

## **PREGUNTAS MÁS FRECUENTES**

### **sobre la libre elección y el área única**

#### **18 de Mayo de 2009**

- **¿Por qué la Consejería aborda estos proyectos?**

Porque la Consejería de Sanidad quiere eliminar barreras burocráticas y acercar nuestros centros sanitarios a sus verdaderos “propietarios”: los ciudadanos.

La libertad de elección debe contribuir a fortalecer la relación médico/enfermera-paciente, lo cual redundará, sin duda en una mejora de la calidad.

Además, existe la necesidad de actualizar y dinamizar unas estructuras de gestión que se diseñaron hace más de 25 años y que necesitan ser revisadas para hacerlas más coordinadas y eficientes, sobre todo teniendo en cuenta las posibilidades que nos dan las nuevas tecnologías, prácticamente inexistentes en aquellas fechas.

- **La libre elección “ya existe” ¿Por qué es necesario regularla de nuevo?**

La libre elección sólo ha tenido cierto desarrollo en la Atención Primaria, a pesar de que la **Ley General de Sanidad** ya reconoció en 1986 que era un derecho básico de los pacientes.

Con todo, no se puede ejercitar ni en todo el territorio de la Comunidad de Madrid, ni para todos los profesionales sanitarios de la Atención Primaria, ni para todos los servicios de los hospitales de nuestra región.

Esta configuración hace que un ciudadano que vive en Moncloa (Área 6) no pueda elegir ser atendido en el Hospital de la Princesa (Área 2), ni un ciudadano que vive en Carabanchel (Área 11) pueda elegir un centro de salud en Latina (Área 7), ni un ciudadano que vive en Torrejón de Ardoz (Área 3) y trabaja en la Plaza de Castilla (Área 5) pueda elegir centro de salud en esta zona.

Además, la libre elección desarrollada en Decretos de ámbito estatal, no abarcaba a los profesionales de la enfermería, sino solamente a médicos y a pediatras.

La falta de adaptación de la normativa vigente a la realidad de la Comunidad de Madrid, es lo que justifica la aprobación de una norma autonómica de Libre Elección, tal y como se ha hecho en otras Comunidades Autónomas que recibieron las transferencias en Sanidad antes que nosotros.

- **¿En base a qué criterios elegirán los ciudadanos un médico, una enfermera o un servicio en un hospital?**

Los criterios pueden ser muy diversos y personales, pero en todo caso la Consejería de Sanidad hará el esfuerzo tecnológico

necesario para que hacer llegar a los ciudadanos información sobre:

- Demoras de acceso a los distintos servicios de los hospitales madrileños. Habrá madrileños que prefieran el servicio que les atienda antes.
- Indicadores de calidad y seguridad de los distintos centros sanitarios.

También es cierto que los médicos de familia harán un relevante papel de prescriptores dentro del sistema sanitario de nuestra región.

- **En Atención Primaria, ¿tendré que aceptar a todos los pacientes que me elijan?**

En principio y salvaguardándose el buen funcionamiento del servicio público, el profesional es quien pone los límites a su trabajo y por tanto podrá, conforme a la legislación vigente, rechazar pacientes de forma motivada cuando supere un número que a su juicio le impida prestar una correcta asistencia.

Existirá un número mínimo de TSI en cada cupo (por debajo del cual no es posible rechazar nuevas adscripciones de pacientes), que vendrá establecido para cada zona básica, en función de una serie de parámetros asistenciales (frecuentación, dispersión, situación socio económica etc).

- **¿Es posible que algún profesional gane menos que actualmente?**

El modelo retributivo debe responder a la necesidad de incrementar la motivación de los profesionales y a compensar los esfuerzos realizados. La estructura salarial no se verá alterada con la implantación de la libre elección, y en consecuencia solamente aquellos conceptos que vayan ligados al cumplimiento de objetivos o en su caso asignación de T.I.S., pueden sufrir variaciones en base a dicho cumplimiento y a la elección por parte de los pacientes.

- **¿Ganaré más por tener más pacientes?**

Actualmente, cada tarjeta sanitaria tiene un valor que depende de la edad del paciente y de la dispersión geográfica del centro de salud, lo que implica que a mayor número de pacientes, mayor cuantía se percibe por este concepto. En el modelo de libre elección no se ve alterada esta situación, sino que por el contrario se refuerza al objeto de compensar la mayor carga asistencial.

- **¿Si soy complaciente respecto a la I. T. y recetas, tendré más pacientes y cobraré más?**

No. Existen dos conceptos, como ha quedado apuntado, que influyen en la retribución variable del profesional: por un lado, la retribución percibida por T.I.S. y, por otro, la productividad variable por cumplimiento de objetivos, entre los que se encuentran la calidad en la prescripción farmacéutica y la adecuada gestión de la IT. Por otro lado, existen programas de

control y seguimiento no ligados a las retribuciones, del gasto farmacéutico por facultativo y de la IT, que a su vez dan información sobre la objetividad en la gestión de estos conceptos.

- **¿Qué pasará si unos centros reciben a muchos pacientes y otros se quedan sin apenas actividad?**

La previsión de desplazamientos de actividad entre centros se cifra entre un 5 y un 10% con pocas variaciones en el tiempo.

Históricamente se ha comprobado que, a la hora de elegir centros sanitarios, el factor accesibilidad es el que más pesa en la elección. Accesibilidad en su doble vertiente: geográfica y facilidad para obtener una atención en unos tiempos de respuesta adecuados.

Se parte siempre de un histórico consolidado que no decrecería, salvo por movilidad voluntaria o jubilaciones y se orientan los incrementos hacia las opciones mas valoradas.

- **La Libre Elección, ¿rompe la continuidad asistencial?**

El elemento esencial para la continuidad asistencial en nuestro tiempo es la historia electrónica compartida que traerá consigo el sistema informático AP Madrid, cuyo despliegue se ha iniciado ya y se culminará en los próximos meses.

Además, el profesional continuará concertando sus avisos domiciliarios programados, en el caso de pacientes crónicos e

inmovilizados que no podrán elegir médico ni enfermera fuera de su zona básica de residencia.

- **La Libre Elección, ¿es el paso previo a la privatización?**

Es falso que se vaya a "privatizar" la sanidad ni la Atención Primaria.

La libre elección no tiene ninguna relación con la supuesta privatización del servicio sanitario, que seguirá siendo, como no podía ser de otra forma, universal, público y gratuito.

Además, no está previsto el cambio de la forma de gestión por parte del SERMAS de los centros de Atención Primaria.

La apuesta del SERMAS por la gestión directa de la Atención Primaria se ha visto reflejada recientemente, con la aprobación de una oferta de empleo público de personal estatutario, con 306 plazas de médicos de familia, 119 de médicos pediatras, y en el ámbito de especializada, 1.232 especialistas, 1.600 enfermeras, 1.300 auxiliares de enfermería, entre otras. Apuesta sin precedentes no solo en la Comunidad de Madrid sino también en el resto del Sistema Nacional de Salud.

- **La Libre Elección, ¿favorece la modernización de nuestros Sistemas de Información?**

Sí, el proyecto de Libre Elección acelerará proyectos informáticos que están en "cartera". Entre ellos:

- AP-Madrid.
- Receta Electrónica.

- Historia Clínica informatizada y compartida.
- Informatización de Agendas.
- Plataforma de Citación.

## • **¿El Área Única favorece la Libre Elección?**

Sí, ya que favorece una organización sin barreras burocráticas de nuestro sistema sanitario.

## • **El Área Única, ¿desmantela la Atención Primaria?**

No desmantela la Atención Primaria, ni cambia el modelo de gestión. Sólo cambia la estructura directiva, pasando de un modelo territorial a uno funcional que tiene mucho más sentido en Comunidades Autónomas como la madrileña, donde lo poblacional tiene más peso que lo territorial. En Andalucía o Cataluña tiene sentido una división territorial que trae consigo áreas sanitarias que son provincias, la de Sevilla o Barcelona (ésta con una población de 5.416.447 habitantes), pero en Madrid no tiene sentido que continuemos con una división por áreas de territorio, que aleja barrios y municipios y fomenta la existencia de “reinos de taifas”.

## • **¿Qué ventajas tiene la Estructura Directiva Funcional?**

1. Homogeneizar los procesos y procedimientos que actualmente se realizan en las 11 Gerencias. En definitiva, se trata de dar soluciones iguales a problemas iguales, profundizando así en la equidad del sistema.

2. Centralizar lo que produce “Economías de Escala” (gestión de nóminas, contratos, suministros y almacenes).
3. Descentralizar paulatinamente todo lo demás en los centros (la autonomía de gestión es una reivindicación histórica de la AP).
4. Hacer pivotar la organización alrededor de nuestra estructura clave: el Centro de Salud, al frente del cual habrá un Director. Así se da respuesta a una reivindicación histórica de profesionalización y adecuada retribución de la actual figura del Coordinador.
5. Mejorar la gestión de nuestros recursos humanos dirigiéndolos a la mejora de alguna de nuestras áreas de mejora evidentes, como son el sistema de información y de citación.

- **Con la nueva estructura directiva ¿Pierde peso la atención primaria?**

No, por dos motivos:

- Todo lo asistencial (médicos y enfermeras) de la actual estructura de 11 Gerencias, se mantiene prácticamente igual en número en la futura estructura.
- Se dota a la estructura de atención primaria de más racionalidad y eficiencia, lo cual sin duda repercutirá en una mejor gestión de nuestros centros de salud y por tanto en un mayor liderazgo de la atención primaria.

Lo importante no es tener “más” sino tener “mejor”.

- **¿Se fomenta la descoordinación y aislamiento de los Centros de Salud?**

No, por tres razones:

- Se mantienen las actuales figuras de los “subdirectores” o “coordinadores de equipos”, dependientes de las direcciones territoriales de la futura Gerencia Adjunta Asistencial.
  - La estructura funcional, que cuenta con un Gerente Adjunto de Planificación, favorece la continuidad asistencial y la coordinación de procesos con los hospitales.
  - En la estructura directiva de los hospitales existirá un responsable que se encargará exclusivamente de la coordinación con Atención Primaria.
- 
- **El Área Única ¿Producirá una reducción drástica del numero de liberados sindicales?**

El fin del área única es facilitar la libre elección y mejorar la estructura directiva de Primaria.

Es cierto que el número de delegados sindicales (liberados total o parcialmente) depende del número de áreas sanitarias, pero la entrada del Área Única no tiene por que suponer automáticamente una reducción del 90% en el número de horas de liberación sindical. De hecho la Consejería esta abierta al diálogo.

- **¿El área única producirá una reducción de la estructura directiva?**

El Área Única dota de mayor racionalidad a la estructura directiva de Primaria, produciéndose economías de escala en sus recursos

humanos, que indudablemente producirá una reducción de puestos directivos.

- **¿Me pueden trasladar forzosamente?**

El área única favorece la movilidad voluntaria dentro de la Comunidad de Madrid ya que hasta ahora, para que un profesional se pudiera mover, por ejemplo de Alcobendas a Majadahonda, era necesario que se convocara un concurso de traslados a nivel nacional.

Así, la implantación del área única en la Comunidad de Madrid implicará la posibilidad de convocar procesos de movilidad interna dentro del área, sin la necesidad de acudir a un concurso de traslados cuyo ámbito tiene que estar obligatoriamente abierto al Sistema Nacional de Salud.

Actualmente tanto el Estatuto Marco como la Ley General de Sanidad, que son de aplicación tanto en el área única como en múltiples áreas, ya recogen los supuestos de movilidad forzosa, ya sea dentro o fuera del área.

- **¿Cómo se va a realizar el proceso de recolocación de las personas que actualmente trabajan en las Gerencias de las 11 Áreas Sanitarias?**

Cualquier proceso de movilidad se hará previa negociación con los representantes de los trabajadores. En esta línea se viene trabajando durante los últimos años cuando ha habido necesidad de procesos de movilidad.

En primer lugar se ofertará un proceso de movilidad voluntario a las plazas que resulten de la nueva estructura, y posteriormente, si ello fuera preciso, a aquellas plazas que se encuentren vacantes en el resto del sistema.

### • **¿En qué consiste la figura de Director de Centro?**

Esta figura es clave a la hora de que exista un desarrollo profesional dentro de la Atención Primaria.

Respecto a su perfil, será un gestor de personas y de recursos, con el fin de cumplir los objetivos del contrato programa, en un marco de mayor autonomía de gestión de los centros de salud.

Otras cuestiones de interés:

- No estará liberado de la asistencia, aunque ésta podrá modularse en función de la carga de gestión de cada centro en cuestión.
- Será Personal Sanitario.
- Podrá contar con personal de apoyo. Se mantiene la figura de responsable de enfermería y de responsable de la UNAD.
- Tendrá el apoyo desde la Gerencia Adjunta Asistencial de un Responsable de Centros de Salud.
- Las retribuciones correspondientes al puesto de Director de Centro irán ligadas a sus nuevas competencias y al cumplimiento de los objetivos del centro, lo que implicará una mejora sustancial con respecto a la figura del coordinador al tratarse claramente de un puesto de dirección.

### • **En concreto, ¿cuáles van a ser sus funciones?**

Además de ser la máxima autoridad dentro del Centro de Salud, deberá gestionar, entre otros aspectos, los siguientes:

- El establecimiento de líneas de actuación para la consecución de objetivos recogidos en el contrato programa.
- La gestión de las ausencias.
- El diseño, seguimiento y mejora de los procesos organizativos y asistenciales.
- Otros aspectos de organización interna, como horarios de consulta, turnos, suministros, almacén, botiquines, organización de agendas y su gestión, organización de la Unidad de Atención al Usuario, etc.
- El diseño e implantación de líneas de formación e investigación.
- La incentivación y reconocimiento de profesionales.
- El establecimiento de cauces colaboración y participación con su entorno (asociaciones vecinales, etc).