **retribución variable, partida de incentivos acorde con los resultados de la evaluación establecida, potente (sobre un 15% de las retribuciones brutas anuales),** cantidad que será previamente asignada para este concepto por la Dirección Gerencia del Sescam.

3.1.2 La financiación

Esta Unidad Funcional dispondrá de un Contrato de Gestión que se conformará coherente al Contrato de Gestión de la Gerencia con el Sescam.

La Gerencia de Atención Primaria de Toledo asignará a esta Unidad Funcional los recursos en igualdad de condiciones al resto del Área, correspondientes a los gastos previstos en gastos de personal y transferencias corrientes. Asimismo se consensuará el presupuesto destinado a inversiones.

La GAP de Toledo ha elaborado un documento, contrato de gestión, aceptado por el Sescam y por los profesionales de una o varias zonas de salud en base a una iniciativa piloto de desarrollo de la Atención Primaria en el Área Sanitaria.

3.1.3 Contrato o compromiso de gestión: Gerencia-EAP. Premisas

El Contrato de Gestión entre la Gerencia y el EAP, como entidad de provisión es la herramienta que articula la relación.

El EAP se constituye en unidad de contrato, que establece un compromiso de gestión, mediante una relación contractual entre **el ente representado por la Gerencia y la unidad proveedora, el EAP de Buenavista**, que recoge los compromisos de la actividad, calidad, gasto y objetivos de la provisión de los servicios.

Basado en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha, el Plan Estratégico del Sescam y las Líneas Estratégicas Operativas de la Gerencia y en la provisión de servicios del Equipo.

Contiene compromisos de Actividad.
Calidad.
Gasto.
Objetivos.

Papel de la Gerencia:

- Función de soporte y apoyo:
  - Gestoría. Facilita utilización de servicios.
- Función de Garantía de:
  - Equidad.
  - Accesibilidad.
  - Calidad.
- Función de Dirección: Contrato de Gestión consensuado.
  - Líneas estratégicas: Identifica población y define prestaciones mínimas.
  - Evaluación.
  - Acreditación de servicios.
  - Incentivación.
  - Presupuestos asignados.

El Equipo de Atención Primaria se compromete a ejecutar la:

- Ejecución de Normativa Institucional.
- Autonomía de Gestión.
  - **Competencias cedidas en:**
    - Organización y Programación Funcional.
    - Flujo de Pacientes.
    - Programación Asistencial.
    - Gestión de Personal.
    - Gestión de Consumos.
    - Actualización de la Formación específica.

- Objetivo: Garantizar la provisión de servicios consensuados en el Contrato de Gestión.
- Gestiona la operativa de la Provisión con Eficiencia.
- Mejorar la prestación de Servicios con:
  - Calidad.
  - Resolución de problemas.
  - Satisfacción del usuario.
  - Accesibilidad.

- Funcionamiento eficaz de los Sistemas de Información: Registrar, Analizar, Verificar, Información generada.
- Evaluación de actividades: Evaluar mediante indicadores, readecuar acciones mediante programas de mejora.

4

Marco operativo de la Gestión Autónoma Integrada en Toledo

En el **marco de gestión autónoma** del Equipo, se establecen en los siguientes parámetros:

GESTIÓN DE PERSONAL:

- El EAP dispondrá de un presupuesto asignado a su plantilla en las mismas condiciones que el resto de equipos del Área de Toledo.
- El EAP asume con su autofinanciación las ausencias por IT propia, menores de 30 días.
- El EAP programa y asume el gasto de todas las ausencias por formación de sus profesionales, para incrementar su capacidad de resolución de toda su actividad, a partir del 5º día.

GESTIÓN DEL CONSUMO DE FARMACIA:

- El EAP dispondrá de un presupuesto para 2008, de acuerdo al gasto realizado en el 2007, una vez ajustada a su nueva población actual, incrementado en un 6%.
- El EAP a través de su capacidad de ahorro, dispondrá de la gestión de un porcentaje del mismo, acordado con la GAP.

GESTIÓN DE LA I.T. POBLACIÓN:

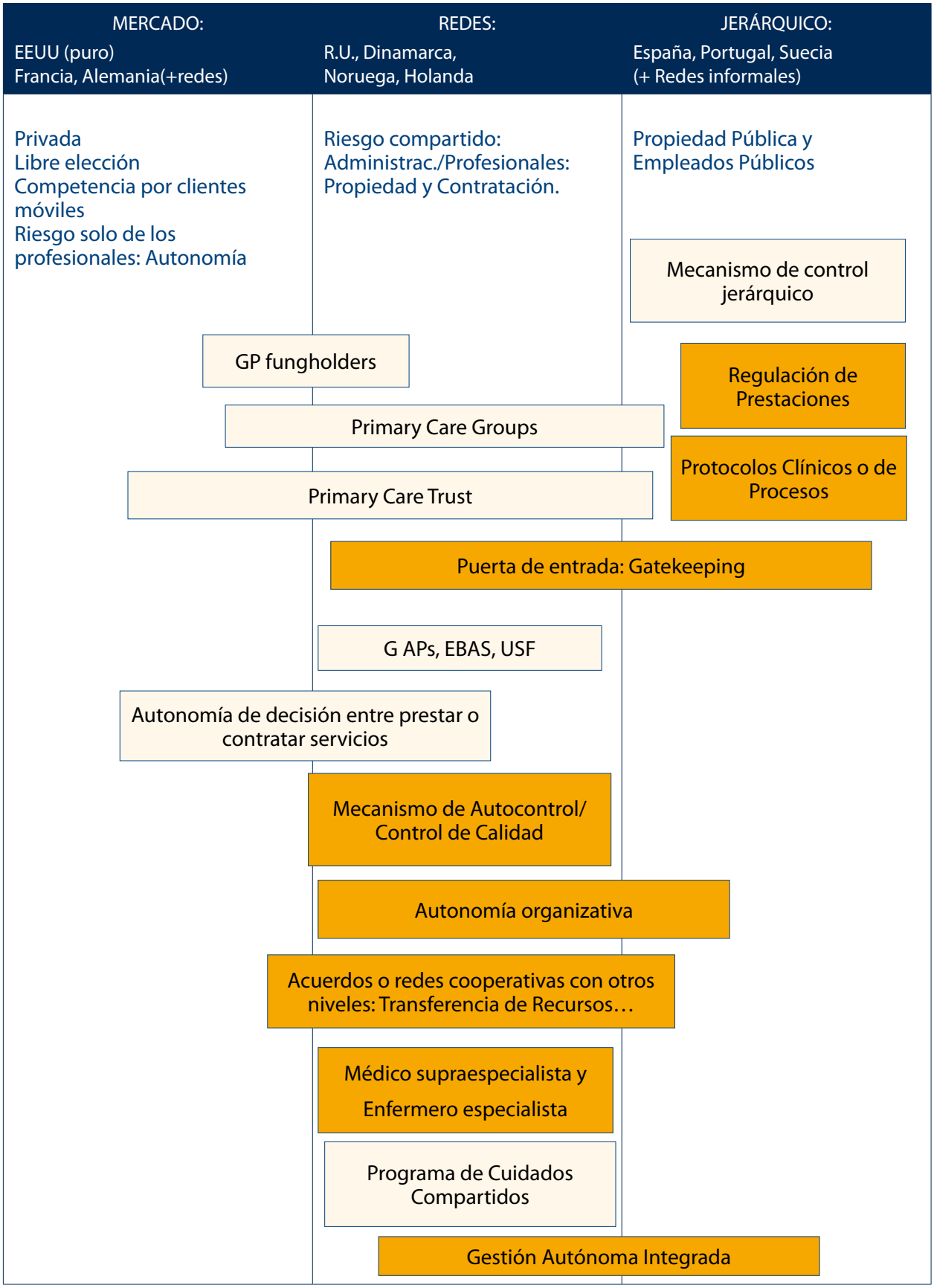
- El EAP elaborará un plan de mejora en el seguimiento de los procesos causantes de I.T. más frecuentes en la población general de su zona de salud.
- El EAP tras la puesta en marcha del plan de mejora, obtendrá durante 2008, una menor prevalencia y menor duración media de las bajas, comparada con el resultado obtenido en 2008 en las zonas de salud urbanas de Toledo.
- El cumplimiento de ambos objetivos, incrementará la autofinanciación del EAP, en una proporción pactada con la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

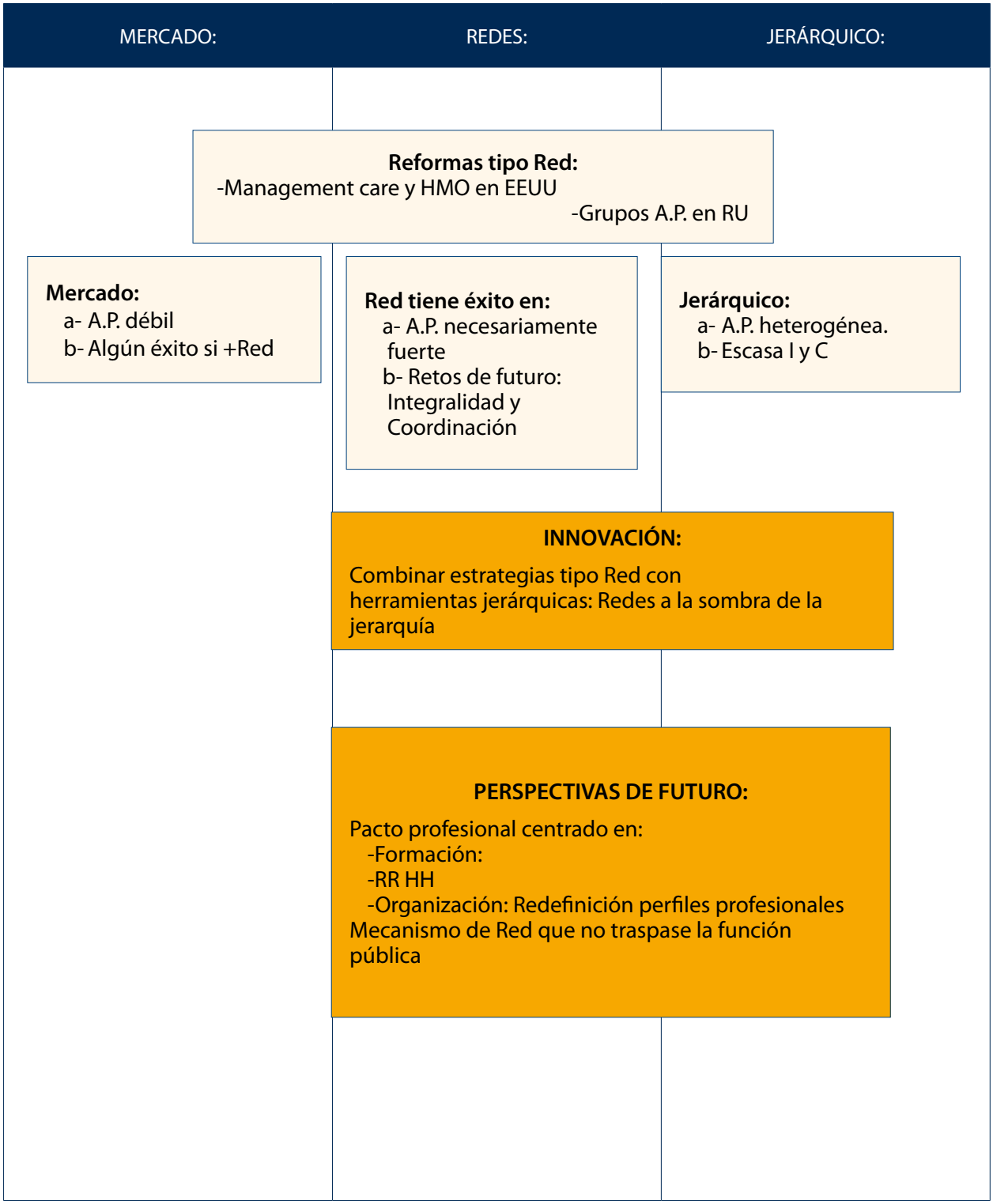
4.1 INNOVACIÓN ORGANIZATIVA ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO: Proceso de Descentralización → Gestión Autónoma Integrada

4.1.1 Características principales del modelo

Los **puntos de referencia** para la aplicación práctica del modelo son:

- Disponer un Nuevo Reto de la Gestión, orientando el modelo hacia un modelo de Red de Profesionales, **que permitan la evolución desde un modelo Jerárquico hacia un modelo de Redes en un entorno jerárquico**, comporta un riesgo compartido y es entendido como modelo que contiene características de un modelo de red y de un modelo jerárquico. El modelo tipo Red, que en un primer momento será expresión de una colaboración interna de los profesionales del Equipo, para después extenderse a otros ámbitos y niveles asistenciales, es un campo muy propicio para desarrollar una Atención Integrada, Integral, Longitudinal y de gestión de procesos.
- **Proceso participativo en la transformación del modelo**, con una **importante inversión en diálogo e interacción de los profesionales y la Gerencia**.
- El Equipo se constituye como **unidad contractual que se responsabiliza de los objetivos de salud y de la cuenta de explotación.** Las relaciones contractuales son el motor que finalmente activa el proceso de actividades. El núcleo de la innovación es la contractualización: Documento de Contrato de Gestión.
- El contrato se articula de forma que se concreten los criterios de asignación, que se produzca una **cierta transferencia de riesgo**, se introduzcan elementos de calidad y se identifique el sistema de incentivación, con una sistemática multifactorial, global e individual.
- **El Equipo establece la distribución de los compromisos** del contrato entre sus miembros. El papel supraespecialista del médico de Familia es una importante apuesta de futuro. El papel de la enfermería juega un papel estratégico. Responsabilidad compartida, cooperación y confianza como vínculos de delegación. Coordinadores de procesos intracentro.
- Se valorará y cuantificará **la capacidad de resolución**, **la satisfacción del usuario y la eficiencia.**
- El modelo **apuesta por la utilización de tecnología sanitaria**, cuantificando su progresivo incremento, propiciando un cambio tecnológico, en la oferta del Equipo para atender una demanda de tipo epidemiológico.
- Los resultados en sí mismos, out-come, y especialmente los resultados en salud son fuertemente valorados.
- El modelo permite la flexibilidad en la dedicación de los profesionales, posibilitando **cambios progresivos en los Roles Profesionales, con áreas específicas de crecimiento profesional**, debido a la tecnología y a su capacitación.


MERCADO:
EEUU (puro)
Francia, Alemania(+redes)
REDES:
R.U., Dinamarca,
Noruega, Holanda
JERÁRQUICO:
España, Portugal, Suecia
(+ Redes informales)
Privada
Libre elección
Competencia por clientes móviles
Riesgo solo de los profesionales: Autonomía
Riesgo compartido:
Administrac./Profesionales:
Propiedad y Contratación.
Propiedad Pública y
Empleados Públicos
Mecanismo de control jerárquico
GP fungholders
Regulación de Prestaciones
Primary Care Groups
Protocolos Clínicos o de Procesos
Primary Care Trust
Puerta de entrada: Gatekeeping
G APs, EBAS, USF
Autonomía de decisión entre prestar o contratar servicios
Mecanismo de Autocontrol/ Control de Calidad
Autonomía organizativa
Acuerdos o redes cooperativas con otros niveles: Transferencia de Recursos…
Médico supraespecialista y
Enfermero especialista
Programa de Cuidados Compartidos
Gestión Autónoma Integrada



Características que también asume el modelo de gestión autónoma del Sescam.

4.1.2 Ventajas del modelo de Gestión Autónoma Integrada

- **ORIENTACIONES OPERATIVAS**:
  - Implicación de los profesionales en la Gestión.
  - Máximo rendimiento de los recursos.
  - Mejora de la accesibilidad.
  - Resolución de las necesidades sanitarias.
  - Grado de satisfacción del usuario.

- **MODELO DE GESTIÓN**. Orientado a:
  - Incrementar la Capacidad de Resolución.
  - Actuar como puerta de entrada (Gatekeeper) y gestor de procesos.
  - Vincular los objetivos del Plan de Salud de Castilla-La Mancha a la gestión de los recursos.
  - Tecnificar la atención en relación a la capacidad potencial de resolución.
  - Optimizar la distribución de tareas en el EAP: Médico-Enfermero-Administrativo.
  - Adaptar la cartera de servicios y la organización a la zona.
  - Transferir en DPO al contrato y evaluación, riesgos versus resultados.

- **VALORES DE LA ORGANIZACIÓN**
  - Orientación al individuo, razón de ser.
  - Rentabilidad Social, objetivo básico.
  - Profesionales, activo principal.

- **INSTRUMENTOS**
  - Política de Calidad.
  - Gestión de la cadena de valor (Disease management).
  - Informatización de las utilites necesarias en el acto asistencial.
  - Documento contractual EAP-Gerencia.
  - Gestión de productos intermedios: Pruebas Diagnósticas y Derivaciones.
  - Gestión Clínica y Vías Clínicas.
  - Modelo de evaluación a la calidad.

- **RESULTADOS PARA LA POBLACIÓN**
  - Packaje de mejora de la accesibilidad: Telefónica, Atención presencial, urgencia…
  - Packaje del marco relacional: Trato, Puntualidad, Confianza, Información.
  - Sensación de eficacia.

- **RESULTADOS PARA EL PROFESIONAL**
  - Participación implicada en el trabajo diario.
  - Identidad de Equipo estimulante.
  - Legitimidad social.
  - Incentivos vinculados a resultados.

4.1.3 Líneas de acción para la implementación del modelo

Durante el desarrollo del modelo, en todo momento para conseguir el Gap estratégico se actuará facilitando:

- Disponer la Gerencia y el EAP de unas "**utilities de aplicación**" dotando de instrumentos para alcanzar los resultados previstos que faciliten la operatividad del modelo:
  - Plan de salud.
  - Contrato de gestión: Contractualización.
  - Política de calidad.
  - Gestión de la continuum asistencial: Disease Management.
  - Política de formación.
  - Coordinador como Product Manager.
  - Gerencia como facilitadora "gestoría".

- Couching para apoyar la implementación de las utilities.
- La Gerencia tiene como una de sus principales funciones la de facilitar el trabajo de los miembros del Equipo y de las utilities, a través de función de gestoría.

4.2 COMPONENTES DEL MARCO CONTRACTUAL DE LA GESTIÓN AUTÓNOMA INTEGRADA: CONTRATO DE GESTIÓN

Evaluación e incentivación:

El Equipo de Buenavista participará de una bolsa de incentivos **sustituyendo la actual productividad** dispuesta para los EAP del Área **por otra específica**, que será **creada como consecuencia de:**

- Haber cumplido el ANEXO GENERAL DEL CONTRATO DE GESTIÓN: ACCESIBILIDAD, ACTIVIDAD ASISTENCIAL, EFICIENCIA Y CLIENTE INTERNO.
- Haber alcanzado una reversión del ahorro, en base al presupuesto del EAP, dado en las mismas condiciones que el resto del Área.
- Fijación de una bolsa máxima posible de incentivos para el EAP: Se fija para el año 2008 la cantidad de 6.000 €/ médico…), equivalente al 15% de las retribuciones brutas anuales. Esta bolsa máxima estará condicionada al cumplimento de los anexos del Contrato de Gestión y del presupuesto global del Equipo de acuerdo al modelo de autogestión del Equipo de Buenavista.

Anexo general del contrato de gestión:

El Equipo iniciará su actividad, teniendo en cuenta las premisas siguientes:

ACCESIBILIDAD

El Equipo dispondrá sus recursos para ofertar a la población asignada al menos:

- **Acceso directo** a Médico, Pediatra, Enfermero, Odontólogo, Trabajador Social
- **Acceso derivado** a Fisioterapia, Matronas, Extracción y recogida de muestras.
- **Atención al usuario**: Accesibilidad: 24 horas.
- Proporcionar una atención general que sea bien valorada (deberá mejorar los resultados obtenidos en el Área de Toledo) en parámetros admitidos como **indicadores de Satisfacción del Usuario** (ver anexo).
- Disponer de una **Guía de Atención al Usuario.**

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Ofrecer a la población al menos todos los **programas de la cartera de servicios** de Atención Primaria del Sescam.
- El EAP de Buenavista ofrecerá a la población de su zona de salud los **programas específicos de** Atención de la mujer sana.
- Dispensar **atención sanitaria** en horario de Mañana y Tarde: 8-21 horas.
- Ofrecer **Atención Continuada**: 15-8 horas.

- Garantizar continuidad asistencial de los procesos, optimizando el **papel más eficiente de cada grupo profesional** del Equipo (médico/enfermero/administrativo….).
- **Atender la Atención Domiciliaria** que precise la población.
- **Atención Comunitaria**: Asociación de pacientes de la zona de salud. Prevención de riesgo en jóvenes…
- La actividad asistencial debe de producir al menos una **capacidad de Resolución** de los problemas de salud de más del 80%.

CONSUMO DE MEDIOS EXTERNOS Y EFICIENCIA

- **Pacto AP-AE**:
  - Apertura total de pruebas diagnósticas y utilización eficaz.
  - Adecuación Interconsultas (en relación al 80% de capacidad de resolución en A.P.).

- **Farmacia:**
  - El presupuesto dado en igualdad de condiciones del resto del Área generará un ahorro en relación a criterios de eficiencia.
  - Cumplimiento de Indicadores de Calidad del Sescam >50%.

- **Recursos Humanos**:
  - Dado el presupuesto en igualdad de condiciones del resto del Área se podrá generar una mayor eficiencia y ahorro en relación al indicador del número de ausencias anuales.

CLIENTE INTERNO

- **Calidad**:
  - Procesos Asistenciales Pactados con la Gerencia (2).
  - Redacción del Programa Funcional del EAP en el 1º año.
  - Redacción del Plan de Comunicación en el 1º año.
  - Análisis de las reclamaciones y elaboración de un Plan de Mejora específico en el 1º año.
  - Circuito de contestación a quejas < 10 días.

- **Docencia**:
  - Centro con acreditación docente durante el 1º año de funcionamiento.

- **Formación:**
  - Plan específico de formación para aumentar la capacidad de resolución de los profesionales del Equipo.

- **Investigación**:
  - 1 proyecto de investigación por año.

ANEXOS del contrato de gestión

Población a atender en la zona de salud de Buenavista

Zona de Salud de Buenavista	CIAS	de 0 a 2	de 3 a 6	de 7 a 13	de 14 a 64	más de 65	TOTAL
TOTAL:		667	1.013	1.883	12.149	1.344	17.056

Recursos humanos distribuidos por grupos profesionales

Anexo - 03: oferta asistencial

Gerencia	Población	E.A.P.	C.S. (1=Si / 0=no)	Pac (1=si / 0=no)	Med	Ped	Enf	Aux. Adm.
Toledo	17.056	Buenavista	1	1	8	3	11	5

Gerencia	Celador	Sillones odontologia	Odonto Estomatologo U.S.B.D.	Higienista U.S.B.D.	Salas fisio Terapia	Fisio Terapeut	Salas psicopro Filaxis	Matrona
Toledo	1	1	1	1	1	1	1	1

Cartera de servicios 2008

El Equipo **deberá mantener al menos** la oferta de servicios de Castilla-La Mancha que se refleja en la siguiente tabla.

CODIGO	DENOMINACION DEL SERVICIO
102 *	Revisiones del Niño Sano: (0 – 23 meses)
103 *	Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)
104 *	Revisiones del Niño Sano: (6 – 14 años)
106	Prevención de la carvies infantil
201	Captación, Valoración y Seguimiento de la Mujer Embarazada
202	Preparación al Parto
203	Visita en el primer mes de postparto
204	Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos
206	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix
209	Atención a la Mujer en el Climaterio
301ª	Vacunación de la Gripe >= 65 AÑOS
301B	Vacunación de la Gripe < 65 AÑOS
302	Vacunación del Tétanos
303	Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo
305 **	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos

CODIGO	DENOMINACION DEL SERVICIO
306 **	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes
307	Atención a Pacientes Crónicos: EPOC
308 **	Atención a Pacientes Crónicos: Obesos
309 **	Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia
313	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
314	Atención a Pacientes Terminales
315	Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol
316	Prevención y Detección de Problemas en el Anciano
317	Cirugía Menor
400	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos

***** Servicios integrados en el Programa de Salud Infantil

****** Servicios integrados en el Programa de Prevención de enfermedades Cardiovasculares

Financiación 2008. EAP Buenavista

Asignacion contrato programa 2008

CAP. I GASTOS DE PERSONAL

CREDITO DESCENTRALIZADO POR DIAS DE AUSENCIAS A SUSTITUIR

Categoria	Total dias promedio	5 Dias de formacion por prof.	Coste medio diario	Importe total dias promedio	Importe total dias formacion	Importes totales
Aux. Enfermería	27,85	5	52,42	1.459,90	262,10	1.722,00
Aux. Administrativo	139,24	25	52,42	7.298,96	1.310,50	8.609,46
Celador	27,85	5	49,20	1.370,22	246,00	1.616,22
Enfermeria	306,33	55	94,49	28.945,12	5.196,95	34.142,07
Medico familia	222,79	40	140,54	31.310,91	5.621,60	36.932,51
Pediatra	83,55	15	140,54	11.742,12	2.108,10	13.850,22
Odontoestomatólogo	27,85	5	127,86	3.560,90	639,30	4.200,20
Higienista dental	27,85	5	59,63	1.660,70	298,15	1.958,85
Matrona	27,85	5	88,89	2.475,59	444,45	2.920,04
Fisioterapueta	27,85	5	81,34	2.265,32	406,70	2.672,02
Totales	919,01	165		92.089,73	16.533,85	108.623,58
			Pts.	15.322.441,00	2.751.001,17	18.073.442,17

Presupuesto de farmacia. EAP Buenavista 2008

- **DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE BUENAVISTA: PENSIONISTA: 11,96% - ACTIVOS: 88,04%**
- **POBLACION PONDERADA ZONA DE SALUD DE BUENAVISTA: 36.605**
- **PRESUPUESTO 2008 = GASTO 2007 + INCREMENTO 6% = 2.263.064,70€**

GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA DE TOLEDO
Zona de Salud de Buenavista

Importe máximo de incentivos por categoria, nivel	
Grupo a	6.000,00
Grupo b	5.092,21
Grupo c	3.795,97
Grupo d	3.103,84
Grupo e	2.833,68

Nº efectiv os	Categoria	Fondo Total
8	Med. Fam.	48.000,00
3	Pediatras	18.000,00
1	Odont	6.000,00
11	Enfermer	56.014,31
1	Fisiot	5.092,21
1	Matrona	5.092,21
1	Higienista	3.795,97
5	Aux. Advo.	15.519,20
1	Aux. Enf.	3.103,84
1	Celador	2.833,68
33	Total	163.451,42

Grado de satisfacción del usuario

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO (5 dimensiones y 17 variables)	% SATISFACCIÓN 2008
ELEMENTOS TANGIBLES	
Comodidad edificio e instalaciones	
Limpieza del centro	
Conservación del centro	
EMPATÍA	
Organización del centro	
Trato y Disponibilidad	
Información ofrecida	
FIABILIDAD	
Satisfacción con el servicio	
Satisfacción tiempo de consulta	
Satisfacción tiempo de espera	
Valoración de los profesionales que le atienden	
Recomendaría su centro	
CAPACIDAD DE RESPUESTA	
Facilidad de trámites en general	
Facilidad de citas	
SEGURIDAD	
Grado de intimidad	
Confianza con la asistencia recibida	
Información y seguimiento sobre tratamientos recomendados o prescritos	
Permiten dar su opinión	

AsImismo de la encuesta de satisfacción, en las preguntas con valores inferiores al 70% de satisfacción, **se establecerán planes de mejora.**

LOS PLANES DE MEJORA contendrán los siguientes aspectos:

- Acciones a desarrollar
- Fecha prevista
- Grupos profesionales más implicados
- Recursos empleados
- Evaluación

DEBILIDAD A MEJORAR:.....

Acciones a desarrollar	Fecha prevista	Grupos profesionales más implicados	Recursos empleados	Evaluación

5

Evaluación de los resultados del contrato de gestión 2008

5.1 EVALUACIÓN

Anexo general del contrato de gestión

El Equipo iniciará su actividad, teniendo en cuenta **cuatro líneas prioritarias de actuación**:

- ACCESIBILIDAD
- ACTIVIDAD ASISTENCIAL
- EFICIENCIA
- CLIENTE INTERNO

En cada una de las 4 líneas se establecen indicadores y estándares y objetivos pactados para 2008.

Después se evalúan los estándares y objetivos de cada una de las líneas prioritarias.

De los 20 epígrafes a evaluar según el Acuerdo de Gestión, realmente se han evaluado 19 (en 1 epígrafe no se llegó a definir el criterio a evaluar, por tanto se elimina de la evaluación).

El Equipo ha cumplido los 5 epígrafes de la categoría de la Accesibilidad; 7 epígrafes de la categoría de Actividad Asistencial; 3 epígrafes de la categoría de Eficiencia y 4 epígrafes de la categoría de la categoría del Cliente Interno.

El Equipo ha conseguido un gasto menor al presupuestado, en la ejecución del capítulo I y del capítulo IV: 231.161,76 €, que supone un ahorro sobre el Acuerdo de Autogestión del 9,75%.

RESUMEN EJECUCIÓN CAP I. DESCENTRALIZADO:
Días de Ausencias I.T.+ Formación

Categoría	Plantilla	Gasto total ausencias disfrutadas	Importe total asignado	Diferencia asignación-imputación	% Diferencia ejecución
Aux. Enfermería	1	267,35 €	1.721,92 €	1.454,57 €	15,53%
Aux. Administrativo	5	1.443,69 €	8.609,59 €	7.165,90 €	16,77%
Celador	1	0,00 €	1.616,15 €	1.616,15 €	0,00%
Enfermería	11	25.519,86 €	34.142,39 €	8.622,53 €	74,75%
Médico familia	8	10.211,22 €	36.932,21 €	26.720,99 €	27,65%
Pediatra	3	2.444,94 €	13.849,58 €	11.404,64 €	17,65%
Odontoestomatólogo	1	1.344,60 €	4.200,01€	2.855,41 €	32,01%
Higienista dental	1	2.007,06 €	1.958,76 €	-48,30 €	102,47%
Matrona	1	0,00 €	2.919,90€	2.919,90 €	0,00%
Fisioterapueta	1	0,00 €	2.671,90 €	2.671,90 €	0,00%
TOTALES	33	43.238,72€	108.622,38€	65.383,66€	39,81 %

CAPÍTULO IV FARMACIA:

- **PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL CONSUMO DE RECETAS:**
  - PRESUPUESTO DE FARMACIA:
    - DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE BUENAVISTA:
    - PENSIONISTA: 11,96% - ACTIVOS: 88,04%
    - POBLACION PONDERADA ZONA DE SALUD DE BUENAVISTA: 36.605
    - PRESUPUESTO 2008 = GASTO 2007 + INCREMENTO 6% = 2.263.064,70 €

- **GASTO EJECUTADO EN EL CONSUMO DE RECETAS:**
  - Ejecutado enero – diciembre = 2.097.286,6 €
  - Porcentaje de ahorro = 7,33 %

- **AHORRO ABSOLUTO GENERADO= 165.778,10 €**

CIAS (***)	Población Contrato de Gestión	Pensionista % >=65	Asignacion	Gasto Imputado Final	Recetas	Diferencia	%
1107330101T	1.751	14,33%		317.121,48	24.681		
1107330102R	1.961	11,78%		284.463,85	22.009		
1107330103W	1.975	10,53%		306.776,00	26.042		
1107330104ª	1.814	4,13%		175.587,35	13.852		
1107330105G	1.976	13,51%		362.792,87	28.259		
1107330106M	1.797	12,30%		287.919,29	22.356		
1107330107Y	1.594	3,83%		135.234,42	11.954		
1107330108F	395	6,58%		175.080,86	15.409		
SUBTOTAL MED. GENERAL	13.263	10,10%		2.044.976,12	164.562		
1107330201P	1.240	0,00%		25.773,92	3.920		
1107330202D	1.177	0,00%		19.586,49	3.234		
1107330203X	0	0,00%		6.950,07	1.145		
SUBTOTAL PEDIATRIA	2.417	0,00%		52.310,48	8.299		
TOTAL (MG+PED)	15.680	8,55%	2.263.064,70 €	2.097.286,60	172.861	165.778,10 €	7,33

ANALISIS EJECUCION / INCENTIVACION CONTRATO DE GESTIÓN 2008
BALANCE ECONÓMICO DEL E.A.P. DE BUENAVISTA

	ASIGNACIÓN (I.T. Formación, Otros permisos)	EJECUTADO	DIFERENCIA	%
CAPITULO I	108.622,38	43.238,72	65.383,66	39,81
CAPITULO IV	2.263,064,7 (Presupuesto 2007 + incremento 6%)	2.097.286,6	165.778,10	93
TOTAL	2.371.687,08	2.140,525,32	231.161,76 (9,75%)	91

TASA ABSENTISMO POR I.T.	Area	C.S. Buenavista
Nº de Procesos trabajador/año	1,34	1,12
Duración media por proceso	15,29	15,32
Media días ausencia/profesional	20,44	17,18

Incentivación		
Balance ejecucion presupuestaria (ahorro) (1)		231.161,76
Incentivos según acuerdo autogestion (2) (Cumplimiento objetivos contrato gestión 2008)	100% 95%	163.451,42
Balances		67.710,34
Incentivacion modelo tradicional (No repercutido) (3)		59.664
Ahorro real del modelo de gestión autónoma de Toledo en relación al modelo tradicional (1)-(2)+(3)		**127.374,34**

5.2 INCENTIVACIÓN

Teniendo en cuenta la evaluación realizada y según el ACUERDO DE GESTIÓN 2008 se incentivará al EAP de Buenavista de acuerdo al cumplimiento de los resultados alcanzados en relación a los objetivos previstos, a la eficiencia en relación al presupuesto asignado y a la bolsa máxima fijada para 2008, expresado en los siguientes términos:

- **Haber cumplido el ANEXO GENERAL DEL CONTRATO DE GESTIÓN: ACCESIBILIDAD, ACTIVIDAD ASISTENCIAL, EFICIENCIA Y CLIENTE INTERNO.**
- **Haber alcanzado una reversión del ahorro, en base al presupuesto del EAP, dado en las mismas condiciones que el resto del Área.**
- **Fijación de una bolsa máxima posible de incentivos para el EAP Se fija para el año 2008 la cantidad de 6.000 euros/ médico.... Esta bolsa máxima estará condicionada al cumplimiento de los anexos del Contrato de Gestión y del presupuesto global del Equipo de acuerdo al modelo de autogestión del Equipo de Buenavista. En este apartado se concreta la implicación económica del Equipo en relación a resultados.**

COMPARACIÓN INCENTIVACION ZONA DE SALUD DE BUENAVISTA: MODELO GESTIÓN AUTÓNOMA / MODELO TRADICIONAL					
Nº Efectivos	Categoría	Total por fondo Buenavista	Por incentivación tradicional 2008	Incentivación por Prescripción	Diferencia importe incentivación
8	Médicos de familia	48.000,00	16.219,20	14.816,00	16.964,80
3	Pediatras	18.000,00	6.082,20	5.556,00	6.361,80
1	Odontólogo	6.000,00	2.027,40		3.972,60
11	Enfermeras	56.014,31	9.540,30		46.474,01
1	Fisioterapeuta	5.092,21	867,30		4.224,91
1	Matrona	5.092,21	867,30		4.224,91
1	Higienista dental	3.795,97	575,64		3.220,33
5	Aux. Administrativo	15.519,20	2.247,30		13.271,90
1	Aux. Enfermería	3.103,84	449,46		2.654,38
1	Celador	2.833,68	416,16		2.417,52
33	**TOTAL**	**163.451,42**	**39.292,26**	**20.372,00**	**103.787,16**

ASIGNACIÓN DE INCENTIVOS E.A. P. BUENAVISTA 2008

Teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de los anexos del Acuerdo de Autogestión de la Gerencia de A.P. de Toledo y el E.A.P. de Buenavista, y habiendo realizado más servicios, con una excelente calidad percibida por el usuario de 8,92 sobre 10, y con un coste del 90, 25 %, ejecutado sobre el presupuesto asignado, por lo tanto realizando un menor coste de 9,75%, se ha fijado una incentivación del 95% de la bolsa total de incentivos, que supone una cuantía de 155.278,85 €.

5.3 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La provisión de la asistencia sanitaria es un aspecto que ha ido ampliando los iniciales modelos, centrados en la Administración sanitaria pública (modelo jerárquico) a otros de tipo propio de organismos intermedios (modelo red) o del campo de lo privado (modelo de mercado); todos ellos, de acuerdo a las evaluaciones disponibles, en un abanico de cierta diversidad, que en estos momentos, sigue manteniendo incertidumbres, a flor de desarrollos menos extendidos, de lo esperado, o evaluaciones no concluyentes en sus resultados.

Mientras tanto, diversos foros profesionales, colegios y sociedades profesionales, manifiestan con cierta vehemencia, la necesidad de avanzar hacia una mayor autonomía de gestión.

Sin embargo, a pesar de los modelos conocidos en España y otros países, en los eventos científicos nacionales e internacionales más recientes, se sigue pidiendo a gestores y sanitarios, con fuerza, que se ensayen nuevos modelos y que de su experiencia y reflexión, la comunidad científica, pueda valorar la verdadera relevancia, desde el punto de vista, de una gestión rotundamente más eficiente y se consideren posibilidades reales en las que el Equipo asuma como propio, decisiones, responsabilidades y riesgos, y en qué medida.

Estas reflexiones son las que nos han inducido a la búsqueda y elaboración de unos criterios y estándares que proporcionen información relevante sobre la autonomía de gestión evaluado y con los que hacer factible ese deseado punto de encuentro que el financiador, los gestores, los proveedores y el usuario del servicio sanitario siguen buscando.

El modelo de Gestión Autónoma Integrrada o es un modelo (tipo red + jerárquico) que se ha conformado con este ilusionante reto que, en este caso, inicie un rumbo que **se consolide como una posibilidad real (equilibrio o simetría de características de ambos modelos) en el Gap estratégico de alcanzar la efectividad y eficiencia de la provisión sanitaria**, que a todos tanto nos interesa.

Al plantearse el **diseño de la evaluación**, se ha utilizado en la sistemática empleada, la lista de Componentes de una evaluación, modificada de la **propuesta de H.Palmer.**

5.3.1 Dimensiones estudiadas y evaluadas:

- Accesibilidad.
- Actividad Asistencial. Calidad científico-técnica.
- Eficiencia.
- Cliente interno.

Estas cuatro dimensiones han sido incorporadas que hemos aplicado en el Anexo General del Contrato de Gestión de la Gerencia de Toledo con el Equipo de Buenavista (Toledo).

Componentes determinantes de la acción práctica de la evaluación

- **Variables como unidades de estudio:**
  - **Usuarios**, de la zona de salud de Buenavista referido a una base institucional: población asignados al Equipo.
  - **Profesionales**: Componentes de la plantilla del Equipo de Atención Primaria de Buenavista.
  - **Período evaluado**: Atención prestada a la población durante el año 2008.

- **Relación temporal de la evaluación** con la acción evaluada:
  - **Prospectivas** en algunas variables: revisiones de aprobación previa de procedimientos preventivos o terapéuticos; **Concurrente** en algunas variables: evaluación de consumos internos y externos, perfiles terapéuticos, evaluación de satisfacción del usuario, evaluación presupuestaria; y **Retrospectiva** en todas.

En el presente proyecto, va a ser necesario utilizar la cuantificación de datos o criterios de **estructura, proceso y resultados**, o una combinación de ambos, de la dimensión estudiada, que hemos especificado en el anexo general del contrato de gestión.

- **Por tanto hemos considerado datos referidos a**:
  - **Estructura**: Dotación cuantitativa y cualitativa de recursos, estructura organizativa, acreditación docente, etc.
  - **Procesos**: Datos, actividades de diagnóstico y tratamiento, intervenciones preventivas, información y comunicación con el paciente, etc.
  - **Resultados**: Satisfacción del usuario.

- **Fuente de datos**: Sistemas de información existentes, especialmente los programas de Turriano y Digitalis.

- **Para la identificación**: Registro de actividad, registro de citaciones de consultas, de exploraciones complementarias, consumo de interconsultas, etc.

- **Para la revisión**: Historias clínicas, reclamaciones de usuarios, etc

- **Tipos de Revisión**:
  - **Interna**, de los propios profesionales del centro a evaluar (peer review): Nuevos programas de la cartera de servicios, Programación funcional del Equipo, circuitos de pacientes, etc.
  - **Externa**: Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

- **Tipos de criterios**: Se han empleado en la evaluación, en algún caso,
  - **Implícitos**, "lo que debería hacerse", evaluación subjetiva; y en la casi totalidad, como **Explícitos Normativos**, la mayor parte de ellos, como fruto de consenso de los profesionales en su elaboración y en el cumplimiento de una estructura correcta, o actuación, o resultados correctos.

  - **Evaluación Subjetiva**, en cuanto a los **resultados percibidos** en el desarrollo de autogestión de este Equipo. En este proceso es posible observar cambios prometedores experimentados en:

    - **Papel y funciones realizadas por el Coordinador**: Implicación desde el inicio del proyecto, adquiriendo una dimensión diferente en cuanto a asunción de responsabilidades y control de la gestión de recursos humanos, de actividad y económicos.
    - **Motivación de los profesionales**: Es un aspecto claramente diferencial, que **se ha mostrado determinante** y que consideramos imprescindible para elaborar y ensayar un nuevo modelo de gestión en A.P. Ha habido una decisión voluntaria e individual de ensayar un modelo de autogestión; asunción voluntaria de riesgos, en relación a resultados; distribución de tareas hacia un funcionamiento como Equipo; formación de grupos de trabajo para conformar la estructura deseada del Equipo, definiendo la misión y visión del Equipo; eliminación de barreras consideradas por algunos, separadoras de los grupos profesionales, como por ejemplo, se ha sustituido un modelo de incentivación por otro, con un mayor enfoque del trabajo, organización y evaluación como Equipo.
    - **Establecimiento de estructura organizativa**: Elaboración de **documentos orientadores de la estrategia** organizativa acordada por los profesionales, definiendo las bases estratégicas y el programa funcional del Equipo.
    - **Determinación de objetivos anuales**: Acordados en el documento contractual, Acuerdo de gestión clínico-asistencial 2008.
    - **Mejora de la calidad asistencial**: elaboración de procesos asistenciales y planes de mejora. Proyectos de investigación sobre acciones de mejora, de la práctica clínica, como gastroprotección, dislipidemias, …
    - **Ampliación de la cartera de servicios:** 3 nuevos servicios, sobre lo pactado en el acuerdo de gestión: niño y adolescente asmático, espirometrìas preventivas, escuela de padres.
    - **Resultados muy eficientes**: **Más servicios realizados con menos gasto** en relación al modelo tradicional: Ahorro de 8,59 % sobre lo firmado en el acuerdo de gestión. Control de ausencias de los profesionales y mejora del control de bajas de la población general: Tasa I.T. mejora de 1,34 hasta tasa de 1,12.
    - **Satisfacción del usuario muy apreciada**: Valoración global de 4,46 sobre un máximo de 5.

5.3.2 Componentes de la implantación y consolidación del modelo

- Hemos querido este primer año de desarrollo del modelo, favorecer la consolidación del primer eslabón en el **recorrido estratégico en 2008, hacia la madurez del producto** (nuevo modelo de gestión en A.P.: **Modelo de Gestión Autónoma Integrada**) primando los siguientes aspectos:
  - **La voluntad expresada por los profesionales del Equipo, de un cambio desde el modelo tradicional hacia la gestión autónoma**: Confirmado a través de varias reuniones de trabajo de la GAP y todos los profesionales del Equipo y elaboración de un**" Borrador de Proyecto de Descentralización",** realizadas en el período junio a septiembre de 2007.
  - **El compromiso manifiesto de los profesionales en la participación activa de un nuevo modelo**: confirmado a través de un **escrito de ADHESIÓN individual de todos los profesionales a la nueva fórmula de descentralización-autogestión** en la zona de salud de Buenavista, centro urbano del Área sanitaria de Toledo, documento presentado y firmado por cada profesional del Equipo, el 30 de Octubre de 2007.
  - **Pacto de los recursos, objetivos y líneas a desarrollar en el primer año, durante 2008, del nuevo modelo de gestión**: Confirmado con el documento contractual, **"Acuerdo de Gestión Clínico-Asistencial 2008",** firmado por el Gerente de A.P. del Área de Toledo y el coordinador del Equipo de Buenavista
  - **La configuración de una estructura organizativa diseñada por el Equipo** a través de la elaboración y presentación por parte del Equipo de los siguientes documentos:
    - **"Bases Estratégicas del Modelo de Autogestión del Centro de Salud de Buenavista**", en Abril de 2008.
    - **"Plan Funcional del Equipo de Atención Primaria de Buenavista"**, en Junio de 2008.
    - **"Plan de Formación Continuada del Equipo de Atención Primaria de Buenavista",** en Octubre 2008.
  - Asimismo se han elaborado los procedimientos iniciales de trabajo, de procesos y circuitos del paciente.
  - Las funciones de cada una de las categorías profesionales que integran el Equipo.

- **Elementos diferenciales y ventajas y aportaciones principales del modelo de Toledo (Gestión Autónoma) en relación a otros modelos de gestión:**
  - No Personalidad jurídica, y sí implicación económica.
  - Modelo con ventajas sobre el de personalidad jurídica: Menor incertidumbre, mayor seguridad del profesional, en un nuevo marco de juego muy ampliado respecto al tradicional.
  - Modelo (Red+Jerárquico) con ventaja sobre el del modelo tradicional: Motivación real de los profesionales, mejor organización, alta eficiencia…
  - Descentralización de la gestión => Gestión autónoma.
  - Relaciona parte variable de sus ingresos con mejoras de la calidad científico-técnica y calidad percibida y eficiencia.
  - Mayor posibilidad real de disponer los recursos asistenciales óptimos, tras la elaboración de planes de formación específicos, adaptados para incrementar su capacidad de resolución y ampliar su cartera de servicios.
  - Cambios reales en la organización:
    No estructura mecánica divisional, sino estructura flexible.
    Integración de los profesionales en el modelo, a través de:
    - Características de cada profesional.
    - Mejora la definición de las competencias de los integrantes del Equipo.
    - Aglutinar trabajo en Equipo y flexibilización de las agendas.
  - Imprescindible motivación, calidad percibida y satisfacción de los profesionales: Expreso interés de los profesionales en experimentar el nuevo modelo.
  - Profesionales con expectativas de progresos futuros: Bases estratégicas y Plan funcional: El Equipo ha definido la Misión, Visión, Organización…
  - Calidad percibida por los usuarios: Encuesta de satisfacción muy bien valorada.
  - Potenciar actuaciones de información y comunicación con los usuarios.

- **Tres elementos clave para la extensión del Modelo de Gestión Autónoma en el futuro inmediato**:
  - **Motivación:**
    - Motivación real de los profesionales.
    - Sentir el modelo como propio y mejora el funcionamiento del mismo.
    - Aceptación y participación en el proyecto.
    - Admitir y acometer una necesidad sentida por los profesionales.
  - **Organización:**
    - Modelo a tener en cuenta por sus ventajas sobre el tradicional.
    - Produce cambios en el Equipo muy positivos para su funcionamiento y organización.
    - Evita interferencias en la aportación de cada uno de los grupos profesionales del Equipo.
    - Competencia cedida: permisos, sustituciones, formación, inversiones…
    - Posibilidad de adecuar la cartera de servicios a las necesidades de la población y a las habilidades de los profesionales.
    - A más formación → más habilidades de los profesionales → más servicios ofertados a la población.
    - Poder personalizar y contar con el contexto del Equipo para planificar las áreas de mejora.

- **Eficiencia**:
  - Dotación presupuestaria que permite al Equipo orientar.
  - Presupuesto específico para la formación.
  - Posibilidad de reconocer el concepto de eficiencia trasladado hacia incentivación.
  - En este modelo el **trasladar riesgos tiene una consecuencia para el profesional, no solo económica, sino también de permitir más o menos amplitud de autonomía de gestión,** sin llegar a débito económico, pero sí a menor beneficios y **menor capacidad de decidir diversificar o ampliar ofertas y tecnologías profesionales,** situación en general muy apreciada y perseguida por los profesionales.

5.3.3 Elementos de gestión comparada

Existen 4 tipos de modelos de gestión:

- **Tradicional:**
  - Jerárquico
  - Rigidez — Sistema centrado en: Reglas
  - Subida de costes — Baja eficiencia
  - No asume riesgos
  - No implicación jurídica
  - No implicación económica

- **Nueva gestión pública:**
  - Sistema centrado en: Resultados
  - Menos intervencionista. — Asume riesgos inapreciables.
  - Escaso contenido de — Cierta motivación.
  - Redes informales. — Escasa eficiencia.

- **Gestión Autónoma Integrada**
  - Sistema centrado en:
  - **Equilibrio modelos**
  - **Red+Jerárquico** — Satisfacción percibida profesional. Satisfacción percibida usuario.
  - La mejor disciplina.
  - Mitigar riesgos ineficientes. — Alta eficiencia.
  - Compensa el coste.
  - Mejora los servicios.
  - Equilibra las necesidades de pacientes, profesionales y
  - Gestores: Integrada.
  - Unificación de gestión clínica y económica.
  - No implicación jurídica.
  - Sí implicación económica: 10-15% sueldo: Riesgo sobre resultados.

- **Autoconcertación:**

Es el modelo de las EBAS. Sobre lo anterior incrementa el riesgo y tiene personalidad jurídica.

En el siguiente cuadro se comparan las características principales de los modelos de autoconcertación o autogestión con el modelo de gestión autónoma de Toledo, iniciado en 2008 en Castilla-La Mancha.

AUTOCONCERTACIÓN	GESTIÓN AUTÓNOMA INTEGRADA: TOLEDO 2008
• Reciben una cantidad para sufragar: - Los costes de la Asistencia: salarios + servicios tratados por terceros (Farmª, Laborat, Rx…) - Los costes de las Rentas (Ingresos en función de beneficios). - Los profesionales gestionan 105 recursos económicos disponibles fijos y variables. - Reciben el presupuesto global asignado a la atención a la población.	• Reciben un crédito descentralizado para autofinanciar y gestionar recursos económicos variables: - Los costes por ausencias por IT de larga duración. Los costes por ausencias por IT < 30 días lo asume el Equipo. - Los costes de 5 días de ausencias por formación: El EAP asume las ausencias de su Plan específico de formación, a partir de 5 días. - Los costes de farmacia (6% más que el gasto del año anterior), en las mismas condiciones que el resto del Área.
• Asumen consecuencias económicas en forma de más o menos beneficios: - Asumen riesgos económicos: margen de beneficios o pérdidas que se derivan de su > o < eficiencia.	• Asumen consecuencias económicas en forma de más o menos beneficios: - Asumen riesgos económicos: margen de beneficios => bolsa de incentivos, que se derivan de su > o < eficiencia.
• Organizan la asistencia según sus criterios respecto al modo más eficiente de su prestación.	• Organizan la asistencia según sus criterios, manteniendo al menos las garantías de accesibilidad y calidad normalizadas en el Sescam.
• Autoconcertación: Desvincularse del régimen estatutario/funcionario.	• Interés expreso documental y elección voluntaria de profesionales estatº/funcº al modelo de gestión autónoma Integrada.
• Asociación de profesionales organizados empresarialmente.	• Acuerdo de Gestión a doc: Competencias cedidas.
Dependencias propias.	Dependencias propiedad de la administración.

MODELO DE GESTIÓN AUTÓNOMA: garantizada la calidad, en la eficiencia está la clave

En el modelo de Gestión Autónoma Integrada la pertenencia a una empresa pública, permite que se autoorganicen, gestionen presupuestos, gestionen riesgos: No hay implicación jurídica, pero sí económica y organizativa.

Los beneficios económicos irán a incentivos, a ampliar la autoorganización, a mayor aplicación y desarrollo de la autonomía de gestión. Garantizada la calidad, en la eficiencia está la clave.

2008	2009	2010
Plan Específico de Formación	Delegación tareas: Capacidad de integración	
Profesionales lideran Formación e Investigación	Flexibilidad: Ajuste dedicación y Plan de trabajo de cada profesional	Flexibilidad: Ajuste dedicación y Plan de trabajo de cada profesional
Profesionales desarrollan nuevas tareas más complejas y valoradas	Profesionales desarrollan nuevas tareas más complejas y valoradas	
Comparten control y riesgo: Competencias cedidas		Integrar servicios : agudos-crónicos-cuidados. Puerta de entrada/gestión de procesos coordinado con AE: supraespecialista
Coordinadores de procesos intracentro: A.P. fuerte, integrada y longitudinal	Coordinadores de procesos intracentro: A.P. fuerte, integrada y longitudinal	

- NUEVO RETO DE GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: de un modelo jerárquico a un modelo de red.
- EVOLUCIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN AUTÓNOMA INTEGRADA DE TOLEDO 2008-2010.

6

Desarrollo de la evaluación

Detalle de la evaluación general del Contrato de Gestión 2008 de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo y el Equipo de Buenavista

6.1 ACCESIBILIDAD

6.1.1 Objetivos, indicadores y estándares

OBJETIVO:

- Garantizar el acceso de la demanda de la población a la oferta asistencial.

  INDICADOR:

  - **Realización de 5 procedimientos que permitan el Acceso directo** de la población de la zona de salud que demande atención del: Médico, Pediatra, Enfermero, Odontólogo o Trabajador Social.

  ESTANDAR:

  - Presentación a la Gerencia de informes de los procesos organizativos del EAP que permiten, desde la apertura del centro, acceso directo de toda la población a los profesionales señalados en el indicador, durante el 1º semestre del 2008.

OBJETIVO:

- Desarrollar circuitos de derivación de los pacientes entre los profesionales que prestan los servicios asistenciales en el Equipo.

  INDICADOR:

  - **Realización de 4 Procedimientos que permitan el Acceso del paciente derivado por un médico, pediatra o enfermero a:** Fisioterapia, Odontología, Matronas, Extracción y recogida de muestras.

  ESTANDAR:

  - Presentación a la Gerencia de los 4 procesos organizativos del EAP, que permiten el acceso diferido por médicos, pediatras o enfermeros de los pacientes que precisen atención de Fisioterapia, Odontología, Seguimiento de embarazo o extracción de sangre y recogida de muestras de orina, durante el 1º semestre de 2008.

OBJETIVO:

- Asegurar siempre la atención al usuario, participando sus profesionales, junto a los de otros centros de salud urbanos en garantizar la accesibilidad al centro las 24 horas de todos los días del año.

  INDICADOR:

  - **Participar en la elaboración de Procedimientos que permitan en cualquier momento la Atención al usuario.**

  ESTANDAR:

  - Presentación, desde la apertura del centro, de los procesos organizativos del EAP que ofrezcan su cuota de participación en la atención al usuario durante 24 horas.

OBJETIVO:

- Alcanzar cuotas de satisfacción de la población por encima de la media del Área, con una alta valoración global (+ del 80%).

  INDICADOR:

  - Proporcionar una atención general que sea bien valorada por el usuario: más alta que la media del Área, con una valoración global de más del 80%.

  ESTANDAR:

  - Presentación de los resultados de una encuesta de satisfacción del usuario que deberá mejorar los resultados obtenidos en el Área de Toledo o conseguir una alta valoración (+ del 80%) global del Equipo.

OBJETIVO:

- Disponer de documentos de soporte para la mejor atención al usuario.

  INDICADOR:

  - Realización o disposición de una Guía de Atención al Usuario.

  ESTANDAR:

  - Presentación a la Gerencia de una Guía de Atención al Usuario que contenga los apartados habitualmente aceptados en este tipo de documentos.

6.1.2 Resultados y evaluación

- El Equipo **SÍ Dispone** de **Acceso directo** a Médico, Pediatra, Enfermero, Odontólogo y Trabajador Social a través de la Actividad de Cita Previa, Telefónica y Web.
  - **Soporte acreditativo de las Evidencias:**
    Estas actividades se encuentran incluidas en el Programa Funcional elaborado por el EAP. Se han verificado sus procesos.

- El Equipo **Sí Dispone** de **Acceso diferido** y derivación a Fisioterapia,, Matrona, Trabajador social, Odontología y Extracción Periférica.
  - **Soporte acreditativo de las Evidencias:**
    El EAP elaboró un documento de citación y protocolo de derivación, en su Programa Funcional. Se han verificado sus procesos y circuitos de pacientes.

- El Equipo **Sí Dispone** de **Atención al usuario 24 horas.**
  - **Soporte acreditativo de la Evidencia:**
    La organización está incluida en el documento denominado Programa Funcional elaborado por el EAP.

- El Equipo **Sí Proporciona** una atención general muy bien valorada.
  - **Soporte acreditativo de la Evidencia:**
    Se realizó una **Encuesta de Satisfacción en Octubre de 2008**, a 377 usuarios, que mide las dimensiones y variables incluidas en el Contrato de Gestión: Empatia, Fiabilidad, Capacidad de respuesta y Seguridad.
    La valoración global ha sido de 4,46 sobre un máximo de 5.

Lo peor valorado.- demora en la cita y entrada consulta = 3'92
Lo mejor valorado.- confianza y seguridad en el profesional = 4'68
(anexo V)

- El Equipo **Sí Dispone** de una Guía de Atención al Usuario.
  - **Soporte acreditativo de la Evidencia:**
    Asume durante 2008 la **Guía de Atención al Usuario utilizada en el Área. En fase de elaboración guía propia del Equipo.**

6.2 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

6.2.1 Objetivos, indicadores y estándares

OBJETIVO:

- Disponer al menos de la oferta de servicios de A.P. a la población, vigente en el Sescam. El EAP procurará incrementar la oferta con servicios propios.

  INDICADOR :

  - Nº de **Programas de la cartera de servicios** del Equipo.

  ESTANDAR:

  - Ofrecer a la población al menos el 100% de los programas de la cartera de servicios de A.P. del Sescam; el Equipo podrá incrementar esta oferta con servicios propios.

DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	OBJETIVO
% de Pacientes en TSI citados en Turriano durante 2008 con alergias registradas (Medicina de Familia y Pediatría)	90%
% de Pacientes en TSI citados en Turriano durante 2008 con antecedentes familiares registrados (Medicina de Familia y Pediatría)	60%
% de Pacientes en TSI con item relleno en el protocolo de prevención cardiovascular- DIABETES	55%
% de Pacientes en TSI con item relleno en el protocolo de prevención cardiovascular-OBESIDAD	45%
% de Pacientes en TSI con item relleno en el protocolo de prevención cardiovascular-DISLIPEMIAS	40%
% de Pacientes en TSI con item relleno en el protocolo de prevención cardiovascular-EJERCICIO FÍSICO	40%
% de Pacientes en TSI con item relleno en el protocolo de prevención cardiovascular- HTA	50%
% de niños con seguimiento en Turriano del programa de SALUD INFANTIL en consultas de Pediatría	65%

OBJETIVO:

- Asegurar la realización de actividades de atención a la mujer sana de la cartera de servicios del Sescam.

INDICADOR:

- Nº de Programas específicos de la mujer sana.

ESTANDAR:

- El EAP de Buenavista ofrecerá a la población de su zona de salud todos los **programas específicos de** Atención de la mujer sana, de la cartera de servicios del Sescam.

OBJETIVO:

- Desarrollar la atención sanitaria en jornada ordinaria, en el centro de salud en turnos de mañana y tarde.

INDICADOR:

- Realizar la **atención sanitaria** a la población en jornada ordinaria en horario de mañana y tarde.

ESTANDAR:

- Todos los días laborables, desde la apertura del centro, el Equipo realizará la atención sanitaria de 8 a 15 horas y de 14 a 21 horas.

OBJETIVO:

- Desarrollar la atención sanitaria de los días laborables en horario de atención continuada.

INDICADOR:

- Realizar la oferta de **Atención Continuada** los días laborables a partir de las 15 horas.

ESTANDAR:

- Todos los días laborables se prestará atención continuada a partir de las 15 horas hasta las 8 horas del día siguiente.

OBJETIVO:

- Garantizar la continuidad asistencial de los procesos.

  INDICADOR:

  - Realizar el proyecto de la adecuación de la actividad del centro, optimizando el **papel más eficiente de cada grupo profesional** del Equipo (médico/enfermero/administrativo.)

  ESTANDAR:

  - Presentación a la Gerencia, durante su 1º año de funcionamiento de un documento que contenga la organización de la actividad asistencial más eficiente del Equipo.

OBJETIVO:

- Fomentar la atención domiciliaria.

  INDICADOR:

  - Realizar el proyecto de adecuación de la atención domiciliaria en el Equipo y **Atender la Atención Domiciliaria** que precise la población.

  ESTANDAR:

  - Entregar a la Gerencia, durante el 1º año de funcionamiento del centro, el documento del proyecto de adecuación de la atención domiciliaria en la zona de salud y los datos de atención domiciliaria realizados.

OBJETIVO:

- Potenciar la Atención Comunitaria.

  INDICADOR:

  - Realizar durante el 1º año de funcionamiento del centro el proyecto de adecuación de la **Atención Comunitaria del Equipo.**

  ESTANDAR:

  - Entregar a la Gerencia en el 1º año de funcionamiento del Equipo el proyecto de adecuación de la atención domiciliaria y los resultados de las actividades realizadas con Asociación de pacientes de la zona de salud, Prevención de riesgo en jóvenes, etc.

OBJETIVO:

- La actividad asistencial debe de producir al menos una **capacidad de Resolución** de los problemas de salud de más del 80%.

  INDICADOR / ESTANDAR:

  - La Gerencia y el Equipo acuerdan conjuntamente no abordar este primer año de funcionamiento, los indicadores y estándares de este objetivo.

6.2.2 Resultados y evaluación

CARTERA DE SERVICIOS

El EAP ofrece todos los programas de la Cartera de Servicios del Sescam.

Además **ha incrementado la oferta asistencial durante 2008,** con los nuevos servicios y pruebas diagnósticas de:

- Atención al niño y adolescente asmático.
- Realización preventiva de espirometrías.
- Realización no preventiva de espirometrías.
- Atención al adolescente.
- Deshabituación tabáquica.
- Escuela de padres.

Resultados de los nuevos servicios, no realizados en 2007 por los profesionales del Equipo e iniciados durante 2008:

- **Cirugía Menor**
  - Inicio formación en la UCMA: 30 mayo
  - Inicio actividades en el Centro: 16 junio
  - Procesos realizados a 30 diciembre: 175 pacientes.
  - 100% con anatomía patológica informada

- **Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos**

- 317 Pacientes nuevos.
- 10 Sesiones/paciente

- **Atención al niño y adolescente asmático**
  - Comienzo actividad 16 junio.
  - Procesos realizados: 20

- **Atención al adolescente**.
  - Valorar pertinencia, factibilidad y
  - Preparación de la actividad: 4º trimestre
  - Pendiente reunión con Gerencia en Diciembre.

- **Exploraciones especiales realizadas en el Centro de Salud año 2008.**
  - Ecografias informadas = 298
  - Holter de presión realizados = 201
  - Espirometrías = 146

- **Escuela de padres**
  - Desarrollar último trimestre.

- **Lactancia materna**:
  - 116 mujeres en actividad enero noviembre 2008.

Resultados de la mejora de la calidad de la Historia Clínica electrónica en el programa Turriano.

INDICADOR (% de Pacientes registrados en TSI citados en Turriano durante 2008 con…	OBJETIVO	RESULTADO
Alergias	90%	27-11-08: 81% (72-93)
Antecedentes Familiares	60%	
Diabetes	55%	27-11-08: 59% (54-79)
Obesidad	45%	
Dislipemias	40%	27-11-08: 59% (54-79)
Ejercicio Físico	40%	27-11-08: 59% (54-79)
Hta	50%	27-11-08: 59% (54-79)
Salud Infantil	65%	79%

ACTIVIDAD ASISTENCIAL AÑO 2008

- **Medicina Familia**: 73.440.
  - Presión asistencial = 36'43
  - Frecuentación = 5'1

- **Pediatría**: 14.458.
  - Presión asistencial = 19'12
  - Frecuentación = 5'21

- **Enfermería**: 35.962 consulta + 1.373 domicilio
- **PAC** compartido: 17.222
- **Odontología**: 1.779
- **Matrona**: 3.280
  - Presión asistencial = 13,20

- **Fisioterapia:** 317 pacientes nuevos
  3.317 sesiones

EVALUACIÓN

ESTANDAR:

El Equipo **Sí ofrece** todos los programas de la Cartera de Servicios de A.P. del Sescam.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:

El Equipo determina en su programa funcional además de los programas de la cartera de servicios del Sescam, un incremento de la oferta con los servicios siguientes:

- Atención al niño y adolescente asmático: Presenta resultados
- Realización preventiva de espirometrías: Presenta resultados
- Atención al adolescente: Presenta puesta en marcha del servicio
- Deshabituación tabáquica: Presenta resultados
- Escuela de padres: Pendiente implantación.

Los resultados de los servicios de la cartera de servicios del Sescam, se obtienen de Turriano.
El Equipo cumple con los objetivos de seguimiento.

ATENCIÓN A LA MUJER SANA

- Información y seguimiento de metodos anticonceptivos.

- DPC.
  - Comienzo realizacion citologias 16 Junio.
  - Procesos realizados 30 diciembre: 233 mujeres citadas.
    96 citologías informadas

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El EAP **Sí ofrece** a la población de su zona de salud los programas específicos de Atención de la mujer sana.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
El Equipo determina en su programación funcional y presenta los resultados de los programas de Atención de la mujer sana.

ATENCIÓN EN HORARIO DE MAÑANA Y TARDE

El Programa Funcional del EAP contiene la organización y horario de atención:

De 8 a 15 horas y de 14 a 21 horas en jornada ordinaria, los días laborables.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **Sí dispensa** atención sanitaria en horario de Mañana y Tarde: 8-21 horas.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Comprobación de la gestión de agendas y de la actividad clínica en Turriano y de la actividad del Área administrativa.

ATENCIÓN CONTINUADA

La atención continuada se presta de 15 a 8 horas de Lunes a Viernes y de 8 a 8 horas fines de semana y festivos.

El Programa Funcional del EAP, determina la organización del PAC, en relación a su participación compartida con otros equipos urbanos.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **Sí ofrece** Atención Continuada en horario de 15-8 horas en días laborables y de 8-8 horas en fines de semana y días festivos.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Documento del Calendario de Guardias del PAC de Buenavista, que incluye profesionales de los EAP urbanos de Buenavista, Palomarejos y Sillería.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LOS PROCESOS

El EAP elabora un documento de Bases Estratégicas, entre las que define su apuesta por la **GESTIÓN DE LOS PROCESOS:**

- "Nuestro centro apuesta por la asistencia gestionada. Los procesos a realizar cumplirán las siguientes características:
  - La actividad tiene una misión o propósito claro.
  - La actividad contiene entradas y salidas. Se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
  - La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos: tiempo, recursos, costes.
  - Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **Sí garantiza** la continuidad de los procesos abordados en la actividad diaria.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
La Programación Funcional elaborada por el Equipo determina el flujo de pacientes y el papel más eficiente de los profesionales en la actividad asistencial.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

El EAP dispone de Atención Domiciliaria: Define en el Programa Funcional elaborado por el EAP, los tipos de consulta, su organización, los pacientes incluidos en esta atención, las actuaciones más frecuentes y el procedimiento de contacto con el enfermo.

- ATENCIÓN PRESTADA EN DOMICILIO:
  - Médico de Familia: 322
  - Enfermería: 1.373 (190 demanda + 656 programada + 527 extracciones)
  - P.A.C.: 847 (241 ambos domicilio + 101 programada + 505 urgente)

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **Sí Atiende** la Atención Domiciliaria que precisa la población, de acuerdo con la demandada y la programada, según los servicios de la cartera del Sescam.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LA EVIDENCIA:
Seguimiento de la Atención Domiciliaria obtenido en Turriano, y presentación de datos del Equipo.

ATENCIÓN COMUNITARIA

- Asociación de pacientes:
  - Prevención de riesgo en jóvenes: Participación de Mensajes Publicitarios.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **Sí realiza** Atención Comunitaria en su zona de salud.

SOPORTE ACREDITATIVO:
El Equipo presenta datos de participación en las actividades de prevención de riesgo en jóvenes, desarrolladas en centros docentes.

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN

No evaluable en 2008

6.3 CONSUMO DE MEDIOS EXTERNOS Y DE LA EFICIENCIA

6.3.1 Objetivos, indicadores y estándares

Aunque en estos momentos los consumos de A.E., no conllevan aspectos económicos, y conceptualmente no formen parte de la eficiencia, la gestión autónoma, si pueden en un futuro, cuantificar económicamente estos consumos, por lo que los hemos incluido en este apartado.

OBJETIVO:

- Solicitud de pruebas diagnósticas y técnicas de Atención Especializada.

  INDICADOR:
  - Nº de pruebas diagnósticas pedidas a A.E.:
  - Laboratorio, Rx, Eco abdominal, Tac craneal, Gastroscopia, Colonoscopia, Citología, Estudios Histológicos, Mamografías.

  ESTANDAR:
  - Según el Pacto **AP-AE del Contrato de Gestión:**
    - **Laboratorio: 6.617**
    - **Rx: 1.642**

- **Eco abdominal: 274**
- **Tac craneal: 4**
- **Gastroscopia: 3**
- **Colonoscopia: 2**
- **Estudios histológicos: 50**
- **Mamografías: 68**

OBJETIVO:

- Adecuación de las Derivaciones a A.E. de acuerdo con lo pactado en el Contrato de Gestión 2008.

INDICADOR:

- Nº de derivaciones solicitadas a A.E. por especialidad.

ESTANDAR:

- < ó = nº de derivaciones por especialidad recogidas en el Contrato de Gestión 2008.

INTERCONSULTAS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA. 2008

INTERCONSULTAS A A.E. 2008

RECURSO A.E.	PACTO
Alergia	247
Cardiología	155
Derma	821
Digestivo	191
Endocrino	155
Geriatría	91
Hematología	15
Med.Interna	46
Nefrología	23
Neumología	96
Neurología	214
Psiquiatría	110
Rehabilitación	71
Reumatología	96
Cirug. General	274
Urología	247
Traumatología	1186
O.R.L.	479
Oftalmología: Diagnóstica	776
Ginecología: Diagnóstica	639
C. Vascular	10

OBJETIVO:

- Ajuste del gasto por recetas, a lo presupuestado.

  INDICADOR:

  - Gasto realizado, bajo criterios de eficiencia, en relación al presupuesto asignado para 2008 en igualdad de condiciones con el resto del Área.

  ESTANDAR:

  - Consumir un menor gasto final que el presupuesto asignado en Contrato de
  - Gestión 2008 : 2.263.064,70 €.

OBJETIVO:

- Fomentar la prescripción de calidad, teniendo en cuenta los objetivos del Sescam.

  INDICADOR:

  - Porcentaje de cumplimiento de Indicadores de calidad del Sescam, incluidos en Contrato de Gestión.

  ESTANDAR:

  - Cumplimiento de >50% de los Indicadores de Calidad del Sescam incluidos en el Contrato de Gestión.

OBJETIVO:

- Adecuar el gasto en recursos humanos, al presupuesto asignado, en el Contrato de Gestión, en igualdad al resto del Área, mejorando el número de ausencias anuales.

  INDICADOR:

  - Gasto realizado en recursos humanos y nº de ausencias.

  ESTANDAR:

  - Tener a final de año, un menor gasto en recursos humanos y reducir el nº de ausencias, en comparación con….

6.3.2 RESULTADOS Y EVALUACIÓN

PACTO AP-AE
Consumos de pruebas diagnósticas realizados a ATENCIÓN ESPECIALIZADA.:

Laboratorio: 2.361. Pacto: 6.617
Radiología: 1.553. Pacto: 1.642

Interconsultas a atención especializada. 2008

Se monitorizaron 5 especialidades: TASA INTERCONSULTAS POR MIL HABITANTES;

ESPECIALIDAD	BUENAVISTA	ÁREA DE TOLEDO
Dermatología	52,54	45,56
Ginecología	66,62	61,28
Oftalmología	52,83	52,34
Otorrinolaringología	29,65	32,03
Traumatología	49,91	72,13

EVALUACIÓN

1A.- ESTANDAR:
Nº de consumo de pruebas diagnósticas de A.E. SÍ cumple globalmente el objetivo:

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Datos de Turriano.

1B.-ESTANDAR:
Nº de interconsultas. SÍ cumple globalmente el objetivo del Pacto de interconsultas del C.G.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Datos de Turriano y Datos de registro interno del Equipo.
El Programa funcional del EAP, incluye en el capítulo de Financiación- Provisión, que: "La financiación de nuestro centro se basará en criterios de suficiencia presupuestaria, mantenimiento de la equidad y de la eficiencia asignativa global. Con este posicionamiento asumimos la gestión del Capítulo I, Capítulo IV, y exploraciones complementarias, según las coordenadas explicitadas en nuestro contrato de gestión."

FARMACIA

1.- PRESUPUESTO ASIGNADO PARA EL CONSUMO DE RECETAS:

- PRESUPUESTO DE FARMACIA:
  - DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE BUENAVISTA: PENSIONISTA: 11,96% - ACTIVOS: 88,04%
- POBLACION PONDERADA ZONA DE SALUD DE BUENAVISTA: 36.605
- PRESUPUESTO 2008 = GASTO 2007 + INCREMENTO 6% = 2.263.064,70 €

Diferencia y % gasto imputado final en relación a presupuesto asignado 2008

Gasto ejecutado en el consumo de recetas:

- Ejecutado enero – diciembre = 2.097.286,6 €
- Porcentaje de ahorro = 7,33 %

Ahorro absoluto generado= 165.778,10 €

INDICADORES DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

INDICADORES DE FARMACIA	EQUIPO (M.F.)	OBJETIVO
Importe por persona ajustado	20,27	< 22,95(tope 24,06€
Adhesión a la Guía SESCAM	70,86	> 75 %
Adhesión al listado de medicamentosv eficientes	30,72	> 30 %
% Prescripción por principio activo	4,03	> 20 %
% Novedades no relevantes	0,42	< 1 %
% Adhesión a la Guía Sescam en IBP	71,23	> 75 %
ansiolíticos e hipnóticos ajustados por población	8,30	< 9,5 %
% IECAS/(IECAS+ARA II)	40,83	> 53 %
DHD antibióticos	15,11	< 20 %
DHD antibióticos 2ª línea ajustados	1,52	< 2,3 %
% sinvastatina/total estatinas	33,59	> 35 %

Grado de cumplimiento de los indicadores de calidad en la prescripción de farmacia

- Grado de cumplimiento de los **MÉDICOS: 6 de 11 Indicadores.**
- Grado de cumplimiento de los tres PEDIATRAS: **dos pediatras, 5 y un pediatra, 6, de 8 Indicadores.**

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El gasto de Farmacia del Equipo SÍ genera un ahorro en relación al presupuesto asignado.

SOPORTE ACREDITATIVO DE EVIDENCIAS:
Datos de Digitalis: Porcentaje de ahorro = 7,33 %
AHORRO ABSOLUTO GENERADO= 165.778,10 €

ESTANDAR:
El Equipo **SÍ cumple** los indicadores de Calidad del Sescam > 50%:
Médicos de Familia: 54,5 %
Pediatras: 100%

SOPORTE ACREDITATIVO:
Datos de Digitalis

CAP. I GASTOS DE PERSONAL.- CORRESPONDIENTES AL PERIODO: 01/01/2008 AL 31/12/2008
EJECUCION DIAS DE AUSENCIAS SUSTITUIDAS (SOLO DE LOS PERMISOS DESCENTRALIZADOS): I.T.

Categoria	Plantilla	Dias permisos asignados	Dias permisos difrutados	Dias permisos imputados	% Ejecución	Gasto imputado dias permisos
Aux. Enfermería	1	28	5	5	17,95%	267,35 €
Aux. Administrativo	5	139	27	27	19,39%	1.443,69 €
Celador	1	28	0	0	0,00%	0,00 €
Enfermeria	11	306	523	265	86,51%	25.328,70 €
Medico Familia	8	223	131	48	21,55%	6.903,36 €
Pediatra	3	84	14	14	16,76%	2.013,48 €
Odontoestomatólogo	1	28	10	10	35,91%	1.344,60 €
Higienista Dental	1	28	36	33	118,50%	2.007,06 €
Matrona	1	28	0	0	0,00%	0,00 €
Fisioterapueta	1	28	0	0	0,00%	0,00 €
Totales	33	919	746	402		39.308,24 €

Categoria	Plantilla	Importe asignado dias permisos	Dias de formacion imputados	% Ejecutado	Gasto total dias permisos imputados
Aux. Enfermería	1	1.459,82 €	0	0,00%	0,00 €
Aux. Administrativo	5	7.299,09 €	0	0,00%	0,00 €
Celador	1	1.370,15 €	0	0,00%	0,00 €
Enfermeria	11	28.945,44 €	2	3,64%	191,16 €
Medico Familia	8	31.310,61 €	23	57,50%	3.307,86 €
Pediatra	3	11.741,48 €	3	20,00%	431,46 €
Odontoestomatólogo	1	3.560,71 €	0	0,00%	0,00 €
Higienista Dental	1	1.660,61 €	0	0,00%	0,00 €
Matrona	1	2.475,45 €	0	0,00%	0,00 €
Fisioterapueta	1	2.265,20 €	0	0,00%	0,00 €
Totales	33	92.088,53 €	28		3.930,48 €

Categoria	Plantilla	Gasto total ausencias
Aux. Enfermería	1	267,35 €
Aux. Administrativo	5	1.443,69 €
Celador	1	0,00 €
Enfermeria	11	25.519,86 €
Medico Familia	8	10.211,22 €
Pediatra	3	2.444,94 €
Odontoestomatólogo	1	1.344,60 €
Higienista Dental	1	2.007,06 €
Matrona	1	0,00 €
Fisioterapueta	1	0,00 €
Totales	33	43.238,72 €

TASA ABSENTISMO POR I.T. 2008
Nº total procesos: 37
Nº profesionales: 33
Total días ausencia: 567

MEDIDAS DEL ABSENTISMO POR I.T.	DATOS DEL ÁREA	DATOS BUENAVISTA	RELACIÓN
Tasa I.T.	1,34	1,12	0,84
Duración media proceso I.T.	15,29	15,32	1
Medias días ausencia/profesional	20,44	17,18	0,84

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **SÍ genera un ahorro** en la gestión económica de recursos humanos en relación al nº de ausencias. Existe una relación positiva, en la tasa de I.T. y en los días de ausencia por profesional, de 0,84 comparándolos con los datos del Área.
Tasa de ausencias: 1,12 : Buenavista; 1,34: Área de Toledo.
El ahorro de procesos de I.T. en B.V., ha sido de : 567/0,84= 675 → 108 DÍAS MENOS, de lo que hubiera supuesto con los datos del conjunto de los profesionales del Área. Aproximadamente, un ahorro de 10.584 €

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Programa de gestión económica y de RRHH de la Gerencia.

6.4 CLIENTE INTERNO

6.4.1 Objetivos, indicadores y estándares

OBJETIVO:

- Elaborar los procedimientos asistenciales y organizativos propios del Equipo.

INDICADOR:
- Nº de nuevos procesos asistenciales pactados con la Gerencia.

ESTANDAR:
- Dos nuevos Procesos asistenciales pactados en la Gerencia.

INDICADOR:
- Realización de un Plan funcional del Equipo

ESTANDAR:
- Presentación a la Gerencia en el 1º Semestre de 2008, de un Plan Funcional del Equipo, que incluya los apartados reseñados en el Contrato de Gestión.

INDICADOR:
- Realización de un Plan de Comunicación en el 1º año de funcionamiento.

ESTANDAR:
- Presentación de un Plan de Comunicación del Equipo, durante el 1º año de funcionamiento.

INDICADOR:
- Realización de un análisis de las reclamaciones, del circuito de contestación de las reclamaciones y el nº de quejas contestadas, y un plan de mejora, en el 1º año de funcionamiento.

ESTANDAR:

- Presentación a la Gerencia de un análisis de las reclamaciones, sus conclusiones y los datos del nº de quejas contestadas antes de 10 días, y un Plan específico de mejora durante el 1º año de funcionamiento del centro.

OBJETIVO:

- Favorecer la docencia postgrado en el Equipo.

INDICADOR:

- Adecuar las condiciones del Equipo, con las exigencias propia de los equipos con acreditación docente, y solicitar la acreditación.

ESTANDAR:

- Obtener la acreditación docente del Centro durante el 1º año de funcionamiento.

OBJETIVO:

- Impulsar la formación en los profesionales del Equipo.

INDICADOR:

- Elaborar un Plan de formación específico del Equipo.

ESTANDAR:

- Presentar a la Gerencia durante el 1º año de funcionamiento del Equipo de un Plan de formación específico, para aumentar la capacidad de resolución de los profesionales.

OBJETIVO:

- Fomentar la investigación entre los profesionales del Equipo.

  INDICADOR:

  - Realizar durante el 1º año de funcionamiento, 1 proyecto de investigación.

  ESTANDAR:

  - Presentar a la Gerencia un proyecto de investigación a lo largo del 1º año de funcionamiento del Equipo.

6.4.2 Resultados y evaluación

CALIDAD

El Equipo, ha elaborado un documento de bases estratégicas entre las que se incluyen entre otras los siguientes compromisos:

"Nuestro Equipo, Buenavista, se compromete a instaurar desde este primer año un sistema de búsqueda permanente de oportunidades de mejora en aspectos clave de nuestra actividad (asistencia, organización, costes etc.).

Optamos por un Sistema Asistencial de Calidad, en el que se hace bien solo lo que la ciencia dice que hay que hacer –aspecto científico técnico-, consumiendo solo los recursos necesarios –eficiencia-, y buscando la satisfacción del usuario al cubrir sus necesidades y expectativas:

Cada unidad asistencial (médico-enfermera) se compromete a mejorar la calidad de la Historia Clínica electrónica en el programa Turriano y en los pacientes de su responsabilidad, alcanzando los objetivos en los indicadores propuestos".

1 **Descripción de los procesos pactados:** Atención al niño y adolescente asmático y Atención al adolescente.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **SÍ realiza** 2 procesos asistenciales pactados con la Gerencia.

Soporte acreditativo de las Evidencias:
Datos de la Cartera de Servicios.

2 **Elaboración del documento: Bases Estratégicas del Modelo** de Autogestión del Centro de Salud de Buenavista. Otras actividades estratégicas.

- El EAP tendrá una **Comisión de Calidad** integrada, por lo menos, por un profesional de cada estamento del EAP.
- Se potenciará la **Gestión por procesos** dentro del EAP (ver anexo correspondiente). El EAP como gestor de sus propios procesos, asume **la gestión integra de las Quejas y Reclamaciones** que afecten a su ámbito.
- El EAP establecerá como objetivo prioritario a conseguir, la **Acreditación docente** tanto a nivel de MIR de médicos de familia, pediatría y docencia de enfermería /fisioterapia.
- El EAP elaborará un **Plan de Mejora** en el seguimiento de los procesos causantes de I.T. más frecuentes en la población general de su zona da salud.
- El Equipo ha elaborará su **Plan Anual de Formación Continuada** único e integrado que incluye todas las acciones formativas
- El Equipo realizará proyectos de Investigación durante el 1º año de funcionamiento.

3 **Elaboración Programa Funcional del Centro**

El Programa Funcional del Centro, desarrolla los siguientes aspectos:

Evaluación interna objetivos

Posicionamiento del centro en el mercado: MISIÓN, VISIÓN:

"Nuestro centro pretende una oferta diferenciada de la de su entorno, mediante una cartera de servicios con características innovadoras, con valor añadido y personalizada, basada en la gestión de los procesos pertinentes y en la que el servicio se realiza por el profesional mas adecuado".

Elaboración del documento: Bases Estratégicas del Modelo de Autogestión del Centro de Salud de Buenavista. Otras actividades estratégicas.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **SÍ ha elaborado** el Programa Funcional y un documento de Bases Estratégicas del Equipo.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
El Equipo presenta el documento de su Programa Funcional y el documento de Bases Estratégicas del Equipo.

ESTANDAR:
El Equipo está **en fase de elaboración** del Plan de Comunicación.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
El Equipo presentará el documento del Plan de Comunicación, tras la prórroga solicitada, en 2009.

4 Gestión de Reclamaciones

Nº Total Reclamaciones = 69. De ellas, 22 reclamaciones se registraron en el 1º mes de funcionamiento, debido a los cambios en la asignación de la población al nuevo centro. En los otros 11 meses, se presentaron, 48 reclamaciones.

Nº Contestaciones propuestas = 65

Contestaciones antes 10º dia = 96%

De ellas: 8 disconformidad con asistencia 2 trato personal. 19 citaciones.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **está desarrollando** un análisis de las reclamaciones y elaborando un Plan de mejora.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
El Equipo presentará el análisis de las reclamaciones y un Plan de Mejora.

DOCENCIA

El EAP es un centro con **acreditación docente** en Medicina de Familia y Pediatría:

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo SÍ tiene concedida la acreditación docente

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
Documento de acreditación docente del Ministerio de Sanidad.

FORMACIÓN

Elaboración Plan Funcional de Formación:

- FORMACIÓN CONTINUADA. 2008
  - Nº de sesiones clínicas y bibliográficas previstas: 16
  - Realizadas = 21 (asistencia media 10 profes.)
  - Nº de rotaciones docentes asistenciales por otros centros (reciclajes: 8
  - Realizados = 4
  - Nº de Sesiones clínicas y docentes desarrolladas por Gerencia: 4
  - Realizadas = 2

EVALUACIÓN

ESTANDAR:
El Equipo **SÍ ha elaborado** un Plan específico de formación.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:
El Equipo presenta el documento del Plan específico de formación.

INVESTIGACIÓN

PRODUCCIÓN INVESTIGADORA. 2008

- Comunicaciones a Congresos: Objetivo 2 / Conseguido 9
- Premios = Premio investigación Atención Primaria de la Gerencia de Toledo 2008 categoría medicina.
- Premio mejor imagen clínica Congreso SEMG Castilla-La Mancha 2008.
- Ponencias en Congresos: Objetivo 1 / Conseguido 2
- Proyectos de investigación: Objetivo 1 / Conseguido 3- 4

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

- Factores de Riesgo Cardiovascular en una cohorte de diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico.
- Comienzo 1 de junio
- Calidad de la asistencia prestada a los Pacientes con Sindrome Metabolico
- (CAPSIME)
- Resultados reevaluacion Noviembre 2008
- ICHEAT – DM2
- Presentación de resultados Malaga 2008.

- Calcio y Vitamina D./Prevención de caidas.
- Comienzo 1 noviembre
- Lactancia materna /Reducción morbilidad respiratoria/Frecuentación
- Fase diseño.

EVALUACIÓN

ESTANDAR:

El Equipo **SÍ ha realizado** 5 proyectos de investigación y ha presentado 9 Comunicaciones a Congresos Científicos.

SOPORTE ACREDITATIVO DE LAS EVIDENCIAS:

El Equipo presenta documentos de sus trabajos de investigación y presentación a Congresos.

7

Encuesta de satisfacción de los usuarios
Centro de salud de Buenavista
Contrato de gestión 2009

FICHA TÉCNICA

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios dispensados por el Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Buenavista, en las dimensiones y variables recogidas en su Contrato de Gestión para el 2009.

Universo: 18.576 usuarios con Tarjeta Sanitaria del Sescam y adscripción al Centro de Salud de Buenavista a 31/12/2009.

Tamaño de la muestra: 377 entrevistas que suponen una fracción de muestreo del 2,03%. La muestra ha sido calculada para poder estimar los resultados con un nivel de confianza del 95% y con una precisión (error de muestreo) de ± 5%.

Tipo de muestreo y criterios de estratificación: Aleatorio y estratificado por cupos y tramos de edad.

Selección: Aleatoria según la base de datos de Tarjeta Individual Sanitaria (TSI). Para su inclusión en muestra se exige que en la historia clínica en Turriano figure alguna consulta en el 2009 y que en la base de datos de TSI conste un teléfono de contacto.

Cuestionario: Estructurado. Cumplimentado mediante entrevista telefónica, con una duración máxima de 4 minutos.

Para completar las 377 encuestas ha sido necesario llamar a 827 usuarios, de lunes a viernes no festivos entre las 09:30 y 19:30 horas.

Todas las contestaciones han sido imputadas al usuario que se llamaba, aunque en muchos casos (menores de edad, ancianos, etc.) la encuesta haya sido contestada por un familiar (madre, hijo, etc.).

Trabajo de campo: Enero/Marzo 2010.

Metodología:

- Cribado de usuarios con actividad registrada en Turriano posterior a 01/07/2009 (X)
- Llamada telefónica:
  - Comunicación fallida (*)
    - Máximo dos intentos.
    - Intento adicional y último al día siguiente o en otro turno de trabajo.
  - Encuesta realizada total o parcialmente (X)
    - Indicación de nombre y apellidos del usuario en ficha de encuesta.
- Volcado diario a hoja de cálculo
- Análisis estadístico y cualitativo

FICHA ENCUESTA

USUARIO:							
"Buenos días, le llamo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Sescam. Mi nombre es… y le llamo porque estamos realizando una encuesta entre los usuarios del Centro de Salud de Buenavista, en relación con la calidad de las instalaciones, servicios y profesionales de dicho Centro. ¿Le importaría participar en esta encuesta? Apenas serán tres o cuatro minutos. Voy a leerle ahora algunas frases referidas a distintos aspectos de su Centro de Salud. Necesito que los valore desde un mínimo de 1 a un máximo de 5.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**Ns**	**Nc**
Su centro de salud está limpio y bien conservado							
Esta bien señalizado y le resulta fácil encontrar las consultas							
El lugar de espera es cómodo y confortable							
Le ha resultado fácil conseguir cita con su medico/ pediatra							
Cuando ha pedido cita con su médico se ha respetado la hora que solicitaba							
Entró en consulta a la hora aproximada en que estaba citado?							
Su médico de familia/ pediatra de su hijo es amable, le inspira confianza y le escucha							
Su médico de familia / pediatra de su hijo es eficaz, y resuelve sus problemas de salud							
Su enfermera es amable, le inspira confianza y le escucha							
Su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud							
Los administrativos, es decir, las personas que habitualmente dan las citas, son amables							
Los administrativos, son eficaces y resuelven bien sus gestiones							
Su médico y su enfermera le explican todo lo que usted quiere saber sobre su salud							
Su médico de cabecera conoce y se interesa por lo que le ha dicho el especialista							
Cuando ha solicitado consulta a domicilio le han visitado							
Cuando le han visitado en su casa la atención ha sido buena							
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron con rapidez							
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron bien							
La asistencia recibida le merece confianza							
Siente que su intimidad es respetada							
Recomendaría a sus amigos su centro de salud							
	Tfno		**Web**		**Pres.**		
Que vía utiliza Vd. para solicitar cita con su médico/pediatra							

"Ya está, hemos acabado. Muchas gracias por su tiempo y por su colaboración. No sé si quiere añadir alguna otra cosa… Nuevamente muchas gracias y buenos días."

Observaciones: (Posibles aspectos a mejorar, de forma espontánea).

RESULTADOS

FRECUENCIAS		N	%
Por sexo	Hombres	156	41,4%
	Mujeres	221	58,6%
Nacionalidad	Española	353	93,6%
	Extranjera	24	6,4%

Que vía utiliza Vd. para solicitar cita con su médico/pediatra	Teléfono	219	58,1%
	Web	212	56,2%
	Presencial	34	9%

DESCRIPTIVOS	N	Mín	Máx	Med	Desv. Típ.
Su centro de salud está limpio y bien conservado	376	3	5	4,8	0,4
Esta bien señalizado y le resulta fácil encontrar las consultas	376	2	5	4,5	0,7
El lugar de espera es cómodo y confortable	377	2	5	4,4	0,7
Le ha resultado fácil conseguir cita con su medico/ pediatra	374	1	5	4,4	1,0
Cuando ha pedido cita con su médico se ha respetado la hora que solicitaba	374	1	5	3,5	1,3
Entró en consulta a la hora aproximada en que estaba citado?	375	1	5	3,1	1,2
Su médico de familia/ pediatra de su hijo es amable, le inspira confianza y le escucha	373	1	5	4,6	0,7
Su médico de familia / pediatra de su hijo es eficaz, y resuelve sus problemas de salud	376	1	5	4,6	0,7
Su enfermera es amable, le inspira confianza y le escucha	313	2	5	4,6	0,7
Su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud	311	2	5	4,6	0,7
Los administrativos, es decir, las personas que habitualmente dan las citas, son amables	363	1	5	4,3	0,8
Los administrativos, son eficaces y resuelven bien sus gestiones	365	1	5	4,4	0,7
Su médico y su enfermera le explican todo lo que usted quiere saber sobre su salud	374	1	5	4,7	0,6
Su médico de cabecera conoce y se interesa por lo que le ha dicho el especialista	332	1	5	4,6	0,7
Cuando ha solicitado consulta a domicilio le han visitado	63	1	5	4,4	1,0
Cuando le han visitado en su casa la atención ha sido buena	61	1	5	4,4	1,1
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron con rapidez	252	1	5	4,3	0,9
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron bien	253	1	5	4,5	0,7
La asistencia recibida le merece confianza	377	2	5	4,6	0,6
Siente que su intimidad es respetada	376	1	5	4,8	0,5
Recomendaría a sus amigos su centro de salud	370	2	5	4,7	0,5

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

(5 dimensiones y 17 variables)
% SATISFACCIÓN 2009

ELEMENTOS TANGIBLES
Comodidad edificio e instalaciones
Limpieza del centro
Conservación del centro

EMPATÍA
Organización del centro
Trato y Disponibilidad
Información ofrecida

FIABILIDAD
Satisfacción con el servicio
Satisfacción tiempo de consulta
Satisfacción tiempo de espera
Valoración de los profesionales que le atienden
Recomendaría su centro

CAPACIDAD DE RESPUESTA
Facilidad de trámites en general
Facilidad de citas

SEGURIDAD
Grado de intimidad
Confianza con la asistencia recibida
Información y seguimiento sobre tratamientos recomendados o prescritos
Permiten dar su opinión

Elementos tangibles (II. Valoración de los espacios físicos)

Su centro de salud está limpio y bien conservado	376	3	5	4,8	0,4
Esta bien señalizado y le resulta fácil encontrar las consultas	376	2	5	4,5	0,7
El lugar de espera es cómodo y confortable	377	2	5	4,4	0,7

La valoración media del usuario con respecto a los espacios físicos es de **4,57**

Empatía

Su médico de familia/ pediatra de su hijo es amable, le inspira confianza y le escucha	373	1	5	4,6	0,7
Su enfermera es amable, le inspira confianza y le escucha	313	2	5	4,6	0,7
Los administrativos, es decir, las personas que habitualmente dan las citas, son amables	363	1	5	4,3	0,8
Su médico y su enfermera le explican todo lo que usted quiere saber sobre su salud	374	1	5	4,7	0,6

La valoración media de los usuarios con respecto a la organización del Centro, información recibida y trato dispensado es de **4,57**

Fiabilidad

Entró en consulta a la hora aproximada en que estaba citado?	375	1	5	3,1	1,2
Cuando le han visitado en su casa la atención ha sido buena	61	1	5	4,4	1,1
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron con rapidez	252	1	5	4,3	0,9
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron bien	253	1	5	4,5	0,7
Recomendaría a sus amigos su centro de salud	370	2	5	4,7	0,5

La valoración media de los usuarios con respecto a la satisfacción con el Servicio prestado, con el tiempo de espera y valoración de los profesionales es de **4,22.**

Capacidad de respuesta

Le ha resultado fácil conseguir cita con su medico/ pediatra	374	1	5	4,4	1,0
Cuando ha pedido cita con su médico se ha respetado la hora que solicitaba	374	1	5	3,5	1,3
Su médico de familia / pediatra de su hijo es eficaz, y resuelve sus problemas de salud	376	1	5	4,6	0,7
Su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud	311	2	5	4,6	0,7
Los administrativos, son eficaces y resuelven bien sus gestiones	365	1	5	4,4	0,7
Cuando ha solicitado consulta a domicilio le han visitado	63	1	5	4,4	1,0
Cuando acudió a Urgencias de su Centro de Salud le atendieron con rapidez	252	1	5	4,3	0,9

La valoración media de los usuarios con respecto a la facilidad en conseguir la cita, y la rapidez o facilidad en la resolución de problemas es de **4,32**

Seguridad

Su médico de familia/ pediatra de su hijo es amable, le inspira confianza y le escucha	373	1	5	4,6	0,7
Su médico y su enfermera le explican todo lo que usted quiere saber sobre su salud	376	1	5	4,6	0,7
Su médico de cabecera conoce y se interesa por lo que le ha dicho el especialista	332	1	5	4,6	0,7
Siente que su intimidad es respetada	376	1	5	4,8	0,5

La valoración media de los usuarios con respecto a la confianza en la asistencia recibida, información sobre el tratamiento, grado de intimidad es de **4,64.**

Via de acceso cita

Las vías más comunes son el **teléfono y la web (58,1% y 56,2% respectivamente**), siendo mucho menos frecuente la forma presencial (9%).

ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

I. Satisfacción con el servicio en general

- Considerando el servicio en general que Ud. recibió durante su ultima visita al Centro de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, ¿Cuál es su grado de satisfacción? (Escala de 1 a10 en el que 1 significa la peor valoración y el 10 la mejor valoración).

ACCESIBILIDAD

- ¿Podría decirme si cuando usted pide cita en su centro de salud para acudir a la consulta del medico de medicina de familia/pediatría lo hace….?
- La última vez que pidió cita por teléfono, ¿Cuántas llamadas, aproximadamente tuvo que hacer para conseguirla?
- En relación con la facilidad o dificultad que Ud. tiene en conseguir cita con su medico de medicina general, (o pediatra de su hijo)
  - Le resulta fácil conseguir cita con el medico de familia/pediatra
  - Cuando pide cita con el medico generalmente tiene en cuenta la hora que más le conviene a usted.
- Con independencia de que Ud. puede o no elegir ¿Cuándo le vendría a Ud. mejor acudir a la consulta de su medico de cabecera (a la del pediatra de su hijo)?

II. Valoración de los espacios físicos

- Voy a leerle ahora unas frases referidas a distintos aspectos de su Centro de Salud, Dígame si está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.
  - Su Centro de Salud esta limpio.
  - Su Centro de Salud, esta bien señalizado y le resulta fácil encontrar las consultas.
  - En lugar de espera de su Centro de Salud es cómodo y confortable.

III. Valoración de profesionales

MÉDICOS:

- Con respecto al tiempo que Ud. ha esperado desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta de medicina de familia (o de pediatra de su hijo)
  - Ha tenido que esperar poco desde la hora de cita hasta entrar en la consulta.
- Su medico de familia/pediatra de su hijo es amable….
  - Su medico de familia/pediatra de su hijo es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud
  - Su médico de familia/pediatra de su hijo le deja hablar y escucha todo lo que usted quiere decirle
  - Su médico/pediatra le inspira confianza y seguridad
- Su medico le explica todo lo que usted quiere saber sobre su salud.
- Cuando su medico le receta medicamentos le queda claro como tomarlos.

ENFERMERIA:

- Su enfermera es amable
- Su enfermera es eficaz y atiende bien sus problemas de salud
- Su enfermera le transmite confianza/seguridad

PERSONAL DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS

- Los administrativos, es decir, las personas que atienden al publico en los mostradores, son amables
- o Los administrativos, es decir, las personas que atienden al publico en los mostradores, son eficaces y resuelven bien sus gestiones.

PERCEPCIÓN DE LA INTERRELACION ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Su medico de cabecera se interesa por lo que le ha dicho el especialista

ATENCIÓN A DOMICILIO:

- Durante el último año ¿ha solicitado en alguna ocasión que el medico de familia(o el pediatra de su hijo) o su enfermera fuera a visitarle/s a su casa.
- Cuando Ud. ha solicitado que fueran a visitarle a su casa, han ido a visitarle siempre.
- Cuando fueron a casa le atendieron bien.

CONCLUSIONES

- Encuesta de tipo cuantitativo, con preguntas cerradas sobre aspectos relacionados con el servicio prestado al acudir al Centro de Salud. Como la satisfacción del usuario es un concepto subjetivo, sería conveniente complementar estos datos con encuestas que contengan preguntas abiertas que nos darían más información sobre la calidad percibida por el usuario.
- La **valoración global** que hacen los usuarios sobre los aspectos evaluados de empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta y fiabilidad, sobre una valoración de 1 a 5, **es de 4,46, dato que coincide tanto con la valoración global de la encuesta de satisfacción realizada en 2008 como con la del año 2009.**
- El rango de valoración de las 5 dimensiones que configuran el grado de satisfacción del usuario oscila entre 4,64 y 4,22, siendo la mejor valorada aquella relacionada con aspectos de confianza y seguridad en el profesional (4,64) seguida de la valoración respecto la información recibida y trato dispensado en el centro y de los espacios físicos (ambas con 4,57).
- Asimismo, de estos datos procedentes de las encuestas realizadas en 2008 y 2009 se desprende que ha habido una consolidación en relación con la valoración realizada por nuestros usuarios acerca de su centro de salud.
- La dimensión menos valorada continua siendo la relacionada con la fiabilidad de la atención (4,22), aunque las diferencias entre la valoración global de los diferentes aspectos son muy aproximadas y todas superiores a 4.

8

Objetivos y Evaluación 2009

De acuerdo con el contrato de gestión 2009 han sido desarrolladas 7 líneas prioritarias:

- Ausencia de demoras en consulta a demanda en el EAP y unidades de apoyo.
- Aumento de la capacidad resolutiva.
- Prescripción de calidad y eficiente.
- Potenciación de la promoción, prevención y salud pública como actividad diferenciadora del EAP de Buenavista.
- Mejora de la accesibilidad de los distintos servicios que se ofrecen.
- Monitorización a través de Turriano de la cartera de servicios ofertados por los profesionales del EAP de Buenavista tanto en cantidad como en calidad.
- Fomento de la innovación y mejora de la organización interna del EAP:

Asimismo, se han establecido las 4 dimensiones de evaluación previstas en el modelo: Accesibilidad, Actividad Asistencial, Eficiencia y Cliente Interno.

Durante este segundo año del pilotaje del modelo Gestión Autónoma Integrada (GAI) se han mantenido los componentes determinantes de la evaluación realizada el año anterior:

- Las variables como unidades de estudio: Ciudadanos, Profesionales y el período evaluado de 1 año.
- La relación temporal de la evaluación con la acción evaluada: Prospectivo, concurrente y retrospectivo.

También hemos considerado datos referidos a criterios de Estructura, Proceso y Resultados y se han utilizado las mismas fuentes de datos, tanto para la identificación como para la revisión. Mantenemos los tipos de revisión: peer review y externa y los tipos de criterios: Implícitos y Explícitos normativos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CONTRATO DE GESTIÓN 2009

ACCESIBILIDAD	
	INDICADORES GENERALES
	ENCUESTA DE SATISFACCION
	DEMORA DE MF
	DEMORA DE PED

ASISTENCIA	
	PROGRAMAS DE CARTERA
	PROGRAMAS ESPECIFICOS
	ACTIVIDAD COMUNITARIA
	PRESION DE ACTIVIDAD DE ENFERMERIA
	TASAS DE INTERCONSULTAS
	PRUEBAS DIAGNOSTICAS Y TECNICAS
	PROMOCION Y PREVENCION
	COBERTURAS DE SALUD BUCODENTAL
	DESPISTAJES
	ACTIVIDADES DE DIAGNOSTICO
	PROTOCOLOS TURRIANO
	CALIDAD HISTORIA

EFICIENCIA	
	FARMACIA
	RECURSOS HUMANOS

CLIENTE INTERNO	
	CALIDAD
	DOCENCIA
	FORMACION
	INVESTIGACION

Destacamos en cada una de las dimensiones evaluadas los siguientes resultados alcanzados en 2009

ACCESIBILIDAD

Satisfacción del usuario muy apreciada. Consolida en 2009 la excelente valoración global obtenida en 2008, alcanzando 4.46/5. Igualmente se han evaluado 21 aspectos relacionados con 5 dimensiones: Empatía, fiabilidad, seguridad, elementos tangibles y capacidad de respuesta, alcanzando todas un resultado comprendido en un rango de 4.22/5 a 4.64/5.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Capacidad resolutiva: medida a través de indicadores en términos de derivaciones por 1000 hbts., cumpliendo el objetivo/estándar en 9 de 10 monitorizados. Destacamos la utilización adecuada de recursos externos de optometristas y podólogos, cumpliendo ambos objetivos.

AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADOR	EVALUACIÓN 2009	OBJETIVO/ESTANDAR
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Traumatología	57,46	< 58,62
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Ginecología	120,24	<121,84
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Dermatología	51,21	<49,97
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Oftalmología	54,65	< 60,13
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Otorrinolaringología	34,98	<36,38

Fuente datos: Turriano 2009 EAP Buenavista

AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADOR	2009	OBJETIVO/ESTANDAR
Nº de ecografías realizadas en Atención Primaria, incluyendo Procesos: Digestivos, Tiroideos y Músculoesqueléticos	**630***	> 400
% de Pacientes con control capilar de INR en Atención Primaria.	100%	100%
Nº de pacientes derivados a convenio con optometristas.	221	130
Nº de pacientes diabéticos derivados a convenio con podología	36	26
Nº de intervenciones programadas de cirugía menor realizadas en Atención Primaria (*)	613	> 300

(*) *No se considerarán los procedimientos de urgencias tales como suturas, drenajes, curas, etc.*

Fuente datos: Turriano 2009 EAP Buenavista
* Dato aportado por el EAP.

ACTIVIDADES Y PROGRAMAS ESPECIALES REALIZADOS POR EL E.A.P. DE BUENAVISTA EN 2009

- **SESIONES CLÍNICAS** en 2009: **27 sesiones.**
- **CHARLAS LACTANCIA MATERNA:**

  Contenido:
  ¨Guía de la Lactancia Materna¨ con un número de participantes que oscila entre 8 y 20 personas.
  - Horario: de 12 h. a 13:00 h. Martes.
  - Lugar: Centro de Salud Buenavista. Sala de Lactancia.
  - Asistentes durante 2009: **42 asistentes.**
- **PROGRAMA DE ASMA EN NIÑOS:**

  Descripción de las actividades: Semanal, dirigida a pacientes asmáticos mayores de 4 años, para diagnóstico y programa de educación en asma.
  - Día y hora de realización: miércoles y viernes, en consulta programada durante 1 hora.
  - Lugar: Centro de Salud de Buenavista.
  - Nº pacientes en 2009: **112 niños**
- **ECOGRAFÍAS:**

  Ecografías realizadas en 2009:
  - Informadas: **330 ecografías**
  - Sin informar: **300 ecografías**

  Día y Hora de realización: Diaria en consulta programada.
  Lugar: Centro de Salud de Buenavista
- **MAPAS: 241**
- **TONOMETRÍAS: 40**
- **ESPIROMETRÍAS: 74**
- **DOPPLER DE MIEMBROS INFERIORES: 125**
- **CITOLOGÍAS:**

  Descripción: actividad semanal y programada, dirigida a mujeres de 18 a 65 años.
  - Día y hora de realización: martes en horario variable según demanda.
  - Lugar: Sala de citologías. Centro de Salud de Buenavista.
  - Nº de citologías realizadas en 2009: **298 citologías.**
- **CIRUGÍA MENOR:**

  Descripción de la actividad: 3 horas semanales. Realización de cirugía menor en sus diversas modalidades.
  - Día y hora de realización: viernes
  - Nº de cirugías realizadas en 2009: **351 pacientes.**
- **PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL DE LA EMBARAZADA:**

  Descripción de la actividad: Valoración y seguimiento del estado de la cavidad oral durante el embarazo y educación para la salud bucodental.
  - Días y hora de la realización: 2 días en semana en consulta programada.
  - Lugar: Consulta odontología. Centro de Salud de Buenavista.
  - Nº de revisiones realizadas en 2009: **41 embarazadas**
- **PARTICIPACIÓN EN COMISIONES DEL ÁREA:**

  Juan Antonio Martín Jiménez, *COMISIÓN DE CARRERA PROFESIONAL.*
  Ma. Carmen Baz Collado*, COMISIÓN DE CARRERA PROFESIONAL.*
  Eva Sáez Torralba. *COMISIÓN DE CARRERA PROFESIONAL.*
  Eva Sáez Torralba. *COMISIÓN DE* ÚLCERAS POR PRESIÓN.
  Eva Sáez Torralba. *COMISIÓN TÉCNICA DE TUBERCULOSIS.*
  María Josefa Rodríguez Rojas, *COMISIÓN DE CARRERA PROFESIONAL.*
  Ángel Modrego Navarro, *COMISIÓN DE CALIDAD.*
  Ángel Modrego Navarro, *COMISIÓN DE DESBUROCRATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS.*
  María Josefa Rodríguez Rojas, *COMISIÓN DE LACTANCIA MATERNA.*
  Amelia Ruíz Martil, *COMISIÓN DE LACTANCIA MATERNA*
  María Josefa Rodríguez Rojas, *COMISION DE DOCENCIA DE E.I.R MATRONA (H.V.S.)*
  María Josefa Rodríguez Rojas, *COMISION DE LA EVALUACIÓN E.I.R. MATRONA (H.V.S.)*

EFICIENCIA

Se ha cumplido en el ejercicio 2009 el objetivo presupuestario global: El gasto ha sido menor que el presupuesto.

Resultados eficientes: Menor gasto que lo presupuestado en gestión de personal y farmacia, a la vez que se amplían o desarrollan más servicios. Destacamos el excelente comportamiento en la ejecución del presupuesto previsto en financiación de las ausencias del personal, habiendo alcanzado una ejecución a final de año del 77,63 %.

E.A.P. DE BUENAVISTA

CONTRATO PROGRAMA 2009

CAP. I GASTOS DE PERSONAL.- CORRESPONDIENTES AL PERIODO: 01/01/2009 AL 31/12/2009

EJECUCIÓN DÍAS DE AUSENCIAS SUSTITUIDAS (DE LOS PERMISOS DESCENTRALIZADOS)

CATEGORÍA	PLANTILLA	IMPORTE TOTAL ASIGNADO	GASTO TOTAL AUSENCIAS IMPUTADAS	DIFERENCIA ASIGNACIÓN-IMPUTACÓN	% EJECUCIÓN
AUX. ENFERMERÍA	1	1.046,72 €	53,47 €	993,25 €	5,11%
AUX. ADMINISTRATIVO	5	5.233,58 €	1.711,04 €	3.522,54 €	32,69%
CELADOR	1	982,51 €	0,00 €	982,51 €	0,00%
ENFERMERIA	11	20.413,60 €	28.155,60 €	-7.742,00 €	137,93%
MÉDICO FAMILIA	8	22.468,27 €	16.212,11 €	6.256,16 €	72,16%
PEDIATRA	3	8.425,60 €	3.730,22 €	4.695,38 €	44,27%
ODONTOESTOMATÓLOGO	1	2.632,16 €	0,00 €	2.632,16 €	0,00%
HIGIENISTA DENTAL	1	1.229,75 €	502,56 €	727,19 €	40,87%
MATRONA	1	1.819,37 €	650,58 €	1.168,79 €	35,76%
FISIOTERAPUETA	1	1.570,76 €	80,24 €	1.490,52 €	5,11%
TOTALES	33	65.822,31 €	51.095,82 €	14.726,49 €	77,63%

CLIENTE INTERNO

Se han alcanzado todos los objetivos relacionados con calidad, docencia, formación e investigación previstos para 2009. Destacamos la participación de profesionales en 12 comisiones técnicas de área, la producción investigadora y en el ámbito de la formación, el desarrollo de 27 sesiones clínicas sobre 16 previstas.

Accesibilidad con 90% y Cliente interno con 100%, han sido las dimensiones porcentualmente más valoradas en 2009.

EVALUACIÓN SUBJETIVA

Además, en 2.009 se mantienen los buenos resultados percibidos el año anterior en cuanto a la observación de cambios prometedores experimentados en aspectos como el papel y funciones desarrolladas por el coordinador, la motivación de los profesionales, la estructura organizativa del equipo, la mejora de la calidad asistencial, el incremento o la ampliación de la cartera de servicios, el compromiso de los profesionales con buscar resultados eficientes, la percepción del ciudadano y las asociaciones vecinales sobre el funcionamiento del centro a través de reuniones mantenidas con sus representantes para conocer su opinión, etc.

Por ejemplo, en la línea de integralidad que conlleva el modelo GAI para 2.010 se plantea, entre otros avances, abordar nuevos servicios integrales como son el diagnóstico de la **retinopatía diabética** a través de uso de retinógrafo no mediátrico, desarrollando parte del proceso junto con el servicio de oftalmología, o el diagnóstico de **adenoma de tiroides** a través de realización de técnica de Papp, tras previo diagnóstico ecográfico y clínico realizado en el centro de salud, en colaboración con el servicio de anatomía patológica del hospital. Asimismo se plantean nuevos ciclos de mejora, como la **gastroprotección** o el tratamiento de **dislipemias** entre otras.

9

Objetivos del contrato de gestión 2010

Centros de Salud de Gestión Autónoma Integrada

Modelo de Gestión Autónoma Integrada Buenavista, Camarena, Menasalbas y Seseña

El presente Acuerdo de Gestión Autónoma Integrada (GAI), constituye el nuevo marco para el impulso de la mejora de la calidad en la atención sanitaria, en el ámbito de Atención Primaria.

Tras la experiencia realizada durante 2008 y 2009 en el Centro de Salud de Buenavista, perteneciente al Área de Toledo, y teniendo en cuenta los excelentes resultados alcanzados en las cuatro dimensiones evaluadas (accesibilidad, actividad asistencial, eficiencia y cliente interno), se establece un nuevo Acuerdo de Gestión Autónoma Integrada (GAI) 2010 para Buenavista que incluye una dimensión más a evaluar denominada Integración de Niveles.

Asimismo, en 2010 tres nuevos equipos se han sumado a este nuevo modelo de autogestión, concretamente Camarena, Seseña y Menasalbas. Este Acuerdo de Gestión Autónoma Integrada constituye en el ámbito de Atención Primaria, un recorrido de gestión, que queremos que produzca evidencias que fundamenten un nuevo marco para el impulso de la mejora de la calidad en la atención sanitaria.

Su principal característica es que permite dotar a los profesionales de mayor autonomía organizativa y mayor responsabilidad en la toma de decisiones para la gestión de los recursos, en un marco previamente acordado.

El acuerdo suscrito, se sustenta en un nuevo modelo de gestión, que se conforma sin implicación jurídica, pero sí con implicación económica y organizativa. Esta es su singular aportación al mundo de la gestión sanitaria.

Su desarrollo nos dirá si estamos ante el deseado punto de encuentro de los intereses del financiador, del proveedor y del receptor del servicio sanitario. Un reto necesario y apasionante.

Los principales instrumentos en la gestión clínico asistencial, son el conocimiento de las necesidades en salud de la población atendida, el mejor conocimiento científico disponible, el disponer de un modelo integrado y participativo y el uso de métodos de evaluación de la actividad y de los procesos. Además, es básica la participación ciudadana, la transparencia y la investigación y desarrollo e innovación I+D+I

Este documento formaliza el compromiso de todos los profesionales del EAP con la Gerencia de Atención Primaria, recogiendo las líneas estratégicas de la Organización, junto con los rasgos distintivos del EAP.

Asimismo tiene una vigencia hasta el 31 de diciembre de 2010 y será prorrogable en función del cumplimiento de objetivos y los acuerdos que se adopten a su finalización, entre la Gerencia de Atención Primaria de Toledo y el Equipo.

La GAP asegurará el soporte necesario para facilitar el presente Acuerdo de la GAI (sistemas de información, cuadro de mandos, gestión económica y presupuestaria y otros) para facilitar los mecanismos de transmisión de los niveles de autogestión.

De esta forma, en 2010 el EAP tiene como objetivo principal cumplir con el contenido del Anexo General de este Contrato de Gestión y, en el caso del C.S. de Buenavista, consolidar un modelo de autogestión, que incluye aspectos de identidad específica del equipo de Buenavista, oferta de servicios diferenciados, aspectos organizativos y de calidad específicos y procesos de planificación y presupuestarios, orientados a la eficiencia.

9.1 LÍNEAS PRIORITARIAS DE ACTUACIÓN EN 2010

Los objetivos generales y Factores Clave de Éxito (FCE) para 2010, de acuerdo con la estrategia del SESCAM, se agruparán en cinco campos (a diferencia de los años 2008 y 2009 durante los cuales se agruparon en cuatro campos) y entorno a 10 líneas de actuación:

CAMPOS:

- ACCESIBILIDAD
- ACTIVIDAD ASISTENCIAL
- EFICIENCIA Y CONSUMO FARMACÉUTICO
- CLIENTE INTERNO
- INTEGRACIÓN DE NIVELES

LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

1. Garantizar la Continuidad Asistencial.
2. Aumento de la capacidad resolutiva de Atención Primaria.
3. Potenciación del papel de Enfermería.
4. Integración y coordinación.
5. Mejora de la asistencia.
6. Descentralización y acreditación.
7. Optimización de rendimientos.
8. Seguridad del paciente.
9. Investigación, Gestión del conocimiento e Innovación.
10. Atención al ciudadano y confortabilidad.

9.2 EVALUACIÓN-INCENTIVACIÓN

Los Equipos de Buenavista, Camarena, Seseña y Menasalbas participarán de una productividad variable al final del año propia que sustituye la productividad general dispuesta para los EAP del Área. Tiene las siguientes características:

1. **Requisito indispensable para tener acceso a incentivos:** Para poder tener incentivos es necesario que el EAP a final del ejercicio cumpla su presupuesto asignado.

2. **Creación de la bolsa máxima posible de incentivos:** Se fija para el año 2010 la cantidad de 167.749 €. Esta bolsa esta creada conforme se muestra en el Anexo 11 sobre incentivación del EAP.

3. **Bolsa final de incentivos:** Sobre la bolsa máxima de incentivos que asciende a 167.749 € se aplicará el porcentaje de cumplimiento de los objetivos del ANEXO GENERAL DEL CONTRATO DE GESTIÓN: ACCESIBILIDAD, ACTIVIDAD ASISTENCIAL, EFICIENCIA, CLIENTE INTERNO E INTEGRACIÓN DE NIVELES.

9.3 ANEXO GENERAL DEL CONTRATO DE GESTIÓN

El Equipo iniciará su actividad, teniendo en cuenta las 5 premisas siguientes

ACCESIBILIDAD

El Equipo dispondrá sus recursos para ofertar al menos:

- **Acceso directo** a Médico, Pediatra, Enfermero, Odontólogo, Trabajador Social
- **Acceso derivado:** Fisioterapia, Matronas, Extracción y recogida de muestras.
- **Atención al usuario:** Accesibilidad 24 horas.
- Dispensación de **atención sanitaria** en horario de acuerdo a la demanda.
- Servicio de Atención Continuada: 15.00-8.00 horas.
- Atención general que sea bien valorada (deberá mejorar los resultados obtenidos en el Área de Toledo) en parámetros admitidos como **indicadores de Satisfacción del Usuario** (ver anexo).
- Disposición de una **Guía de Atención al Usuario.**
- **Ausencia de demoras en consulta a demanda.**

1. MEJORAR LA ASISTENCIA

OBJETIVO: Satisfacción de las necesidades de salud y expectativas de servicio.

FCE Cobertura de la población:

- Asegurar la cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades y demandas de nuestra población.
- Asegurar que el servicio esté disponible para los pacientes en el mínimo tiempo posible (Gestión adecuada de Agendas).
- Adecuar nuestros recursos a la demanda de la población (estudio y análisis de la demanda).
- El EAP atiende la demanda diaria, disponiendo agendas con oferta suficiente de consultas de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Las agendas de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería disponen de oferta suficiente adecuada a la demanda de la población.	> 90%

OBJETIVO: Atención adecuada y centrada en el paciente

- Eliminar las demoras en Atención Primaria.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Porcentaje de consultas de Medicina de Familia con demora de más de 24 horas/mes en consulta a demanda*.	< 10% año

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Porcentaje de consultas de Pediatría con demora de más de 24 horas/mes en consulta a demanda*.	< 10% año

* FÓRMULA DE CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº DE CONSULTAS CON DEMORA > 24 H EN EL MES}}{\text{Nº CONSULTAS TOTALES EN EL MES x DÍAS HÁBILES}} \times 100$$

- Avanzar en la consecución de un trato amable y personalizado de los profesionales a todos los pacientes que tengan que hacer uso del sistema sanitario de CLM.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
El EAP atiende a la población en su Unidad de Información y Atención al Ciudadano y en las consultas, proporcionando información suficiente y una atención personalizada y amable.	SI

- Proporcionar una información completa y comprensible a los pacientes para poder tomar decisiones en cualquiera de las instituciones sanitarias de CLM.
- Informar al paciente de los posibles efectos secundarios de la medicación y recomendaciones a seguir.

- Obtener el consentimiento informado de acuerdo a la Guía de criterios técnicos del SESCAM.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Implantación del Consentimiento Informado escrito*.	70%

$$\text{* PORCENTAJE DE IMPLANTACIÓN: } \frac{\text{Nº TOTAL DE PROCESOS REALIZADOS POR CI}}{\text{Nº DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS SUSCEPTIBLES DE UTILIZAR CI}} \times 100$$

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Cumplimentación adecuada del Consentimiento Informado escrito.	70%

$$\text{*PORCENTAJE DE CUMPLIMENTACIÓN: } \frac{\text{Nº TOTAL DE CI ARCHIVADOS DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS}}{\text{Nº DE TOTAL DE CI ARCHIVADOS}} \times 100$$

2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo 1: Desarrollar la estrategia de seguridad del paciente 2009-2012 en CLM.

FCE Diseñar e implantar un modelo único de unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios (UFGRS).

- **En el Área:** Se constituirá la Comisión Técnica de Seguridad del paciente (gestión de riesgos, implantación de buenas prácticas y elaboración de informes y propuestas).
- **En el EAP:** Evaluación y seguimiento de las actuaciones desarrolladas en el ámbito de la seguridad del paciente a través de los indicadores propuestos en el Plan estratégico de Seguridad del paciente de CLM 2009-2012.

OBJETIVO 2: Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización (directivos, profesionales y pacientes).

FCE Sensibilizar, informar y formar a los directivos, profesionales y pacientes en seguridad del paciente.

- **En el Área:**
  - Realizar un estudio de percepción de los profesionales sobre la cultura de seguridad en el centro y elaborar el informe de resultados y propuestas de cambio.
  - Priorizar actividades formativas dirigidas a los profesionales del Equipo en gestión de riesgos y mejora de prácticas seguras.
- **En el EAP:**
  - Informar a los profesionales de las actuaciones que se están desarrollando en materia de seguridad del paciente en cada EAP y en Área.
    - Reuniones informativas
    - Campañas
    - Intranet del centro
  - Informar y comunicar recomendaciones dirigidas a los pacientes sobre aspectos relacionados con la seguridad en el ámbito de la atención recibida.
    - En la consultas.
    - En pantallas de plasma.
    - Folletos informativos.
    - Página web de seguridad del paciente.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
% de Historias Clínicas con alergias registradas SOBRE CITADOS	>90%

SEGURIDAD DEL PACIENTE
1. Estructura
Nombramiento de un responsable de la Gestión de Riesgos (SI/NO)
2. Despliegue y gestión del Plan
Participación en la elaboración de un documento, que recoja las actuaciones a desarrollar en el Área, de acuerdo a lo previsto en el Plan Estratégico para la Seguridad del paciente del SESCAM.
3. Prácticas seguras
3.1 Incorporación al plan de formación continuada del EAP, actividades de formación y difusión de técnicas de lavado, desinfección y descontaminación de las manos. (Nº de profesionales que han recibido formación)
3.2 Aplicación en el EAP del protocolo del lavado de manos de Área. (SI/NO)
3.3 Aplicación en el EAP del protocolo de prevención de úlceras por presión del Área. (SI /NO)
3.5 Desarrollo y aplicación en el EAP de las actuaciones previstas en el Plan sobre Seguridad en los procesos quirúrgicos. (Grado de cumplimiento)
3.6 Aplicación en el EAP del Programa de prevención de caídas en personas frágiles del Área. (SI/NO)
4. Fomento de la cultura de seguridad. Información y formación
4.1 Nº de actuaciones de información y comunicación de recomendaciones del EAP dirigidas a los pacientes por su seguridad.
4.2 Porcentaje de profesionales sanitarios que han participado en las acciones formativas sobre gestión de riesgos y prácticas seguras.

3. ATENCIÓN AL CIUDADANO Y CONFORTABILIDAD

Objetivo 1: Satisfacción del usuario en relación a la atención de los profesionales del EAP.

FCE Disponer de un sistema de comunicación eficaz del EAP con el usuario:

- Información en tiempo y forma adecuados sobre la organización y funcionamiento de aquellos procesos que afectan directamente al usuario.
- Información adecuada, visible y de fácil acceso sobre derechos y deberes de los usuarios.
- Existencia de un procedimiento de actuación por el que se da respuesta real a cualquier petición de asistencia por parte del usuario.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
El EAP dispone de un protocolo o procedimiento de comunicación con el objetivo de alcanzar un sistema de comunicación eficaz con el usuario.	SI

FCE Humanización y calidad del trato:

- Identificación personal de los profesionales del EAP.
- Consultas unipersonales y zonas de atención personalizada respetando la privacidad y confidencialidad del usuario.
- Atención adecuada y centrada en el paciente (línea 5.- Mejorar la asistencia).

FCE Accesibilidad:

- Promover la utilización por el usuario de la cita web a demanda.
- Ajustar en el proceso de citación la hora de cita con la hora de entrada en consulta, al objeto de disminuir el tiempo de demora de entrada en consulta.
- Sistema de adecuación de citas respetando en lo posible la hora de cita y disminuyendo el tiempo de espera en la entrada a consulta.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Consultas con tiempo de espera < 15 minutos	>50%

- Asignación a cada usuario una hora de cita exclusiva sin solapamiento horario.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Agendas con huecos a demanda con asignación exclusiva de hora para cada usuario	>90%

FCE Espacios y Confort

- Adecuación de los carteles expuestos al público con mensajes escritos dirigidos a proporcionar información de salud y/o procedimientos administrativos al usuario.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Adecuación de los carteles y mensajes expuestos, de acuerdo a criterios corporativos	SI

Objetivo 2: Análisis de las reclamaciones y elaboración de un plan de mejora.

FCE Proceso de quejas y reclamaciones documentado en la Intranet. Información y conocimiento del proceso por los profesionales del EAP. Informe anual accesible en Intranet y presentado a los Equipos.

- Informe trimestral por Equipo, sobre Q y R, que se enviará a cada centro.
- Análisis y detección de áreas de mejora que se trabajaran conjuntamente con el EAP poniendo en marcha actuaciones concretas con el objetivo de su implantación.
- Circuito de contestación de informes y envío a la Gerencia en un plazo < 7 días.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Nº de reclamaciones con informe enviados a la Gerencia en un plazo máximo de 7 días.	>75%
Nº actuaciones llevadas a cabo sobre áreas de mejora detectadas.	>50%
Nº reclamaciones relacionadas con la actividad asistencial y trato al usuario.	<20% menos que en el año 2009

SATISFACIÓN CON LA EXPERIENCIA DEL CUIDADO MÉDICO	
% de pacientes satisfechos con la calidad y competencia del médico (AP, consulta externa, Urgencias , Hospitalización) (5 ítem encuesta de satisfacción SESCAM).	
% de pacientes satisfechos con la calidad y competencia del personal de Enfermería (5 ítem encuesta de satisfacción SESCAM).	
% pacientes se les ha solicitado el consentimiento informado para pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas.	

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

OFRECER a la población al menos todos los **programas de la cartera de servicios** de Atención Primaria del Sescam.

El EAP **POTENCIARÁ** en la población de su zona de salud especialmente los **programas específicos de:**

- Atención de la mujer sana: DPC…
- Atención a personas con Factores de Riesgo Cardiovascular: Determinación y control.

- El EAP de Buenavista OFRECERÁ a la población de su zona de salud los NUEVOS PROGRAMAS de adolescente y niño asmático, espirometrías preventivas, retinografías y escuela de padres.
- Garantizar la continuidad asistencial de los procesos, optimizando el papel más eficiente de cada grupo profesional del Equipo (médico/enfermero/administrativo), independientemente del dispositivo en el que sea atendido.
- CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN: Importante desarrollo de la actividad de Enfermería en la gestión de los procesos asistenciales: Atención media de pacientes/día.
- Atender la atención Domiciliaria que precise la población.
- Atención Comunitaria: Asociación de pacientes de la zona de salud, Centros educativos…

4. AUMENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO: Equilibrar el sistema de manera que aproximadamente un 80% de los procesos sean atendidos y resueltos en A.P. y la atención hospitalaria actúe en el 20% restante (papel de interconsultores de los especialistas hospitalarios).

FCE Aumentar la capacidad resolutiva de Atención Primaria:

- Apertura gradual y progresiva de exploraciones diagnósticas a Atención Primaria.

INDICADOR	RESULTADOS 2010 (incrementar resultados 2009)
Nº de ecografías realizadas en Atención Primaria.	-
Nº de pacientes derivados a convenio con optometristas.	
Nº de Espirometrías en AP.*	
Nº de Doppler vascular en AP.	
Nº de Holter en AP.	
Nº de Tonometrías en AP.	

Nº de Cooximetrías.	
Nº de retinografías.*	
Nº de pacientes diabéticos derivados a convenio con podología.	
Nº de intervenciones programadas de cirugía menor realizadas en Atención Primaria (*).	

* En EAP de Buenavista.

- Implantar sesiones clínicas AP-AE e interconsultas docentes-asistenciales.
- Monitorizar y asegurar los circuitos de comunicación entre ambos niveles, de manera que el paciente derivado aporte información suficiente (qué y para qué se deriva y qué debe aportar) y, asimismo, tras la interconsulta se asegure la recepción de la información pertinente al médico de familia sin intermediación del paciente.
- Establecimiento de protocolos farmacoterapéuticos consensuados entre niveles, cuya implantación corresponda al médico de Atención Primaria, así como de programas de intercambio terapéutico.
- Ajustar las tasas de solicitud de interconsultas a consultas externas de Atención Especializada a estándares predefinidos de consultas por mil habitantes, con especial monitorización de las especialidades más demandadas. En 2010: TRAUMATOLOGÍA, GINECOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA., O.R.L., DIGESTIVO Y CARDIOLOGÍA.

INDICADOR	RESULTADOS 2010 (incrementar resultados 2009)
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Traumatología.	70,6
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Ginecología.	24,3
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Dermatología.	51,1
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Cardiología.	9,7
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Digestivo.	15,8
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Oftalmología.	43,8
Derivaciones por 1000 habitantes a consultas externas de la especialidad de Otorrinolaringología.	36,5

- Optimizar, especialmente en 2010, los circuitos de resolución en A.P. siguientes: Agudeza visual y Seguimiento y control de la mujer sana.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
% de pacientes con indicación por MF valoración de agudeza visual que han sido derivados a Oftalmología.	< 7%
% de mujeres derivadas a A.E. para control de mujer sana.	0%

5. POTENCIAR EL PAPEL DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Potenciar el papel de Enfermería.

FCE Aumentar su capacidad resolutiva tanto en patología aguda como en patologías crónicas cuyo tratamiento gira fundamentalmente en torno a la educación sanitaria (ejemplo, Obesidad) y potenciando su papel como pivote en la asistencia domiciliaria, gestión de pacientes crónicos o pluripatológicos y exploraciones diagnósticas:

- Implantación de la consulta de Enfermería a demanda con población asignada (establecimiento del catálogo de procesos susceptibles de atención por Enfermería).

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
% de consultas de Enfermería con apoyo administrativo que disponen de cita previa a demanda.	100%

- Potenciación del papel proactivo de la Enfermería en la asistencia a domicilio y gestión de pacientes crónicos y pluripatológicos (revisión del programa de atención a crónicos e inmovilizados y establecimiento de protocolos de actuación con el hospital para el manejo de pacientes con múltiples ingresos hospitalarios).
- Enfermería en exploraciones diagnosticas: ecografías, holter, espirometrías, etc.

INDICADORES DE EFECTIVIDAD CLÍNICA	OBJETIVO/ESTANDAR
DIABETES	
% Población con despistaje de diabetes realizado	62,00
% de diabéticos registrados en Turriano en ≥ 14 años	6,50
% Diabéticos en AP con Hb glicosilada <7	Pendiente
%Diabéticos en AP con un fondo de ojo realizado en los 2 últimos años	Pendiente

HIPERTENSIÓN	
% Población con despistaje de HIPERTENSIÓN ARTERIAL realizado	56,50
% de Hipertensos registrados en Turriano en ≥ 14 años	16,50
Ictus: %hipertensos en AP adecuadamente controlados (130/80 si diabetes o 140/90)	En desarrollo
CARDIOPATÍA ISQUEMICA	
%Pacientes en AP 40-65 años determinado su riesgo cardiovascular	En desarrollo
%Pacientes con => 1 Factores de riesgo (SCORE ALTO) con Ases./ Tratamiento	En desarrollo
%Pacientes con cardiopatía isquémica tratados con AAS	En desarrollo
% Pacientes con store >5 con buen control de LDL (<100)	En desarrollo
% de pacientes con Beta-bloqueantes post-infarto agudo de miocardio	En desarrollo
EPOC	
%pacientes con EPOC con vacunación antigripal en el año	En desarrollo
TABAQUISMO	
% de población con despistaje de TABAQUISMO realizado	47,50
% de fumadores registrados en Turriano en ≥ 14 años	10,00
% de fumadores que reciben consejo para dejar de fumar (al menos intervención mínima)	27,00
OBESIDAD	
% de población con despistaje de OBESIDAD realizado	45,00
% de obesos registrados en Turriano en ≥ 14 años	11,50
% de obesos incluidos en protocolo / programa	70,00
% de pacientes con IMC>30 con seguimiento Enfermería (plan cuidados actualizado último año)	En desarrollo
ALCOHOLISMO	
% de población con despistaje de ALCOHOLISMO realizado	43,00
% de bebedores excesivos registrados en Turriano en ≥ 14 años	3,00
INMOVILIZADOS	
% de pacientes inmovilizados con seguimiento Enfermería (plan cuidados actualizado último año) (programa inmovilizado)	50,00

PREVENCIÓN / PROMOCIÓN DE LA SALUD	OBJETIVO/ESTANDAR
Nº de mujeres entre 35 y 64 años incluidas en protocolo de prevención de Cáncer de cérvix	95%
% de mujeres en protocolo con al menos una citología cervicovaginal en los últimos 3 años	21,00

% de mujeres con registro de haber realizado el Screening de cáncer de mama (45-70 años)			En desarrollo
Nº Actividades de Educación para la salud grupales acreditadas			3
PEDIATRÍA (programa de salud infantil)			
% de niños con registro de IMC a los 11 años.			50,00
% de niños con registro de los hábitos alimenticios en el control de 13-14 años			50,00
% de niños con registro de exploración de columna vertebral a los 11 años.			50,00
VACUNACIONES ADULTOS			
Vacunación antigripal (% de cobertura)			En desarrollo
Pacientes mayores de 65 años			En desarrollo
VACUNACIONES INFANTILES			
	DOSIS	**EDAD ADMINIST.**	**OBJETIVO**
Hepatitis B	1	0 meses	≥ 90%
Hepatitis B	2	1 mes	≥ 90%
Meningitis C	1	2 meses	≥ 90%
Pentavalente	1	2 meses	≥ 90%
Meningitis C	2	4 meses	≥ 90%
Pentavalente	2	4 meses	≥ 90%
Hepatitis B	3	6 meses	≥ 90%
Pentavalente	3	6 meses	≥ 90%
Triple Vírica	1	15 meses	≥ 90%
Pentavalente	4	18 meses	≥ 90%
Meningitis C	3	18 meses	≥ 90%
Triple Vírica	2	6 años	≥ 90%
DTPa	1	6 años	≥ 90%
Td recuerdo	1	14 años	≥ 80%
Hepatitis B 2º E.S.O.	1	14 años	≥ 80%
Hepatitis B 2º E.S.O.	2	14 años	≥ 80%
Hepatitis B 2º E.S.O.	3	14 años	≥ 80%
Varicela	1	A < 10 años	0%
SALUD BUCODENTAL			
Niños de 6 años con revisión bucodental anual realizada			90%
Niños de 7 años con revisión bucodental anual realizada			90%
Niños de 8 años con revisión bucodental anual realizada			80%

Niños de 9 años con revisión bucodental anual realizada	65%
Niños de 10 años con revisión bucodental anual realizada	60%
Niños de 11 años con revisión bucodental anual realizada	50%
Niños de 12 años con revisión bucodental anual realizada	50%
Niños de 13 años con revisión bucodental anual realizada	45%
Niños de 14 años con revisión bucodental anual realizada	45%
Niños de 15 años con revisión bucodental anual realizada	45%

EFICIENCIA Y CONSUMO FARMACEÚTICO

- **Farmacia:**
  1.- El presupuesto dado en igualdad de condiciones del resto del Área generará un ahorro en relación a criterios de eficiencia.

  2.- Cumplimiento de Indicadores de Calidad del Sescam. >50%

- **Recursos Humanos:** Dado el presupuesto en igualdad de condiciones del resto del Área se podrá generar un ahorro en relación al resultado del indicador del número de ausencias anuales.

6. OPTIMIZACIÓN DE RENDIMIENTOS

OBJETIVO 1: Corregir las ineficiencias.

FCE Optimizar el modelo organizativo y de procesos que condicionan diferentes rendimientos para actividades similares:

- Monitorización, control y corrección de los indicadores que se alejen de los estándares marcados.
- Racionalización de exploraciones complementarias:
  - Estudios de adecuación de pruebas diagnósticas.
  - Análisis oferta-demanda de exploraciones diagnóstico-terapéuticas.

FCE Desburocratización de las consultas de Atención Primaria:

- Puesta en marcha de todos los aspectos posibles del documento sobre desburocratización elaborado en 2008 (informes de salud únicos, reorganización de las consultas con separación burocracia-demanda asistencial, etc.)

OBJETIVO 2: Adecuación de la prescripción de medicamentos.

FCE Impulso de las líneas de eficiencia en la prescripción y la adecuación a la MBE:

- Utilización de la nueva edición de la guía farmacoterapéutica del SESCAM para prescripción de principios activos a través de receta.
- Participación en la elaboración de informes de evaluación de nuevos medicamentos y en las publicaciones sobre medicamentos (boletines farmacoterapéuticos, hojas de evaluación y revista e utilización de medicamentos).
- Impulso de la prescripción eficiente y por principio activo, y en particular de la utilización de genéricos de baja penetración en el mercado.

INDICADORES DE FARMACIA ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Importe por persona ajustado	MG ≤ 24,56 PED ≤ 3,35
Recetas por persona ajustada	MG ≤ 1,87 PED ≤ 0,43
Prescripción de antiinfecciosos de segunda línea	MG: < 2,3 DHD PED: < 0,6 DHD
Utilización de la simvastatina como primera elección hipolipemiante	> 33,96 %
Adhesión a la guía de antidiabéticos orales	> 85,85 %
Prescripción de ansiolíticos e hipnóticos en medicina general	< 9,5
Prescripción de Antiasmáticos de primera elección en pediatría	> 65.73
Prescripción de AINEs de primera elección	> 62,09 %

INDICADORES DE INTEGRACION DE NIVELES

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Adhesión a la guía farmacoterapéutica del SESCAM	> 80%
Prescripción de nuevos principios activos sin aportación terapéutica relevante	< 1%
Prescripción eficiente por marca o principio activo	> 50 %
Prescripción por principio activo adherida a guía	> 25%
Prescripción de genéricos de baja penetración	> 30%
Indicador sintético de ahorro	MG > 5 % PED > 5 %
Prescripción de medicamentos para osteoporosis de primera elección	> 46,56%
Adhesión a la guía farmacoterapéutica de antiulcerosos IBP	> 74,80%
Coste tratamiento día de medicamentos antidepresivos	< 0,74 %
Prescripción de AAS como antiagregante de primera elección	> 83,57 %

CLIENTE INTERNO

- **Calidad:**
  - Actualización permanente del Programa Funcional del EAP.
  - Redacción del Plan de Comunicación.
  - Análisis de las reclamaciones y elaboración de un Plan de Mejora.
  - Circuito de contestación a quejas < 10 días
  - Plan de Confortabilidad.
  - Plan de Seguridad del Paciente.
  - Gestión de Proceso.

- **Docencia**: Centro con acreditación docente en Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería y Fisioterapia.

- **Formación:** Plan específico de formación para aumentar la capacidad de resolución de los profesionales del Equipo, en relación al desarrollo de nuevos servicios 2010 y al mantenimiento del resto.

- **Investigación, gestión del conocimiento e innovación**: 1 proyecto de investigación.

OBJETIVO 2: Avanzar en los procesos de descentralización y en la extensión de la gestión clínica.

FCE Participar en el desarrollo de acciones de descentralización y gestión clínica.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
El EAP acuerda con la GAP un Contrato de Gestión Autónoma Integrada.	SI
El EAP desarrolla elementos orientados hacia la gestión clínica: Programación funcional, Programa de formación específico, iniciación de gestión por procesos, determinación de su misión, visión y valores….	SI

7. GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVO: Disminuir la variabilidad innecesaria en la práctica clínica, eliminar las actividades repetitivas que no aportan valor al proceso y ser capaces de garantizar la Continuidad asistencial de los pacientes, independientemente del dispositivo en el que sea atendido.

FCE Introducir la Gestión por procesos como Sistema de gestión; elaboración e implantación de rutas asistenciales de integración en los procesos más prevalentes.

INDICADOR	OBJETIVO
A lo largo del año 2010 se elaborará el catalogo de procesos del EAP.	REALIZADO
A lo largo del año 2010 el EAP definirá e implantará al menos 2 procesos organizativos.	2
A lo largo del año 2010 el EAP desarrollará las rutas asistenciales de integración AP-AE que se pongan en marcha en el Área.	-

FCE Seguimiento de pacientes al Alta Hospitalaria por el EAP:

- Existencia de un protocolo establecido para el seguimiento de los pacientes en AP tras el Alta hospitalaria.
- Información y comunicación de dicho protocolo al EAP.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
% pacientes seguidos por el EAP al alta hospitalaria conforme al protocolo de seguimiento al alta hospitalaria.	**80 %**

8. DESCENTRALIZACIÓN

OBJETIVO 1: Continuar con la implantación de la herramienta EFQM y la gestión por procesos en A.P. ya iniciada en 2009.

FCE Participar en las acciones formativas sobre autoevaluación EFQM y Gestión por Procesos y utilizarla en la organización del EAP:

- El EAP participará en el conocimiento y en su caso la utilización de la herramienta EFQM, orientada a alcanzar su excelencia organizativa.
- EL EAP implantará áreas de mejora identificadas en la autoevaluación.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Desarrollo o actualización en 2010 Programación funcional	SI
Inicio de la gestión por procesos en el EAP	SI
Desarrollo del Programa de formación específico del EAP	SI
Participación del EAP en formación EFQM	SI
Autoevaluación: Identificación de Áreas de mejora en EAP	SI

9. INVESTIGACION, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

Objetivo 1: Conocer los perfiles de morbilidad poblacional.

FCE Extensión de la codificación al 100% de los contactos del sistema sanitario.

Objetivo 2: Impulsar la investigación y la divulgación de resultados.

FCE Poner en marcha y consolidar las unidades de apoyo a la investigación en los EAP,s y la coordinación de investigación en el Área:

- Impulsar proyectos de investigación en servicios sanitarios y cuidados de Enfermería, evaluación de procedimientos y protocolos, investigación en resultados en salud (calidad de vida, supervivencia…).
- En el EAP: Participación de los profesionales médicos, de Enfermería y administrativos en dicha formación.

INDICADOR	RESULTADOS 2010
Nº de profesionales del EAP que durante 2010 han recibido formación en investigación en servicios sanitarios.	

- En el Área y EAP: Aumentar el número de publicaciones, con y sin factor de impacto y la divulgación de resultados.

INDICADOR	RESULTADOS 2010 (igual o superior a 2009)
Nº de publicaciones en 2010 de los profesionales del EAP.	

- Potenciar la presentación de comunicaciones a congresos y jornadas nacionales e internacionales.

INDICADOR	RESULTADOS 2010 (igual o superior a 2009)
Nº de comunicaciones o ponencias de profesionales del EAP a Congresos o Jornadas nacionales o internacionales.	

Objetivo 3: Potenciar la innovación en la atención a pacientes crónicos mayores frágiles y personas en situación de dependencia.

FCE Informar sobre programas, protocolos, buenas prácticas en atención a pacientes crónicos, mayores frágiles y personas en situación de dependencia que se estén realizando en el Área.

INTEGRACIÓN DE NIVELES

- **Potenciar la relación y los circuitos de comunicación entre ambos niveles.**

10. INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN

OBJETIVO 1: Avanzar, como elemento fundamental, en la integración de la atención sanitaria y social y la comunicación entre los profesionales

FCE: Disponer de la información clínica del paciente allí donde sea necesaria: Aunque el objetivo es disponer en el plazo más corto posible de la Historia Clínica Común, mientras sea una realidad se adoptaran las medidas disponibles para facilitar este objetivo:

- Utilización de Turriano y codificación de la morbilidad en A.P.

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
% de codificación de la demanda de morbilidad en Turriano.	> 80%

- Utilización de Intranets de área:
  - Como herramienta de coordinación se creará:
    - Acceso directo a todas las aplicaciones en tiempo real (laboratorio, anatomía patológica, etc.).
    - Lugar común donde colgar toda la documentación sobre procesos y rutas asistenciales, protocolos etc.
    - Correos electrónicos de todo el personal del Área.
    - Etc.
  - Como herramienta de comunicación:
    - Sesiones clínicas.
    - Otros eventos formativos.
    - Noticias, actualidad del Área etc.
- Participación en los proyectos de telemedicina (teledermatología, teleretinografia, tele anatomía patológica (serenpia)..., que se establezcan en el Área o en el EAP.

FCE: Potenciar la adecuada relación entre profesionales:

- Implantación de telefonía móvil de comunicación primaria-hospital.
- Uso de correo electrónico.
- Reciclajes primaria/ especializada (potenciación y regulación de reciclajes dirigidos entre el primer y segundo nivel, según los objetivos institucionales).

INDICADOR	OBJETIVO/ESTANDAR
Participar y utilizar los circuitos de comunicación entre ambos niveles que se pongan en funcionamiento en el Área o en el EAP: Telefonía móvil, correo electrónico y reciclajes y proyectos formativos…	SI

Bibliografía

ÁLVAREZ M., GARCÍA GIL C., SOLANO PARÉS A. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria.Un tema para debate. Aten Primaria,2003;31.

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE LA INFORMÁTICA DE LA SANIDAD DE MADRID (APISCAM). Proyecto de autogestión en atención primaria http://apiscam.blogspot.com/2008

BRAVO CASTELLO, J. et al. Contrato de gestión multidisciplinar. Experiencia de integración. Gerencia del área de salud de Cáceres. X Congreso de la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Valladolid 2007

CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CASTILLA-LA MANCHA (2009) "Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados" Repullo, J.R., Freire Campo J. M. Ed.

DANIEL J, PASCUAL I., ESPELT P., GRIFOLL J, BASORA J, POUS A. Gestión por procesos en un equipo de atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 1999

DONABEDIAN A. Evaluating the quality of medical care.1996

DURÁN A. (2006). Spain, en Health Care Systems in Transition series, Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Care Systems.

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BUENAVISTA. Toledo 2008 Bases estratégicas del modelo de autogestión del centro de salud de Buenavista.(documento interno)

EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BUENAVISTA. Plan funcional del equipo de atención primaria del centro de salud de Buenavista. Toledo 2008 (documento interno)

GÁLVEZ M. Las unidades clínicas de gestión en los equipos de atención primaria en Andalucía. Cuadernos de gestión. 2002; 8

GENÉ BADIA J. De la autogestión a la dirección clínica Aten Primaria 2001; 28:149-150

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO. Acuerdos de autogestión médico-asistencial 2008. Equipo de Atención primaria de Buenavista- Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo 2008

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO. Nuevos modelos de gestión en Atención Primaria. Revista Actualidad Primaria. Nº 8 Julio 2009. Pág. 4-7

GERVÁS, J., PÉREZ-FERNÁNDEZ, M. AND STARFIELD, B.H. (1994). Primary Care, financing and gatekeeping in westwer Europe. Family Practice.

GERVÁS J., PANÉ O., SICRAS A., Seminario Innovación Atención Primaria.2006;38(9)

GROSS-TEBBE, FIGUERAS, J., Snapshots of Health Systems, European Observatory on Health Care Systems, 2005. http://www.euro.who.int/document/e87303.pdf

Grupo de trabajo sem FYC-SEMERGEM. Autogestión en atención primaria. Aten Primaria 1998; 21: 483-88

http://www.diariomedico.com/edicio/diariomedico Autogestión; ¿Dónde se pone el listón?

http;//www.diariomedico.com/edicio/diariomedico Cataluña. La autogestión en la atención primaria cumple diez años.

I Simposio Internacional sobre colaboración público-privada. Sostenibilidad sanitaria.2009

LA FUENTE CASTROVIEJO, J., LA FUENTE LÓPEZ, C. ALMA FRANCO, M.J. Centro de Salud de San Esteban de Gormaz. Área de Salud de Soria. Cambios experimentados en un equipo de Atención Primaría al asumir un sistema de gestión propia. X Congreso de la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Valladolid 2007

LAMATA F. Función de marketing.En: Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid:ediciones Díaz de Santos.;1998

Ley 8/ 2000 de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha

MARTÍN ZURRO, A . Plan de innovación de la atención primaria y salud comunitaria en Cataluña 2007-2010

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. A.P.- 21. 2006

ORTÚN V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los ser4vicios de salud. Rev Calidad Asistencialo. 2007; 22

ORTÚN V. (1996) Innovación organizativa en Sanidad. En Meneu,R. y V Ortún ed.: Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. AES Barcelona

PEIRÓ, S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. Gestión Clínica y Sanitaria. Vol.10. Nº3. Otoño 2008

REPULLO JR., FREIRE JM. Gobernabilidad del SNS: mejorando el balance entre los beneficios y los SAS. Sobre los modelos de gestión privada en Atención primaria Grupo de trabajo semFYC –

RICO A. (2008). ¿Crisis de la Atención Primaria?, Actualizaciones en Medicina de Familia.

RICO A., CASADO D., AND SABES R. (2003):"Reforming unintegrated care in Spain: the role of regional devolution and strong primary care", en A.vanRaak et al.(eds.)Integtrated care in Europe, Amsterdam: Elsevier

Rico A. and Saltman, R.(2002): "¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la Atención primaria en Europa2, Revista de Administración Sanitaria.

ROBINSON D. (2001). The End of Managed Care, JAMA, 285

RODRIGUEZ A. Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde vAtención Primaria. Rev Adm Sanit 2006; 4 (2)

RUIZ R. Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes.Aten Primaria.2006;38(3)

SEMG. La SEMG reclama la participación de los profesionales en la elaboración de la reforma de gestión en AP. http://www.librepensador/2009/01/31

SEMG. Funcionalidad de los modelos de autogestión htpp://www.jano.es/jano/ctl

SEMERGEM. Autogestión en atención primaria. Atención Primaria 1998; 21: 483-88

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Informe comparativo de Gestión en Atención Primaria. Gerencia A.P. Toledo. Equipo de Buenavista. IASIST Nov. 2008

SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Plan de Calidad 2008

SHORTELL S. (2006). Grupos de prepago y sistemas organizativos de provisión. En Ibern P, Integración asistemncial: Fundamentos y aplicaciones, Barcelona: Masson

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA (SEMG). Autogestión en Atención Primaria 2009 http:// www.redaccionmedica.es/noticia.php

UNIVERSDIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ. Gestión de Calidad Pág.1-7. http://calidad.umh.es/curso/criterio/.htm

SVMIFC. Autogestión.Revistasvmif.Nº 6. 2008 http:// www.svmfyc.org/Revista/06/autogestion 19.asp

XI Congreso de la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Implicados en el presente. Comprometidos en el futuro. Valencia 2008

XII Jornadas Técnicas de EBA. Sanidad en crisis: oportunidad de cambio. Barcelona. Nov. 2008

XXX Congreso SEMERGEN. La realidad de la Atención Primaria por comunidades autónomas. http:// medicablogs.diariomedico.com/semergen/2008/10/24

Gerencia
ATENCIÓN PRIMARIA
TOLEDO

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha