

LAS ENTIDADES DE BASE ASOCIATIVA

Las entidades de base asociativa son ya una realidad en Cataluña y Andalucía. Parece que la Comunidad de Madrid está observando esta forma de autogestión de los centros de Atención Primaria para llegar a implantarlo en la capital. Cataluña tiene más de 13 años de experiencia, y uno de sus pioneros fue el centro de atención de este debate, exponiendo su forma de hacer y sus resultados. Otras comunidades como Madrid y Valencia, también opinaron y dieron a conocer sus propios modelos.

Albert Ledesma, presidente de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (Aceba) y director médico de Familia del Equipo de Asistencia Primaria VIC: En Cataluña tenemos 13 EBAS y damos atención a 250.000 ciudadanos.

En primer lugar, muchas gracias por invitarme. Yo creo que estaría bien que repuntasen de verdad por lo que significa de cambio en el modelo de gestión del sistema público español y especialmente, en atención primaria, que es el objetivo principal de estas entidades. Lo que pretende este modelo de gestión es ser una alternativa al de gestión pública, es dar una participación jurídica y económica a los profesionales sanitarios, a los médicos, en la provisión de servicios sanitarios.

Básicamente éste era el objetivo, con la idea de que sin la implicación directa de estos profesionales, el modelo no podría avanzar.



Alberto de Rosa Torner, director general de Ribera Salud; Albert Ledesma Castelltort, presidente de la Asociación Catalana de Entidades de Base Asociativa (Aceba) y director médico de Familia del Equipo de Asistencia Primaria VIC; Paulino Cubero, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Somamfyc); María Soledad Zuzuarregui Gironés, directora gerente del Área 10 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud; José María Pino García, presidente de Sanitaria 2000 y editor de Revista Médica, Redacción Médica, 3S y Actualidad Médica; Joaquín Estévez Lucas, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa); y Jesús Sánchez Martos, catedrático de Educación para la Salud.

Albert Ledesma

“En términos de satisfacción de profesionales, somos superiores al sistema público; en términos económicos, más rentables; y en cuanto a los resultados de los servicios y de la salud, somos equiparables”.

Digo especialmente la profesión de los médicos, aunque en Cataluña está abierta a otros profesionales sanitarios CPU constituyen el equipo de Atención Primaria como enfermería, odontólogos y pediatras, forman parte, o pueden hacerlo.

Son empresas, entidades de derecho mercantil, con ánimo de lucro. El Servicio Catalán de Salud pasó a contratar a estas entidades después de una modificación legal. Se aprobó la Ley De Operación Sanitaria de Cataluña para que esto fuera legalmente posible y tuviera una buena cobertura jurídica. A partir de su aprobación, el gobierno de CIU puso en marcha estas 13 experiencias. Con la llegada del nuevo gobierno tripartito se paró la diversificación de los modelos y ahora parece -de momento son palabras, aunque hay momentos concretos que están avanzando-, la consejera de Salud dijo que quería seguir adelante con la diversificación y que si había lugares donde el alcalde y los profesionales les parece bien, que no tendría inconveniente y lo aprobaría.

Sobre su despacho hay ocho proyectos nuevos, maduros, y que si no hay cambios, se consolidarán. Se hacen básicamente en zonas de nueva creación donde se desdoblaron equipos de AP o zonas básicas de salud por el crecimiento de la población. Si una zona básica ha llegado a 30.000 ciudadanos, se parte y se forman estos equipos nuevos y se hace con esta fórmula.

No sé si sabéis que en Cataluña hubo una reforma del Instituto Catalán de la Salud, que es el proveedor público y principal. El Servicio Catalán de Salud hace las funciones de aseguradora pública. Y un proveedor más es el ICS como nosotros, pero con muchos centros y hospitales. Hubo una reforma de la ley y pasó de ser ente público a empresa pública. Y su pretensión era que el modelo EBA se desarrollase dentro de los propios equipos de primaria

Soledad Zuzuarregui

“Me preocupa la brecha entre efectividad y eficacia. Nosotros trabajamos en evitar lo evitable: gasto, visitas, burocracia...”



y del Instituto Catalán de la Salud. Esto no se puede hacer porque no hay una implicación jurídica, las plazas son de funcionario o estatutario.

Pero sí se reconoce que el cambio que ha supuesto este modelo en el sistema de gestión pública es importante y le parecería bien que se introdujera en el propio sistema de gestión público.

En Madrid hay cierta apuesta por el modelo y parece que tienen ganas de avanzar. Nosotros hicimos el proceso en mucho tiempo, gestionando una parte del presupuesto de AP para luego gestionarlo todo, y en Madrid parece que quieren empezar pasando todo el presupuesto de gestión a los equipos que se creasen bajo este modelo.

Jesús Sánchez Martos: Y sobre los profesionales sanitarios que trabajan en este sistema, ¿hay estudios de satisfacción?

Albert Ledesma: Cuando nos pusimos en marcha, durante mucho tiempo éramos los principales sospechosos porque esto era la privatización, y hemos estado sujetos a la fiscalización permanente y ahora hay resultados de satisfacción económicos y de salud, hechos por el propio Servicio Catalán de la Salud y los niveles de satisfacción de los profesionales son muy superiores a los de los demás.

En términos de satisfacción de profesionales somos superiores; en términos de salud son comparables, los hay mejores y peores; económicos, más rentables para el Servicio de Salud. La gente no sabe si el proveedor es público o privado.

Soledad Zuzuarregui, directora gerente del Área 10 de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud: Por aquí se oyen cosas sobre la posibilidad de que en Madrid se desarrollen modelos similares, pero no tengo información certera ni confidencial al respecto, no sé por dónde evolucionará. Has hablado de cuatro cuestiones sobre la evaluación del funcionamiento del centro donde la satisfacción es muy alta, los resultados económicos más rentables, los ciudadanos no saben si son privados o públicos, y que los resultados de salud son más o menos comprables.

Alberto de Rosa

“Las ebas son un modelo de éxito ratificado y con excelentes resultados porque ha dado una gran capacidad de autogestión y ha desburocratizado el discurso de Atención Primaria”.

Albert Ledesma: Nadie esperaba que las personas que cogieron estos centros, obtuvieran los resultados que ha habido. Ha sorprendido a la propia casa. Uno de los pactos entre ER y CIU era que desapareciéramos del mapa sanitario, pero tras tres años, se han convencido de que no es conveniente que desaparezcamos ni mucho menos. Se demuestra que somos capaces de sobrevivir. Somos más transparentes que el sistema público, las cuentas están en la central de cuentas.

Soledad Zuzuarregui: Mi experiencia ha sido exclusivamente en el sistema público. Ahora trabajo como gerente del área 10 de Atención Primaria, la cual se caracteriza por tener unos resultados estupendos en el conjunto de la evaluación de la Comunidad de Madrid, tenemos muy buena cartera de servicios, la más alta de las once áreas de salud, tenemos buenos resultados en farmacia, no sólo por el gasto, sino por la calidad de la prescripción, que tal vez es lo más importante y en lo que hay que moverse hacia adelante. Tenemos ejecución presupuestaria razonable, siempre por debajo de la media de la Comunidad de Madrid. Generamos beneficios o estamos con déficit menor que la media de la CAM. Resultados intermedios en satisfacción de los ciudadanos. Y las últimas evaluaciones de satisfacción de los profesionales, que son de hace cuatro años, no tienen diferencias con lo que hay publicado de la AP en general.

A pesar de esta situación, creo que hay muchas cosas que se deberían mejorar. Podemos hablar en dos aspectos: en términos de cosas generales y filosóficas. Me preocupa la sostenibilidad de la Atención Primaria, y creo que hay que trabajar para garantizarla ya que es el eje y el centro del sistema sanitario. Sin una buena AP, nunca tendremos unos buenos hospitales. Para que funcionen bien necesitan tener una buena Primaria. AP debe ser resolutoria. Según los estudios, del 85 al 95 por ciento de los motivos de las consultas que llegan a Primaria se han de resolver en Primaria y para poder ser

Joaquín Estévez

“No se debe politizar cualquier experimento de gestión nueva. No tenemos sistemas de información homogéneos transparentes”.



resolutivos, necesitamos un catálogo de pruebas diagnósticas amplio y consensado con los especialistas de referencia. Y debemos trabajar la gestión del conocimiento de una forma adecuada en los momentos actuales, porque es muy difícil librarse del trabajo asistencial para asistir a cursos y las fuentes de información. El acceso a fuentes de información electrónica puede que sea lo más interesante para potenciar.

Además de la capacidad resolutoria de Primaria, me preocupa mucho la brecha entre la efectividad y la eficacia. La teoría demuestra que hay muchas cosas que deberíamos hacer para controlar los problemas de salud de los ciudadanos y en la práctica los niveles de control tienen márgenes importantes de mejora. Pero está claro que en un ambiente en el que no se miden los resultados es difícil convencer a los profesionales de que los tienen que mejorar.

Nosotros hemos hecho una experiencia que ha sido, de medición de indicadores de efectividad muy interesante y bonita que está funcionando de maravilla. Es una web para dar información a los profesionales no sólo sobre cómo hacen las cosas sino sobre a qué pacientes según su historia clínica habría que citar para hacerles una intervención determinada: desde dejar de fumar hasta controlar la tensión, por ejemplo. Este proyecto lo tenemos evaluado y premiado. Llevamos un año con esta experiencia. Y creo que debería implantarse en toda Atención Primaria, independientemente del modelo que haya.

Como todas las historias clínicas están informatizadas, tenemos unas 350.000 historias clínicas cuando nuestra población es de 348.000 habitantes, ya que tenemos algunos duplicados y existe población flotante y desplazada. Al tener tantas y ser un área con tanta experiencia en informatización, los profesionales nos pedían resultados, información clínica relevante, poder hacer gestión clínica. Saber si estaban controlados, si no lo estaban, por qué.

Tenemos una web donde con código de colores donde se analiza la información del resultado de los 18 indicadores seleccionados por unos expertos de toda la población. Entonces, ya no hacemos estudios de muestras de historias clínicas. Ahora hacemos un análisis de los 50.000 hipertensos que hay registrados, y sabemos que los tenemos controlados.

Paulino Cubero

“Soy partidario del modelo porque era el horizonte utópico hacia el que iba la Atención Primaria en los años 90, había un sistema de desarrollo de gente experta”.

De tal forma que el profesional puede llegar a una pantalla donde le aparecen todos los pacientes que tienen asma y pueden encontrar a los que fuman para citarles, por ejemplo.

En este ejemplo, la brecha entre eficacia y efectividad necesita material de apoyo y más en una época donde los factores sociales del entorno, como la medicalización, la creciente demanda, la dificultad de convivir con el dolor y el malestar, hace que la frecuentación de las consultas de Primaria se eleve mucho y hay poco tiempo para atender a cada paciente. Tenemos que tratar de evitar lo evitable todas aquellas visitas que son evitables y que no generan ningún beneficio adicional al paciente. Estamos trabajando en evitar lo evitable: el gasto evitable en farmacia, las visitas evitables, la burocracia evitable...

Otro de los problemas que efectivamente creo que tiene nuestra forma de trabajar en la medicina pública de nuestro sistema sanitario público es la satisfacción del profesional. La crisis gorda se planteó cuando el componente de motivación trascendente no era bien valorado o suficientemente conocido por los gestores. Por ejemplo, el mensaje de ahorro, muy claro entre políticos y gestores, nos puede trasladar así a los profesionales. Jamás va a ahorrar con un paciente que lo necesite. Pero si tienes un abanico de fármacos, puedes elegir el de menor coste que sea igualmente efectivo. En España usamos fármacos con un coste elevadísimo para enfermedades que no lo necesitan. Ahí tenemos un margen de mejora importante. Pero defender eso no es defender el ahorro, sino mejorar la calidad.

El mensaje del ahorro y la motivación ha hecho mucho daño a la motivación de los profesionales. Sobre eso se han sumado otras cuestiones como la motivación extrínseca e intrínseca. En cuanto a la motivación extrínseca, con los incrementos salariales, los incentivos, las OPEs, y por lo tanto la percepción de antigüedad no se han visto aparejados con la satisfacción profesional, al revés. Y si a eso se añade la falta de mercado laboral y de médicos para hacer suplencias, con lo que eso conlleva, la desmotivación es creciente.

Joaquín Estévez, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa): No han buscado la motivación, sino la paz social.

José María Pino: ¿Las EBAS tienen en sus presupuestos también la farmacia?

Albert Ledesma: Todas tienen la farmacia. En Cataluña, al principio, sólo traspasaban a los centros que ya existían, el presupuesto de gestión y del centro. Cuando empezamos, pedimos que se nos traspasase el presupuesto para las pruebas complementarias. Al siguiente año pedimos la implicación nuestra en farmacia, y la sorpresa fue que el Servicio Catalán de Salud no nos la dio sólo a nosotros sino que implicó a todos los proveedores del sistema en farmacia. Ahora todo el mundo va a riesgo. Significa que el gasto máximo asumible durante un año y coges un riesgo de gestión económica y de resultados de calidad, con un mínimo de 40 por ciento y un máximo de cien por cien.

Nosotros en ningún momento hablamos de ahorro, sino de mejor prescripción, que es la que tiene más seguridad, conocimiento científico, experiencia de uso, etc.

Alberto de Rosa, director general de Ribera Salud: Hablando concretamente de EBAS, he de decir que es un modelo de éxito, con excelentes resultados, y es un modelo ratificado, estudiado, auditado por distintos gobiernos.... Para mí es importante que haya dado capacidad de autogestión. Esa es la base del modelo. Y en general en Atención Primaria esta autogestión hay que fomentarla. También se ha implicado a los profesionales en la gestión y en los resultados de esa gestión. Creo que el hecho de dar autonomía e implicarse en la mejora de los resultados, creo que es un objetivo estratégico de cualquier sistema.

También creo que es muy importante el hecho de que ha desburocratizado, para mí, el discurso de la Atención Primaria. Ha introducido un elemento que me parece fundamental, que es el de recuperación del concepto del profesional liberal dentro de lo que es la medicina pública. Creo que simplemente por estos valores las entidades de base asociativa tienen que tener un reconocimiento muy importante en este país, y en concreto la figura de Albert Ledesma.

Como en todo debate, creo que también debo introducir elementos con interrogante en el modelo de las EBAS. El primero es los que creemos en modelos de integración asistencial, y que el futuro no está en la AP y los hospitales, sino ir hacia el modelo de integración asistencial. De algún modo, tenemos que buscar debemos buscar que no haya ruptura asistencial y en ese sentido quizás las EBAS pueden fomentar de algún modo la generación de reinos de Taifas, que puede ser un riesgo. Creo que los que pensamos que la medicina del futuro se basan en modelos de integración, tenemos que ver todo este modelo tan interesante pueda tener un encaje a nivel de financiación de indicadores, sistemas de información, guías de práctica clínica.

También pienso que para que una experiencia se convierta en modelo, tiene que haber mas elementos importantes: que se pueda extender y, además, las mejores prácticas clínicas posibles. En este momento hay masa crítica de profesionales que buscan la empresarialización. Me encantaría pensar que en el sistema público hay estos profesionales.

También hay que buscar elementos de transmisión del conocimiento donde el control público tiene que ser fundamental porque no olvidemos que el sistema público y modelos de gestión. Un modelo, las EBAS, otro, las concesiones administrativas. Dentro de este último, yo soy partidario, dentro del modelo de gestión administrativa (una empresa privada que gestiona un área de salud) de buscar acuerdos con los profesionales, tipo EBA. Porque compartir el riesgo es positivo. Creo que le podría dar un respaldo empresarial a estos modelos empresariales, una visión más global. Creo que podría convivir.

Mis mensajes: felicitar por ser un modelo de éxito, segundo, tiene algún riesgo y, tercero, creo que no es incompatible y creo que sería hasta bueno buscar sinergias entre distintos modelos.

Sánchez Martos: ¿Hay alguna experiencia en la que se hayan unido los modelos o se prevé que pueda haberla?



Los asistentes a esta edición de los Debates de Redacción Médica acercaron posiciones y coincidieron en el éxito de las entidades de base asociativa como modelo de autogestión.

Albert Ledesma: Hay alguna EBA que está asociada con algún hospital para hacer la gestión. Cuando creamos este modelo se hizo de forma coordinada con el Gobierno del momento Cataluña y con el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, que he de destacar que tuvo un lugar destacado en el proceso. Ya pensamos que la posible evolución de este modelo sería bueno que la mayoría del capital estuviese en manos de profesionales y pensamos que si el ICS se transformaba, podría asociarse con profesionales suyos. Un poco lo que se están planteando. Se aprobó una Ley y ésta permite la asociación.

Creo que es necesario coordinar e integrar no con una sólo entidad. Si que es necesaria que la asistencia de una zona esté coordinada e integrada y que funcione bien. Lo que debemos respetar son las bases del modelo: la autonomía, la implicación y la solución de riesgo. Creo que esto es básico. No tiene por qué copiarse exactamente.

Por lo que sé de Madrid, se planteaban propuestas de este tipo: participación conjunta de empresas con profesionales el ámbito sanitario del tipo que fuese y creo que sería un acierto hacerlo, y creo que se puede avanzar por este camino.

En cuanto a los profesionales, yo diría que no hay muchos profesionales, pero es que hemos creado una cultura contraria. Nosotros cogimos el último tramo de Convergencia i Unió, con un consejero, Joan Pomés, y en medio año se crearon seis EBAS, y si hubiese estado dos años habría abierto 25-30. la apuesta política es muy importante.

José María Pino: Ahora no depende sólo del consejero. En la actualidad el Ministerio y el Gobierno tienen mucho que decir.

Albert Ledesma: Sobre la sostenibilidad, yo creo que el modelo en los términos actuales no es sostenible. Ahora se está hablando de otra huelga en octubre en Cataluña. Nosotros nunca hemos hecho una huelga desde que estamos funcionando. Si hay otra huelga y se sacan los mismos recursos que la otra vez, la verdad es que no sé cómo van a hacer para pagarlo. No se trata de complacerles laboralmente, sino de crear un marco profesional en el que se puedan desarrollar a lo largo de su vida para estar satisfecho con su trabajo. Esto es básico.

Joaquín Estévez: Mi primera reflexión es que no se debe politizar cualquier experiencia de gestión nueva, como la que puso en marcha Albert, porque se comete el error de que un partido político la denoste si está en la oposición, cuando tenemos 17 sistemas de salud que cada va a su aire, y en otra comunidad ese mismo partido política apoya una experiencia similar. Debe desligarse la "desgraciada politización" de la Sanidad, estando algunas comunidades en manos de expertos sanitarios, de experimentar nuevos modelos de gestión.

La segunda, que como Sociedad, estamos a favor de cualquier modelo de descentralización que permita una autonomía de gestión y que el profesional ejerza también labores de gestión y que el profesional sea responsable de todos sus actos. La famosa frase de que "dinero siga a paciente". Pero también creemos que para que el profesional participe, tiene que estar informado, formado y motivado. Y aparte de que en los periodos preclínicos, de formación clínica y post licenciatura no hay asignaturas de gestión -y a pesar de las nuevas universidades privadas-, el tema es que el profesional esté formado antes de hacer un experimento de gestión.

También decir que no tenemos sistemas de información homogéneos y transparentes. Muchas veces las Entidades privadas han suplido a los ser vicios de salud ministerio en ese papel de homogeneizador y de homologador de esos sistemas de información. Recuerdo el caso de un ex ministro de Sanidad, que nada más dejarlo decía que su sucesor no tenía unos sistemas de información viable, y tú pensabas que él tampoco los había creado en su momento. No hay una evaluación de resultados. Hay alguna experiencia sería. En general hay experimentos que se catalogan de exitosos o no sin que haya habido una evaluación externa.

También, Albert, has dicho una frase, "soy más transparente que el sistema público". ¿Tenéis una auditoría externa?

Albert Ledesma: Sí, tenemos una auditoría externa de cuentas, por la cual sabemos lo que tenemos, sabemos lo que gastamos, cosa que no sabe nadie del sistema público catalán si les preguntas. Saben que lo que llega al Parlamento se distribuye, pero no más.

Joaquín Estévez: Como resumen yo diría que un modelo de gestión clásico en algunos de los casos ha llegado a su mayor nivel de eficiencia con un gran grado de desmotivación del profesional, pero con alta satisfacción de los pacientes, y si estamos a favor de experiencias que hagan que un profesional motivado participe más en su gestión y en sus decisiones.

José María Pino: Si esto se extiende, entonces ¿dónde quedarían los directivos?

Joaquín Estévez: En cualquier modelo de gestión privada de cualquiera de los ámbitos hay directivos. En cualquier modelo de empresa y en cualquier modelo hospitalario que se experimente. Yo entiendo por ejemplo un hospitales son una gran empresa sanitaria, que es la una suma de micro-empresas. Entonces, cada unidad de gestión clínica, cada servicio es una micro empresa dentro del sector. El directivo tiene que coordinar, definir la estrategia, los objetivos, chequearlos y evaluar los resultados de la coordinación de este tema.

Albert Ledesma: Un gerente dedicado a gerencia no existe en las EBAS. Gestionar un equipo de Atención Primaria no es tan complicado. La gente en nuestro sistema tiene mucha autonomía y mucha implicación. Hay autonomía de verdad. El que hace las funciones de gerente ve que las cosas funcionan, pero tiene una actividad muy baja. La condición es que no sean funcionarios ni estatutarios, simplemente para echar a alguien cuando no trabaja en beneficio de la entidad y los ciudadanos. No poder elegir a quien contrata ni decidir cuándo esta persona no le sirve para este trabajo, es un problema. A mí entender es una condición no suficiente, pero necesaria.

Joaquín Estévez: En este debate hay dos elementos que me gustaría señalar: el papel de los sindicatos y para los que somos partidarios de una gestión integrada y de un área de salud con gestión única, destacar el papel de las EBAS y su extensión al modelo hospitalarios.

Albert Ledesma: Creo que se debería implementar en un hospital. Un servicio en un hospital.

Alberto de Rosa: Yo creo que con la falta de profesionales que hay, probablemente haya que compartir servicios entre en distintos hospitales. En esa línea, algún elemento de este tipo puede ser interesante.

Paulino Cubero, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Somamfyc): A mí me gustan las EBAS, soy partidario. Estuve en Vic hace unos nueve años y visité el centro. Siempre me ha gustado y me sigue gustando el modelo en sí porque éste era un poco el horizonte utópico hacia el que iba la AP en los 90. hace diez años teníamos que sacar las historias del archivo y se sacaban datos muy limitados. Habían un sistema de trasladar responsabilidad a los distintos equipos, había un sistema diseñado desde arriba por gente que llevaban años y lideraban el sistema sanitario. La mayor parte de los profesionales estaban comprometidos.

Qué pasó. Que de repente llegó el recorte de dinero, con una gestión muy mala, y de ideas. Se hizo una política de incentivos perversa, que está alcanzando sus más altas costas en los últimos tiempos.

Estoy a favor de las EBAS, pero, sobre todo, a favor de un modelo. El problema es que desde hace diez años el modelo ha sufrido un parón. Ya no hay contrato de gestión. El modelo de gestión ya nadie sabe hacia dónde va. Los equipos van por su lado, las gerencias por el suyo, esperando órdenes de arriba. En esta década a los profesionales médicos se les ha dado de lado, a pesar de que ahora hay muchas más gente formada. Ha habido muchos médicos que han desarrollado puestos de gestión, y hay una implicación elevada de los profesionales. Hay un porcentaje implicadísimo, mucho que se dedican a hacer su trabajo lo mejor posible, y también los que son un lastre para el sistema público.

El problema que tenemos es que no tenemos modelo. Salvo unos pocos, nadie sabe qué es exactamente lo que se nos está proponiendo. Podemos tirar por un camino de forma poco transparente, como se está haciendo, pero si dentro de dos años y medio son las próximas elecciones autonómicas cambia el partido o el consejero, cambia todo. Por eso, la única solución es un pacto sanitario a nivel estatal y, sobre todo, a nivel autonómico. El Ministerio ahora mismo pinta muy poco. La gestión de verdad se está haciendo en las comunidades. Si no se hace un pacto con un modelo claro y transparente que implique a los profesionales, será un desastre.

Para mí, el modelo Alzira también es un reino de Taifas. Si no tenemos un sistema de información, que es nuestra carencia, porque no se ha desarrollado por falta de voluntad política, podemos caer en un reino de Taifas. El sistema de información debe tener la opción de mejorar.

Ese modelo del que hablaba Soledad, debe ser igual para toda la Comunidad de Madrid, no sólo para un área.

Soledad Zuzuárregui: Ese trabajo que hemos hecho creo que tendría que extenderse a todas las áreas y estar en la Dirección General de Informática. Está claro que no todos los profesionales, por su experiencia, podrán registrar igual, pero sí es cierto que si no te miden una cosa, no vas a sentir la necesidad de mejorar.

Paulino Cubero: Mi problema con las EBAS en Madrid, tal y como se plantean en Madrid es que son EBAS "trampa". La apuesta de la comunidad es por el Modelo Alzira, un modelo de gestión integrada de áreas. En Madrid hay cinco modelos. El problema es que en Madrid hacemos experimentos. Pero una vez que sabes lo que hay, porque los experimentos los ha hecho tu vecino, tienes que definir uno y pactarlo. Pero para hacer eso tienes que hacerlo pensando en Madrid, que es una comunidad muy especial, con un núcleo central con más de cinco hospitales y otros periféricos. Y a todo eso hay que darle un sentido. Yo creo que en la atención cooperativa, no integrado Alzira. Una gestión de Madrid es que los pacientes tengan más movilidad.

Un punto en el que no coincido con vosotros es que no estoy a favor de la atención integrada. Sí creo en la atención corporativa. Yo puedo y trabajar desde mi consulta con el hospital. Creo que una buena atención es que los pacientes tengan más movilidad.

Albert Ledesma: Por lo que sé, Madrid en Atención Primaria va más por el modelo EBA que Alzira.

Paulino Cubero: El problema de las EBAS: mal heho. Cuando se empieza, que sea de manera sensata. El problema es que cojo los mejores médicos, enfermeros, etc., de cada centro y monto unas EBAS divinas, pero a los centros de salud los he dejado cojos. ¿Cómo no vas a ser mejor? El reto no es ir al modelo EBA, sino ir al modelo EBA que sea mejor para la mayor parte de los centros....

Joaquín Estévez: Hemos pasado de un modelo en el que el paciente o el profesional eran el centro del sistema a otro en el que ahora son las empresas sanitarias y para-sanitarias el centro del sistema sanitario. Se decide y no se organiza. Se adjudican a empresas la gestión, construcción y el funcionamiento. Se adjudican a dedo de terminados experimentos. Es un modelo para empresas del sector.

Se adjudican hospitales y modelos de gestión a empresas a veces no sanitarias y sin planificación.

José María Pino: En la Carta del Editor de Revista Médica de julio, escribí que el pacto por la Sanidad será probable cuando lo que prime sea el sentido común, independientemente del partido político. Hace unos tres o cuatro años estuve en Alzira. Vi una cosa que no había visto nunca. Percibí tal sentimiento de implicación en el sistema que pensé que "ya me gustaría en cualquier hospital público se cogiera a veinte que hablaran bien de ese hospital". Es obvio que había algo diferente.

Siempre he defendido que el futuro de la Sanidad, si la política nos dejara, fuera por una transferencia de riesgos. Mi duda es si era compatible, pero creo que las EBAS son un modelo validísimo y que solucionaría muchos de los problemas que tenemos, como las huelgas, la escasez de médicos, etc. Son una posibilidad, como cualquier otra manera de transferencia de riesgo, y si pueden convivir, mejor.

Estoy de acuerdo en que hay planificarlo. No puede ser que al cambiar de partido, cambie todo. Incluso sucede con el cambio del Gobierno. Éstas son las "maldades de la democracia".

Tengo una duda. Aquí no hay que mirar sólo a las Consejerías, porque hay una visión cada vez más general de que el profesional es más funcionario. Habrá que implicar al Ministerio o al Gobierno de turno para cambiar esto y que haya más implicación. ¿Es posible todo este modelo con el tipo de médicos que se están formando y la filosofía que están teniendo?

Soledad Zuzuárregui: He de reconocer que los sistemas de información siempre han tenido el enfoque que Paulino comentaba. Los profesionales damos datos a la gerencia para que elabore sus tablas y sus cosas y han tenido a sus jefes. Pero desde el principio, he estado convencida de que los sistemas de información tienen que ser para los profesionales. También lo necesitan los gerentes, pero los profesionales que tienen que tomar decisiones, tienen que saber a qué priorizar sus actuaciones. Creo que el sistema de información para la gestión tiene sus connotaciones pero creo que es fundamental trabajar para la gestión clínica y organizativa de Atención Primaria.

Lo que es fundamental es que tanto en las EBAS, como en los modelos de integración y en los sistemas públicos, el secreto es la organización y el trabajo en equipo. No estoy ni a favor ni en contra de los modelos integrados. A mí me parece que no son ninguna amenaza para la Atención Primaria y creo que el secreto del éxito está en las personas, independientemente del modelo. A partir de las personas, los valores y la forma de gestión, te diré si me convence un modelo u otro.

Alberto de Rosa: El problema es que al final, como antes comentabas, lo que tanto políticos como gestores tenemos que plantearnos es la palabra "sostenibilidad". Tenemos un magnífico sistema sanitario pero con un modelo de gestión obsoleto. Y hay que decirlo así de claro porque es así la realidad. Yo, que aquí realmente represento unos años de experiencia, lo que planteo es que estos modelos, evaluémoslos objetiva y científicamente. Pero indudablemente el futuro está por: dar autonomía de gestión a los profesionales e implicarles en los resultados de gestión de todo tipo y yo creo que este tipo de experiencias han avanzado en este sentido. Debe variar el discurso.

Paulino Cubero: El tema es que todos sabemos cuáles son los problemas del sistema. La solución siempre ha sido echar a mucha gente, pero yo creo que tenemos unos profesionales en España muy reconocidos fuera, por lo que el problema no es la formación. Tenemos unos profesionales bastante buenos, mucho mejores que los políticos y los gestores.

RONDA DE CONCLUSIONES

Soledad Zuzuárregui:

En cualquier modelo se pueden conseguir buenos resultados, pero el reto está en conseguir sostenibilidad. En la Comunidad de Madrid se pueden tener tan buenos resultados como en VIC. El secreto está en la motivación, en la transparencia, en la participación, en la definición de las líneas de trabajo, en la motivación trascendente.

Paulino Cubero:

Los diez minutos son un eslogan y transmiten la incompetencia de las de arriba. Madrid es la comunidad con el menor tiempo percibido por el paciente.

Ante una huelga, el grado de motivación de los médicos es alto porque pierden dinero en pro de los pacientes. Somos médicos y estamos muy implicados en el sistema. El ciudadano tiene a la Atención Primaria como el servicio mejor valorado. El único que no está contento es el profesional, que pide que las cosas se hagan mejor. Hace falta una mayor y mejor planificación.

Joaquín Estévez

Estoy a favor de un pacto en el que participen todos los agentes y de que se elimine la burocratización y la politización.

Alberto de Rosa

Hay que hacer un reconocimiento a las EBAS como modelo de éxito. Han contribuido a modificar el lenguaje introduciendo palabras como burocratización. Creo que hay que buscar sinergias con ese tipo de modelo. Hay que buscar la implicación. Creo que la labor que se ha hecho es importante y augura un buen futuro.

Albert Ledesma

Para hacer sostenible el sistema público hay que cambiar el modelo de gestión pública, hay que introducir otros modelos. Hay que hacer transferencia de riesgo en la que implicar a los profesionales ya que hay posibilidad de mejorar su situación profesional. Es necesario avanzar para hacer sostenible el modelo con estas premisas. Si no conseguimos avanzar, nos atrapará.