



CSIT UNIÓN PROFESIONAL CONSTATA LA IMPROVISACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA LIBRE ELECCIÓN Y ÁREA ÚNICA EN AP

Tras la implantación del Área Única y la Libre Elección en Atención Primaria, **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** verifica la improvisación y las consecuencias negativas (fruto de la inexistencia de las garantías, información y herramientas necesarias) producidas en el proceso, **poniendo en riesgo la calidad asistencial** ofrecida a los ciudadanos en la Comunidad de Madrid. Los problemas organizativos de los centros, la falta de desarrollo de las funciones y responsabilidades de cargos directivos o la ausencia de directrices - ante posibles problemas surgidos durante los procesos de libre elección de profesional y centro- ponen de manifiesto la precipitación y la falta de coherencia de la aplicación. Las improvisaciones más relevantes son las siguientes:

- **Aumento de los cupos medios** fijados como óptimos por la propia Consejería y el Plan de Calidad de AP. Prevalcen los criterios economicistas frente a la calidad asistencial.
- **Indefinición de funciones y responsabilidades** de directores asistenciales, responsables, directores de centro y profesionales de los Centros de Salud. Falta de regulaciones para el director de centro: criterios de acceso y cese, distribución del trabajo, etc.
- **Ausencia de coordinación entre las 7 direcciones asistenciales.**
- **Problemas organizativos.** Falta de información a los profesionales sobre las nuevas asignaciones: dificultad de acceso a historiales clínicos, problemas administrativos...
- **Aún no se ha implantado la receta electrónica.**
- **No se resuelven los problemas técnicos en AP-Madrid.**
- **Ausencia de uniformidad en las instrucciones sobre el ejercicio de la libre elección de médico, enfermero y pediatra.** Indefinición del proceso a seguir para ejercer la libre elección.
- Puesta en marcha de **herramientas inadecuadas para las citaciones de pacientes.**
- **Déficit en el acceso a los sistemas de información:** imposibilidad de acceso y registro de la información clínica en el 70% de los centros. Incompatibilidad entre los sistemas de información de AP y AE.
- **Problemas en la prestación de la Asistencia Domiciliaria** originados por la nueva "zonificación".
- **Falta de soluciones a la situación retributiva de los profesionales.**

A pesar de los esfuerzos de **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, la puesta en marcha de la nueva estructura se llevó a cabo sin atender las propuestas ni de profesionales ni de las plataformas y asociaciones de facultativos, que tenían como finalidad compatibilizar la existencia de una mejor calidad asistencial sanitaria con la reestructuración administrativa del sistema madrileño de salud.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LOS DECRETOS DEL ÁREA ÚNICA SANITARIA Y LIBRE ELECCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID (octubre-diciembre 2010)

Estructuras directivas

- **Equipos directivos de las Direcciones Asistenciales:**
 - Se ha modificado a última hora la estructura de las Direcciones Asistenciales, aumentando el número de cargos directivos al frente de las mismas.
 - No se han definido funciones ni responsabilidad de los nuevos nombramientos: dirección asistencial, responsables de centros y los responsables de Continuidad Asistencial entre el Hospital.
 - No existe una coordinación a nivel de las 7 Direcciones Asistenciales, derivada de las tres gerencias adjuntas (Asistencia Sanitaria, Planificación y Calidad, Gestión y Servicios Generales).
- **Director de centro:**
 - No se han establecido las funciones y responsabilidades del director de centro.
 - No se han definido los criterios de acceso al cargo y de cese de responsabilidades.
 - No se ha especificado la distribución del trabajo del director de centro en relación con el tiempo dedicado a la gestión y tiempo dedicado a la asistencia.
 - No se han fijado compatibilidades e incompatibilidades de los nuevos directores de centro.
 - Se ha obligado a los anteriores coordinadores de Equipos a asumir esta responsabilidad, de forma temporal. Los equipos que compartían instalaciones, pero que tenían diferentes comisiones directivas han sido fusionados a nivel directivo bajo la figura de un único director de equipo. En estos casos, se obliga al nuevo director a asumir más responsabilidades de las previas, sin ofrecerle ninguna disminución de su actividad asistencial.
 - No se ha definido la composición, ni las responsabilidades de las nuevas comisiones directivas de los centros.
- La ley de Área Única derogó el Decreto de Funcionamiento de los EAP (Equipos de Atención Primaria) de la Comunidad de Madrid; al no existir normativa actualizada que lo regule, existe una absoluta indefinición en las funciones de los profesionales de los Centros de Salud.

Sistemas de información:

- Existen problemas en la prestación de la asistencia domiciliaria, como consecuencia de los conflictos en zonas limítrofes originados por las nuevas Zonas Básicas Sanitarias (Decreto 52/2010). En la base de datos CIBELES no existe un callejero actualizado, se ha cargado el Callejero de 1998 que no coincide con el oficialmente publicado en Decreto. Esto supone frecuentes errores en la mayoría de las Zonas Básicas cuando el paciente solicita una atención domiciliaria programada o una asignación a un

determinado centro. Se está obligando a los profesionales a asumir la atención domiciliaria programada de pacientes que su vivienda no se corresponde con la Zona Básica del Centro de Salud del profesional.

- No existe posibilidad de acceder y registrar la información clínica de forma centralizada. Menos del 30% de los centros tienen instalado el AP-Madrid, cuando la Consejería había planificado un despliegue masivo del AP-Madrid en los centros de la Comunidad.
- Con anterioridad a la implantación al área única, los centros que disponían de AP-Madrid, podrían acceder y registrar directamente en la historia los datos clínicos de los pacientes de toda la Comunidad de Madrid. Esta posibilidad ahora se ha limitado con la instalación del visor clínico PANACEA a nivel de toda la comunidad de Madrid, diseñado inicialmente para un ámbito de aplicación menor.
- Ante la escasa implantación del AP-Madrid, se ha extendido de forma improvisada a todos los centros el visor clínico PANACEA para conectarse a la base de datos centralizada de AP-Madrid, que permite únicamente acceder al resumen de la historia de los pacientes que proceden de otros centros, pero no permite imprimir recetas, partes de interconsulta o de baja. Tampoco permite registrar la información clínica directamente por el profesional que atiende al enfermo. Esta situación es especialmente grave en todas aquellas circunstancias en las que el médico y la enfermera elegidos no pertenecen al mismo centro.
- No existe compatibilidad de los sistemas de información utilizados en AP y Atención hospitalaria. Este problema se agrava con la posibilidad del paciente de elegir entre diferentes hospitales que utilizan diferentes sistemas de información y registro.
- El AP-Madrid sigue presentando los problemas ya denunciados desde su implantación y reconocidos por la Consejería: lentitud, desconexiones, errores y problemas de rendimiento y funcionalidad.
- Para facilitar la libre elección, se han puesto en marcha herramientas para la citación de pacientes externas a los centros sanitarios, como el Centro de Atención Personalizada (CAP) o la Solicitud de Cita en Atención Especializada (SCAE). Estas herramientas además de incrementar las tareas burocráticas principalmente para facultativos, son motivo frecuente de citas erróneas (confusiones de pacientes, ocupación de huecos ya reservados para otros pacientes, pérdida de la cita), ocasionando problemas a la población y para los profesionales. Como consecuencia de estos errores y de las dificultades para su utilización en determinados grupos de población (ancianos, pacientes con escasos recursos socioeconómicos, personas con déficit sensorial o mental), está aumentado el número de pacientes que acuden a los centros de salud a solicitar la cita de forma presencial.
- Para permitir la citación por estos centros externos, se han modificado las agendas de los profesionales. Bajo la denominación de agenda “de calidad” se han diseñado unas matrices horarias rígidas que imposibilitan la organización de la consulta y el control por parte del profesional. El profesional no puede adaptar estas matrices a las características de la población, a la situación real de la consulta y del centro. Además se

han llegado a establecer agendas de profesionales con 50 pacientes al día, contrario a cualquier norma de buena práctica clínica y muy alejados del objetivo publicado en diferentes ocasiones por la propia Consejería (un 30-40% por encima de este objetivo).

- Deficiente funcionamiento de la sincronización entre el OMI-AP y el programa CIBELES. Esto ocasiona graves trastornos en las unidades administrativas que tienen que contactar frecuentemente con la Unidad de Atención al Paciente o TIS. En las consultas no es posible emitir en el sistema informatizado, recetas en pacientes que han cambiado de condición (activos/pensionistas) o de los partes de baja.
- Se ha obligado a los equipos a ampliar el horario de la gestión de la Tarjeta Sanitaria, extendiéndose esta actividad a toda la jornada de apertura del centro. Esta dedicación exclusiva a esta actividad durante toda la jornada, obliga a mantener un puesto de un trabajador de la Unidad Administrativa, generando problemas organizativos en la UNAD.
- Las empresas externas que facilitan el soporte técnico a los centros (CESUS, CAP, SCAE) manejan constantemente información clínica de los pacientes con lo que pone en peligro la confidencialidad de las historias.
- Sigue sin implantarse la receta electrónica.

Proceso de ejercicio de la libertad de elección de médico, pediatra y enfermero de Atención Primaria

- No existen condiciones, filtros, ni mecanismos de control que eviten los cambios reiterados de profesionales. El sistema permite que la población puede cambiar de profesional en cualquier momento y sin dar explicaciones, lo que facilita que ciertas personas están cambiando de médico sólo para conseguir una receta determinada o una baja médica. Una persona puede elegir a diferentes profesionales en distintos centros, incluso en el mismo día. Esta situación se ve agravada ante la imposibilidad de acceder a toda la historia de aquellos pacientes que se cambien de centro con lo que es más difícil el control de las demandas no justificadas de los pacientes.
- Falta uniformidad en las instrucciones dirigidas a los equipos sobre el proceso de libre elección:
 - Consideran libre elección a efectos de lo establecido en el *Decreto 51/2010* la solicitud expresa del paciente a la unidad administrativa de la asignación a un profesional determinado.
 - No se considera libre elección la asignación de un paciente a un profesional cuando no exista elección expresa de profesional, aunque el *Decreto 51/2010* especifica que hasta que la solicitud expresa se produzca, la Administración sanitaria procederá a la asignación previa de médico, pediatra y enfermero.
 - En los centros, no se está informando a los profesionales de todas las nuevas asignaciones que se producen en su cupo. Sólo se está informando de los pacientes que han ejercido la libre elección. Esta situación impide a los profesionales ejercer su derecho a rechazar esta asignación y puede plantear graves problemas cuando existe una incompatibilidad manifiesta entre el profesional y el paciente.

- No se especifica el proceso a seguir para ejercer la libre elección de otros profesionales sanitarios de unidades dependientes de AP como los ESAD, matronas y fisioterapeutas.
- No se ha recibido en los Centros de Salud la zonificación actualizada.
- Se están rechazando -por parte de las Direcciones Asistenciales- las denegaciones que realizan los profesionales de la solicitud de libertad de elección ejercidas por pacientes, a pesar de estar adecuadamente justificadas y fundamentadas, de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 del *Decreto 51/2010*.
- Para facilitar la libertad de elección de profesional de medicina de familia, pediatría y enfermería en Atención Primaria, en el Portal de Salud de la Comunidad de Madrid sobre la libre elección, se presentan indicadores de satisfacción de los usuarios por centro de salud:
 - No existe información individualizada de cada profesional.
 - Tampoco se ha informado a las organizaciones sindicales y profesionales de los indicadores a valorar en los centros (asistenciales, competencia profesional, formación, docencia, investigación.).
 - Ante los problemas existentes en los sistemas de información en AP, esta información podría no reflejar la realidad de los profesionales y perjudicar a unos frente a otros, únicamente por disponer o no de una información fiable y actualizada sobre su actividad.
- Cupos umbrales:
 - La Dirección General de Atención Primaria ha impuesto umbrales en los centros que exceden entre un 15-30% los cupos medios fijados como óptimos por la propia Consejería y por el Plan de Calidad de la AP de Madrid 2006-2009. En esta decisión han prevalecido los criterios economicistas sobre la calidad asistencial. Esta situación amenaza con saturar la mayoría de las consultas.
 - Se desconoce los criterios seguidos para su establecimiento de los cupos umbrales para limitar la libre elección (artículo 5 del *Decreto 51/2010*). No parece que hayan cumplido con lo establecido en el decreto para fijar esos umbrales que deben basarse en características de la población, frecuentación y dispersión. Existen zonas básicas en las que, a pesar de presentar datos que muestran un exceso de demanda y antecedentes de conflictividad planteada por la población asignada, se les ha incrementado aún más el límite del cupo, sin tener en cuentas estos datos de la población.
 - Los cupos establecidos por la Dirección General de Atención Primaria no se ajustan a la realidad de los centros como consecuencia de fijar unos umbrales por centro en lugar de hacerlo de forma individualizada por profesional.

- Denegación de la libre elección:
 - No se están aceptando las denegaciones de nuevas asignaciones de los profesionales, cuyo cupo ha excedido la cifra umbral establecida para la zona básica de influencia de su centro.
 - No se informa a los profesionales de todas las asignaciones de pacientes (tanto de elección expresa, como las procedentes de cambios de turno, cambio de profesional dentro, del mismo centro, nuevas asignaciones por cambio de domicilio, paso de la edad pediátrica a adultos) para que puedan ejercer su derecho de denegación de la solicitud.
 - No se ha aclarado el proceso establecido para que el profesional sea informado de la aceptación/denegación de su solicitud de rechazo en la asignación de un paciente.
 - No se han facilitado mecanismo para la denegación automática a petición del profesional. Hasta en la decisión del órgano competente -para admitir o rechazar una denegación de libre elección realizada por un profesional-, éste se ve obligado a atender a los pacientes que se le han asignado. Esta situación es especialmente comprometida en aquellos casos en los exista mala relación entre el profesional sanitario y el paciente.

- Problemas en la atención a inmovilizados:
 - No se ha especificado cómo se contabilizarán, a efecto de cupo umbral y retributivos para los profesionales de la zona básica, aquellos pacientes que han elegido médico fuera de esta zona básica.
 - No se ha establecido una solución para aquellos pacientes inmovilizados que en el momento de la puesta en marcha del área única estaban asignados a profesionales fuera de su zona básica. Se está obligando a los profesionales a atender a estos pacientes en domicilio, aunque no pertenecen a la zona básica.

- Problemas en la atención a recién nacidos:
 - Se obliga a los padres a asignar al paciente, en primer lugar, a profesionales de su zona básica para en una ocasión posterior ejercer la libre elección, incluso en ese mismo día, aumentando y duplicando de esta forma el trabajo de las unidades administrativas.

- Problemas organizativos como consecuencia de la elección en distintos centros de médico/pediatra y enfermera:
 - No se está informando de la ubicación del otro profesional elegido.
 - La historia clínica estará ubicada en un centro. Si ambos centros no disponen del sistema centralizado (AP-Madrid), uno de los profesionales solo podrá registrar en texto libre su actividad. En estos casos, se obligará al otro profesional -que sí tiene acceso a la historia completa- a trasladar esa información en "texto libre" a la historia.

- No se ha resuelto la manera de citar a los pacientes en el otro centro, distinto del que está ubicada la historia clínica.
 - En caso de extracciones, no se ha establecido cómo se facilitará al paciente las pegatinas identificadores y los envases necesarios para las pruebas solicitadas.
 - No se ha tenido en cuenta los problemas que van a producirse en relación con la sobrecarga asistencial, la atención de los pacientes que tienen a profesionales de medicina y enfermería en distintos centros y por motivos de salud requiere la intervención del otro profesional.
 - Se está produciendo una pérdida de la continuidad asistencial y en el modelo asistencial de trabajo en equipo, consecuencia de la participación en la atención directa de los pacientes de profesionales ubicados en diferentes centros.
- No se ha especificado quién debe asumir la responsabilidad de atender a los pacientes que han elegido a un profesional fuera de su zona básica, cuando este profesional se ausenta y su consulta no es suplida.
 - Cuestiones retributivas:
 - Hasta la fecha no existe ninguna propuesta a los Sindicatos de acordar un cambio de modelo retributivo a los profesionales.
 - No se han establecido criterios retributivos que incentiven y compensen a los profesionales que son elegidos por la población:
 - No se han establecido los criterios de compensación retributiva capitativa de los profesionales de acuerdo a las características de la población a su cargo (criterios etarios, socioeconómico, morbilidad, dispersión, frecuentación). Actualmente el criterio retributivo está basado en un criterio numérico.
 - No se ha establecido la forma de compensar la actividad domiciliaria generada por el proceso de libre elección a los profesionales que deben asumir la atención de los inmovilizados por patologías agudas, en los pacientes que han elegido a un profesional fuera de su zona básica.
 - No se ha informado de la forma de efectuar el pago por la población asignada a enfermería. Desconocemos si se mantendrá la actual forma de retribuir a estos profesionales considerando única y exclusivamente el criterio numérico o se adoptará un sistema que tenga en cuenta la distribución etaria del cupo asignado.
 - No se establecido la posibilidad de establecer un pago capitativo a los profesionales no sanitarios.
 - No se ha especificado la forma de retribuir a los profesionales que asumen la consulta de otros compañeros cuando éstos se ausentan y no se puede suplir la consulta.