



ORIGINAL

Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca



Gaspar Tamborero^{a,*}, Magdalena Esteva^b, Sebastià March^b y Mireia Guillén^b

^a Centro de Salud del Coll d'en Rabassa, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ibsalut, Palma de Mallorca, España

^b Gabinete Técnico, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, Ibsalut, Palma de Mallorca, España

Recibido el 16 de febrero de 2014; aceptado el 8 de abril de 2014

Disponible en Internet el 19 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Autonomía de gestión;
Atención Primaria;
Centros de salud;
Cuestionarios

Resumen

Objetivos: Valorar los conocimientos, percepciones, expectativas y actitudes de los profesionales de Atención Primaria (AP) de Mallorca sobre la autonomía de gestión.

Diseño: Estudio descriptivo transversal, basado en un cuestionario *ad hoc*, anónimo, y distribuido de forma *online*, durante junio-julio del 2013.

Emplazamiento: AP Mallorca.

Participantes: Profesionales asistenciales de AP (n = 1.097).

Mediciones: Conocimientos sobre autogestión; competencias, requisitos y escenarios de futuro de los centros con autonomía de gestión (CAG); repercusión de la autogestión; disposición a asumir compromisos y riesgos, y a incorporarse a un CAG.

Resultados: Tasa de respuesta: 49,8% (546/1.097). El 10,9% mostró un alto nivel de conocimientos sobre autogestión, las principales competencias de un CAG fueron: capacidad de organización interna (87,5%) y de selección del personal (81,1%). Los futuros CAG se preveían con unos profesionales motivados e implicados (72,6%), resultados eficientes (66%), mayor calidad asistencial (59,4%) y mejor formación (52,8%). Los beneficios de la autogestión se consideraron importantes para los distintos profesionales y para la mejora de la AP de Mallorca (46,8%). Los principales requisitos de los CAG fueron disponer de directores capacitados (92,6%), sistemas de asignación presupuestaria (87,5%) y contratos de gestión adecuados (86,1%). Preferían que los CAG dependieran de la Administración (62,7%), y tenían interés personal en incorporarse a un CAG (56,9%), pero sin asumir excesivos compromisos (renuncia al régimen estatutario, riesgo económico).

Conclusiones: Estos datos aportan una información de gran importancia, hasta ahora desconocida, que puede contribuir a planificar con una mayor racionalidad y de forma participativa la puesta en marcha de CAG en nuestro medio.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: gtamborero@ibsalut.caib.es, tamborerosgaspar@gmail.com (G. Tamborero).

KEYWORDS

Autonomous management;
Primary Care;
Health centers;
Questionnaires

Managerial autonomy in primary care: Position of health professionals in Mallorca**Abstract**

Objectives: To assess the knowledge, perceptions, expectations and attitudes of Primary Care (PC) professionals in Mallorca on managerial autonomy.

Design: Cross-sectional study based on an ad hoc, anonymous questionnaire, distributed online, from June-July 2013.

Location: PC Mallorca.

Participants: PC healthcare professionals (n = 1,097).

Measurements: Knowledge of self-management skills, requirements, and future scenarios of the centers with management autonomy (CMA); impact of self-management, commitment and willingness to take risks, and to become a CMA.

Results: Response rate: 49.8% (546/1097), with 10.9% showing a high level of knowledge of self-management. The core competencies of a CMA were internal organizational capacity (87.5%) and selection of staff (81.1%). The CMA future was envisaged with motivated and involved professionals (72.6%), efficient results (66%), better quality of care (59.4%), and better training (52.8%). The benefits of self-management were considered important, for individual practitioners and for the improvement of PC in Mallorca (46.8%). The main requirements of the CMA were to have: trained managers (92.6%), budget allocation systems (87.5%), and appropriate management contracts (86.1%). They preferred that the CMA should depend on the Administration (62.7%), and had a personal interest in becoming a CMA (56.9%), but without taking on excessive commitments (waiving statutory regime, financial risk).

Conclusions: These data provide hitherto unknown information of great importance, which could contribute to a more rational planning and participatory implementation of CMA in our midst.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

A pesar del reconocimiento de la importancia que tiene la atención primaria (AP) en los sistemas sanitarios¹, esta presenta desde hace años importantes problemas de diverso tipo (financieros, organizativos, de identidad...) que la han conducido a una marcada crisis². Entre las propuestas efectuadas para intentar superar esta situación, figuran las que pretenden obtener un mayor margen de autonomía para los profesionales en la toma de decisiones clínicas y de gestión, que se ha asociado con una atención eficiente, de calidad y satisfactoria, tanto para el profesional como para el ciudadano³⁻⁷. Este mayor margen de autonomía puede ir desde la descentralización parcial de ciertas competencias hasta una autogestión más avanzada entendida como «una opción organizativa en la que los profesionales asumen la plena capacidad y responsabilidad jurídica para gestionar los recursos de manera autónoma, aceptando el riesgo de una trayectoria deficiente»³.

Aunque existen experiencias de centros de AP con una autonomía de gestión (CAG) amplia^{4,7-11}, y se han publicado distintas evaluaciones sobre ellas, entre otras las de Ponsà et al.¹² y Segura et al.¹³, no han contribuido a una expansión significativa de este tipo de centros. Los problemas surgen a la hora de concretar el modelo operativo que debe tomar un CAG en un entorno asistencial real. En Baleares, apenas se ha producido alguna iniciativa frustrada orientada hacia la autogestión en AP¹⁴, si bien los coordinadores de los centros de salud de Mallorca atribuyen una gran importancia a la posibilidad de disponer de una mayor autonomía¹⁵.

Asimismo, datos previos, obtenidos también en nuestra isla, indican que la descentralización de la gestión presenta una gran capacidad de motivación profesional, superior incluso a la de los incentivos económicos^{6,16}.

Como paso previo para promover la participación de los profesionales en cualquier iniciativa tendente a obtener una gestión más autónoma en AP, es imprescindible conocer en profundidad su posicionamiento sobre ella^{7,17}. En este contexto, nuestro trabajo, que se inscribe en una línea de investigación sobre autonomía de gestión en AP^{6,8,14-16}, pretende conseguir los siguientes objetivos:

1. Valorar los conocimientos y las actitudes de los profesionales de AP de Mallorca sobre autonomía de gestión.
2. Determinar las principales características que, según los profesionales, deberían tener los CAG, e identificar quién debería promocionar y liderar la puesta en marcha de un posible proyecto de autonomía de gestión.
3. Conocer los compromisos y riesgos que los profesionales estarían dispuestos a asumir.

Material y métodos**Emplazamiento y población**

Los sujetos de estudio fueron todos los profesionales asistenciales de AP del Área Sanitaria de Mallorca (Ibsalut), integrados en sus 45 centros de salud (cobertura: 862.000 habitantes), que cumplían los siguientes criterios de

Tabla 1 Contenidos del cuestionario*

Ámbito de la pregunta	Nº. de ítems	Escala de la respuesta
Nivel de conocimientos sobre autonomía de gestión	1	Likert 0-5 (0, nulos-5, muy altos)
Competencias/capacidades de un centro autogestionado.	7	Likert 0-5 (0, nula-5, máxima)
Importancia		
Escenarios futuros de un centro autogestionado	14	Likert 0-5 (0, en total desacuerdo-5, totalmente de acuerdo)
Impacto de los centros autogestionados para los grupos implicados	7	Likert 0-5 (0, nulo-5, muy positivo)
Impacto para la mejora de la atención primaria de Mallorca	1	Likert 0-5 (0, nulo-5, muy positivo)
Requisitos/necesidades para la puesta en marcha un centro autogestionado. Importancia	9	Likert 0-5 (0, nula-5, máxima)
Requisitos/necesidades para la puesta en marcha un centro autogestionado. Factibilidad	9	Likert 0-5 (0, imposible-5, muy fácil)
Importancia de la contribución de entidades o grupos para dinamizar la puesta en marcha de la autogestión	4	Likert 0-5 (0, nula-5, muy importante)
Institución que debería liderar el proceso de implantación	1	Respuesta única entre 4 opciones
Importancia del apoyo de entidades para la puesta en marcha	4	Likert 0-5 (0, nula-5, muy importante)
Dependencia jurídico-laboral del centro autogestionado	1	Respuesta única entre 4 opciones
Predisposición y actitud, personal y del equipo, para incorporarse a un proyecto de autogestión	3	Respuesta única entre 3 opciones
Disposición a cambiar de régimen laboral y de zona básica de salud	2	Respuesta única entre 3 opciones
Disposición a correr riesgo económico	1	Respuesta única entre 5 opciones
Formas de puesta en marcha del proyecto	1	Respuesta única entre 4 opciones
Datos personales y profesionales: edad, sexo, centro de salud, profesión, años de experiencia en Atención Primaria, y responsabilidad directiva		

* Una copia completa del cuestionario figura en el anexo.

inclusión: médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y personal de admisión, dependientes de la Gerencia de AP (GAP) de Mallorca, y con plaza en propiedad, interinos o sustitutos a largo plazo (n = 1.097 profesionales). El trabajo de campo se desarrolló durante el primer semestre del 2013.

Instrumento de investigación

Para desarrollar la investigación se empleó un cuestionario realizado *ad hoc*, anónimo, autocumplimentable, diseñado teniendo en cuenta la revisión de la bibliografía y la experiencia de investigaciones anteriores^{6,15,16}. Para mejorar la validez de contenido, expertos de la GAP revisaron la definición, comprensión, relevancia y pertinencia de los ítems. Las variables objeto de estudio, además de datos personales y profesionales, fueron la percepción, el posicionamiento y las perspectivas de los profesionales sobre la autogestión, que se detallan en la [tabla 1](#).

Una copia completa del cuestionario figura en el anexo.

Procedimientos

El cuestionario, alojado en la aplicación *SurveyMonkey Plus*[®], se distribuyó de forma *online* por sus ventajas de rapidez y bajo coste, aun asumiendo una previsible baja tasa de respuestas que se asocia con frecuencia a este tipo de distribución¹⁸. Antes de aplicar el cuestionario se pilotó en 39 profesionales, posteriormente se envió una nota

informativa a los equipos directivos de los centros y, 7 días después, previa autorización de la dirección de la GAP, se remitió un email a los profesionales de AP, utilizando los correos electrónicos institucionales, donde se explicaban las motivaciones de la encuesta y se les invitaba a clicar sobre un enlace que permitía acceder al cuestionario y remitirlo *online* una vez cumplimentado.

Procesamiento y análisis de los datos

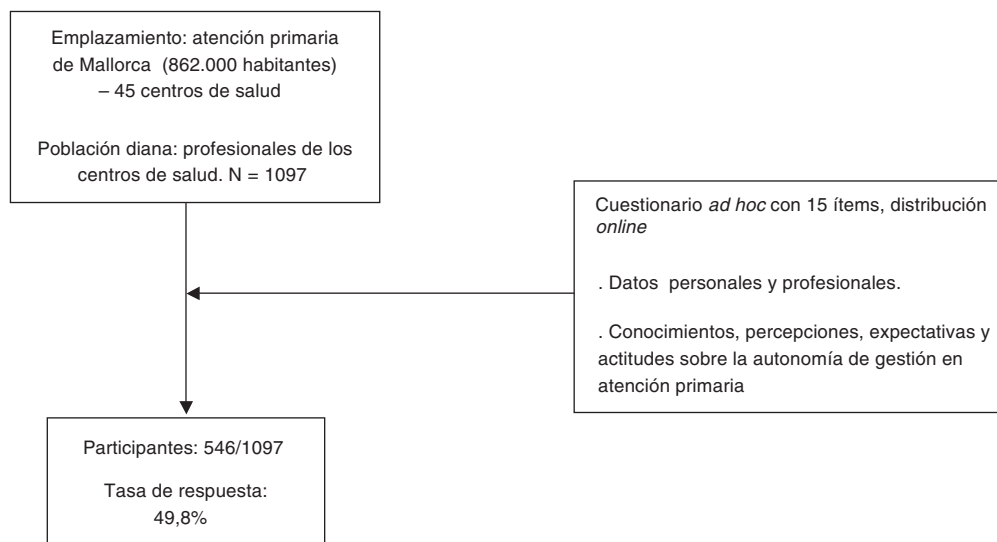
Las respuestas medidas mediante la escala de Likert, que tenía un rango de valores de 0 a 5, fueron reagrupadas para facilitar su análisis, considerando como actitud positiva o de acuerdo los valores 2 y 3, y muy positiva, muy de acuerdo o alta, los valores 4 y 5. Los inferiores a 2 se catalogaron como negativos o en desacuerdo.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando para ello solo las respuestas consideradas como válidas a efectos de evaluación (aquellas en que existe alguna respuesta [no queda en blanco], y que esta no es errónea o incongruente [por ejemplo, edad 0 años]). Por tanto, el número de respuestas válidas a efectos de evaluación (n) puede diferir para las distintas preguntas, en función de los criterios anteriores.

Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentuales, mientras que las cuantitativas se mostraron como media, desviación típica y rango. Se realizó un análisis bivalente por estamento, mediante los test de chi cuadrado o t de Student, según procediera, cuando se

consideró de interés efectuar el cruce del estamento con otra variable.

Todos los contrastes fueron bilaterales y se consideraron significativos aquellos con una $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se efectuó con ayuda del programa SPSS v.17.0.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal basado en la aplicación de un cuestionario *ad hoc*.

Resultados

De los 1.097 profesionales a los que se les envió el cuestionario, respondieron 546 (tasa global de respuesta 49,8%). Por estamentos, la tasa de respuesta fue del 65,9% para los médicos, 44,9% para enfermería y del 26,8% en el caso de los administrativos. La mayoría de los participantes fueron médicos (49,3%), mujeres (71%) y con una experiencia laboral media en AP de 19 años. Otras características de los participantes figuran en la [tabla 2](#).

Un 10,9% de los encuestados indicó tener un nivel de conocimientos sobre autogestión alto. Entre las competencias de un CAG, consideraron como las más importantes la capacidad de organización interna del centro y la de selección del personal; mientras que, entre los aspectos que caracterizarán a los futuros centros autogestionados, resaltaron la mayor motivación e implicación de los profesionales, la eficiencia del centro y su alta calidad ([tabla 3](#)).

En cuanto a la repercusión de la autogestión sobre los distintos estamentos, un 55,8% de los encuestados opinó que tendría un impacto positivo alto para los médicos, variando la importancia atribuida en función del estamento preguntado (57,1; 61,8 y 40,4%, según los médicos, enfermería y administrativos, respectivamente; $p=0,039$). Fue algo menor la repercusión positiva estimada de la autogestión para enfermería (48,4%) y para el personal de admisión (40,8%). En el caso de los directivos-gestores este porcentaje fue del 49,4; 31,6% para los políticos, y supuso un 44,4% para los ciudadanos. Asimismo, el 46,8% de los participantes opinó que el impacto de la autogestión para la mejora de la AP de Mallorca podría ser muy positivo. Un 12% de los

profesionales opinaba que, antes de 3 años, no se habrán implantado CAG en Mallorca.

Los principales requisitos de un CAG, y la factibilidad estimada para alcanzarlos, se recogen en la [figura 1](#).

Los profesionales consideraron que los requisitos de mayor importancia fueron la capacitación de los coordinadores, la disponibilidad de sistemas de asignación presupuestaria correctos y de contratos de gestión adecuados, además de contar con directivos de la Administración preparados, y

Tabla 2 Características de los participantes en la encuesta^a

Características	
Edad	Años
Media (rango)	48 (24-64)
Desviación estándar	8,92
Experiencia en Atención Primaria	Años
Media (Rango)	19 (1-41)
Desviación estándar	9,22
Sexo	N (%)
Hombres	417
Mujeres	121 (29)
Profesión	296 (71)
Médicos	430
Enfermeras	212 (49,3)
Administrativos	134 (31,2)
Otros	47 (10,9)
Ámbito geográfico	37 (8,6)
Centros de salud de Palma	416
Centros de salud del resto de Mallorca	224 (53,8)
Responsabilidad directiva	192 (46,2)
Directivos del centro	437
No directivos	55 (12,6)
	382 (87,4)

^a Datos referidos a las respuestas válidas a efectos de evaluación.

Tabla 3 Valoración de las competencias y de los escenarios de futuro de los centros con autonomía de gestión

Competencias y escenarios de futuro de un CAG	Valoración como de importancia alta ^a								p [*]
	Totalidad encuestados	Por estamentos							
		Médicos		Enfermeras		Administrativos			
<i>Competencias/capacidades de un CAG</i>	N = 391	%	N = 210	%	N = 132	%	N = 47	%	
Capacidad de organización interna	342	87,5	189	90	117	88,6	36	76,6	0,046
Selección del personal	317	81,1	175	83,3	106	80,3	36	76,6	NS
Homogenización de las actuaciones clínicas	304	77,7	162	77,1	111	84,1	31	66	0,042
Gestión de los incentivos	301	77	162	77,1	106	80,3	33	70,2	NS
Elección del hospital de referencia	249	63,7	142	67,6	79	59,8	28	59,6	NS
Aumento de la oferta de servicios	246	62,9	124	59	94	71,2	28	59,6	NS
Generación de ingresos propios	216	55,2	120	57,1	75	56,8	21	44,7	NS
<i>Escenarios de futuro de los CAG</i>	N = 394	% N = 212	% N = 133	% N = 46	%				p [*]
Mayor motivación e implicación profesional	286	72,6	160	75,5	97	72,9	29	63	NS
Eficientes	260	66	138	65,1	93	70	29	63	NS
Mayor calidad	234	59,4	127	59,9	86	64,7	21	45,7	NS
Mejor formación	208	52,8	111	52,4	78	58,6	19	41,3	NS
Cumplirán presupuesto	191	48,5	104	49,1	67	50,4	20	43,5	NS
Mejor investigación	180	45,7	89	42	71	53,4	20	43,5	NS
Mejor conciliación vida personal-profesional	167	42,4	86	40,6	62	46,6	19	41,3	NS
Mejor accesibilidad para población	161	40,9	83	39,2	62	46,7	16	34,8	NS
Mayores ingresos para los profesionales	113	28,7	61	28,8	45	33,8	7	15,2	NS
Paso a la privatización	105	26,6	59	27,8	35	26,3	11	23,9	NS
Mayor inequidad	94	23,9	51	24,1	36	27,1	7	15,2	NS
Pérdida de estabilidad laboral	82	20,8	51	24,1	21	15,8	10	21,7	NS
Menor dedicación horaria de los profesionales	35	8,9	7	3,3	24	18	4	8,7	0,000

CAG: centro con autonomía de gestión.

^a Encuestados (números absolutos y porcentaje) que atribuyen una valoración-importancia alta (puntuación ≥ 4 en la escala de Likert) a las competencias o escenarios de futuro señalados de un centro con autonomía de gestión. Datos referidos exclusivamente a las respuestas válidas a efectos de evaluación.

^{*} p: significación estadística de las diferencias en la proporción de profesionales que otorgaban una valoración-importancia alta al parámetro considerado (test de chi cuadrado).

NS: diferencias estadísticamente no significativas ($p > 0,05$).

sistemas de información adecuados. Los requisitos menos factibles de conseguir, según los encuestados, fueron el pacto político sobre la autogestión y la obtención de cambios normativos facilitadores de una mayor autonomía. Se observa la percepción de una baja factibilidad para conseguir los requisitos en general, incluidos los considerados como más importantes.

Un 93,8% de los encuestados valoró como de alta importancia la contribución de los profesionales de AP para la dinamización de la autogestión, por encima de la influencia de los gestores y directivos (74,3%), de los ciudadanos (45,1%) y de los políticos (44%). La mayoría (59,2%) atribuyó el liderazgo institucional de la autogestión a la GAP de Mallorca, y un 59,7% consideró muy importante para el desarrollo de la autogestión el apoyo de las sociedades científicas, por encima de la influencia

de los colegios profesionales (53,1%), y de los sindicatos (39,7%).

Un 62,7% prefería que los CAG dependieran de la Administración, el 31,5% de sociedades de profesionales y un 4,9% de empresas públicas, mientras que un 0,9% apoyaría su dependencia de empresas privadas. El 78,4% optaría por el pilotaje como fórmula de puesta en marcha de estos proyectos.

Con relación a las actitudes de los entrevistados, como puede apreciarse en la figura 2, el 56,9% estaría dispuesto a incorporarse a un CAG. En cambio, su opinión sobre la disposición de su equipo de AP para convertirse en un CAG era menor (26,1%), pero un 55,1% confiaban en la capacidad de otros centros de AP del Área de Mallorca para lograr ser un CAG. Respecto a la disposición a correr riesgo económico, un 39% no estaría dispuesto a asumir ningún riesgo, un

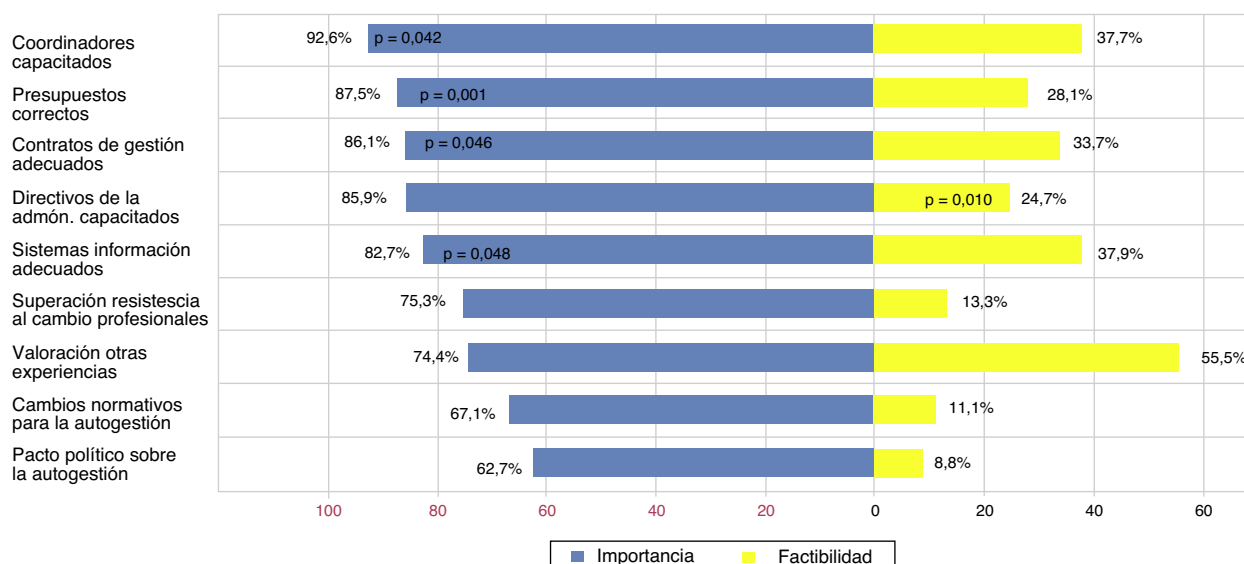


Figura 1 Requisitos de un centro con autonomía de gestión. Valoración comparativa de su importancia y de su factibilidad (n = 433)*.

p: diferencias en la valoración por estamentos según la prueba de chi cuadrado.

*Número de respuestas válidas a efectos de evaluación. Porcentaje de encuestados que atribuyen una importancia o factibilidad alta (puntuación ≥ 4 en la escala de Likert) al requisito correspondiente.

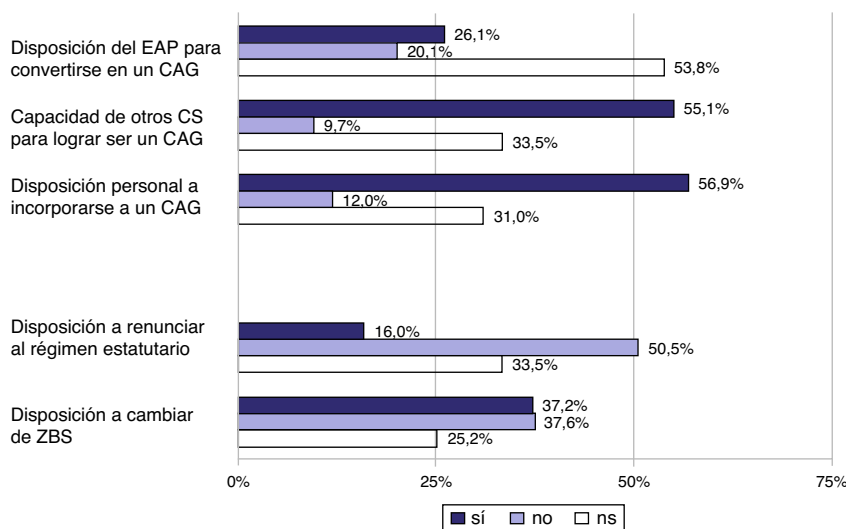


Figura 2 Interés y disposición de los profesionales para incorporarse a un centro con autonomía de gestión (n = 432)*.

ns: no sabe.

CAG: centro con autonomía de gestión; CS: centro de salud; EAP: equipo de atención primaria; ZBS: zona básica de salud.

*Número de respuestas válidas a efectos de evaluación.

33,6% aceptaría una variabilidad de sus ingresos de hasta el $\pm 10\%$, un 19% hasta el $\pm 20\%$, el 4,7% hasta el $\pm 30\%$, y solo el 3,7% aceptaría una variabilidad mayor al $\pm 30\%$, predominando en este último grupo los médicos sobre las enfermeras y administrativos (médicos 4,3%, enfermeras 3,8%, administrativos 0%; p = 0,002).

Discusión

Este estudio ha permitido conocer, por primera vez, la opinión y la actitud de los profesionales de AP de Mallorca sobre diversos aspectos de la autonomía de gestión, información que puede contribuir a planificar con una mayor

racionalidad la eventual puesta en marcha de centros de salud de este tipo.

El escaso nivel de conocimientos sobre la autogestión coincide con estudios que señalan que «únicamente la tercera parte de los profesionales conoce alguna de las nuevas fórmulas de gestión»¹⁹. Estos datos sugieren que uno de los primeros pasos sería incrementar la información y los conocimientos de los profesionales sobre el tema, como paso previo para poder efectuar un análisis crítico más fundamentado. Asimismo, no es de extrañar que los encuestados destaquen entre las principales competencias de un CAG la posibilidad de organizarse de forma autónoma y la mayor capacidad para la selección y gestión de los profesionales del centro, ya que ambas, además de constituir 2 rasgos básicos de los CAG, se han asociado con unos resultados satisfactorios para los profesionales y los usuarios^{8,9}.

Los participantes señalan un escenario de futuros CAG, eficientes, de alta calidad, con una gran motivación de sus integrantes, y con mayores facilidades para el desarrollo profesional y para la investigación, características que se han relacionado con la obtención de una mejor atención y satisfacción del profesional y del ciudadano^{4,8,9}. Respecto a la consecución de la eficiencia, otros autores la han considerado como una meta ineludible y como un compromiso ético con la sociedad, que adquiere una especial relevancia en las situaciones de crisis¹⁹.

La repercusión positiva de la autonomía de gestión, señalada por los participantes, tanto para los profesionales como para la AP de Mallorca en general, es congruente con las recomendaciones que la proponen como un elemento de mejora relevante para la AP^{3-5,7,17}. No obstante, la valoración de los encuestados de un mayor beneficio de la autonomía para los médicos debe ser tenida en cuenta, ya que un impacto percibido como muy selectivo y específico para un colectivo podría crear tensiones internas en el equipo y dificultar el éxito del proyecto.

La capacidad de liderazgo y de decisión de los directores de los centros es destacada por los encuestados como el requisito de mayor importancia para los CAG. En cambio, en la actualidad, los coordinadores de los centros de salud tradicionales tienen una capacidad muy limitada en estos aspectos^{15,20}, que contrasta con el amplio margen de maniobra de los directivos de los CAG^{9,19}. En este sentido, el 35,7% de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca que, en el año 2009, se consideraban capacitados para liderar un proyecto de autogestión¹⁵, si bien es bajo en números absolutos, podría ser suficiente para iniciar proyectos de este tipo en nuestra isla.

Asimismo, como indican los participantes, es bien conocida la trascendencia, para el buen funcionamiento de cualquier centro, de disponer de unos instrumentos de gestión (sistemas de información, contratos...) adecuados²¹, que también son necesarios para conocer la realidad de los CAG y, en especial, para garantizar la transparencia y credibilidad²²⁻²⁴.

El hecho de que la mayoría de los encuestados prefiriese que los CAG dependieran de la Administración contrasta con la opinión de más de dos tercios de los profesionales de AP participantes en otro estudio³, que eran partidarios de la creación de sociedades autónomas de profesionales. Tal vez la baja inclinación de los encuestados por otras fórmulas de gestión ajenas a la Administración podría estar condicionada en nuestro caso por el bajo nivel de conocimientos sobre autogestión señalado y por la carencia de una experiencia local de CAG, que podrían inducir a optar por la fórmula más conocida de dependencia de la Administración Pública.

La predisposición personal mayoritaria a incorporarse a un CAG es coherente con otras investigaciones que indican que el 82,9% de los profesionales se muestran a favor de la autonomía de gestión¹⁹. En este ámbito, llama la atención el contraste entre la predisposición personal a incorporarse a un CAG y la percepción de una muy baja (26,1%) disposición de su equipo (según los encuestados) para constituirse en un centro de este tipo; en cambio, como aspecto positivo, confían en las posibilidades de otros centros de la isla para convertirse en CAG. Otras actitudes más conservadoras de los encuestados (escasa disposición a renunciar al régimen estatutario y a correr un riesgo económico, y preferencia por la dependencia de los centros de la Administración) se contraponen con los criterios de que la autonomía de gestión implica una transferencia de responsabilidades a los profesionales y la asunción de un riesgo económico ante una trayectoria deficiente, y también discrepan de las recomendaciones que aconsejan abandonar el derecho público en materia de RR. HH. y fomentar la contratación laboral^{4,23-26}.

En cuanto a las limitaciones del estudio, si bien la tasa de respuesta (49,8%) se sitúa en el rango habitualmente señalado para los cuestionarios *online*¹⁸, en términos absolutos es baja y, por tanto, no podemos descartar la hipótesis de que hayan participado, en mayor medida, los profesionales más sensibilizados y motivados por la autogestión. Asimismo, debemos tener en cuenta que la representación de los colectivos de enfermería y de administración es baja respecto a la de los médicos. Por otra parte, al basarnos en la autodeclaración de los entrevistados, el abordaje de la autogestión podría condicionar ciertas respuestas en el sentido de tender a exagerar las opciones de respuesta consideradas como teóricamente ideales y, por contra, a minimizar las opciones menos aceptables (fenómeno de ocultación o *nondisclosure*). La respuesta individual, la garantía de explotación no personalizada de los datos y del anonimato del declarante en la encuesta contrarrestaría en parte esta posibilidad. Por último, como sucede en todos los estudios de este tipo, debemos ser prudentes a la hora de extrapolar las conclusiones a otros entornos de gestión.

Lo conocido sobre el tema

- La autogestión se ha propuesto como una de las posibles vías de mejora de la Atención Primaria, ya que un mayor margen de autonomía para los profesionales en la toma de decisiones clínicas y de gestión se ha asociado con una atención eficiente, de calidad y satisfactoria, tanto para el profesional como para el ciudadano.
- Aunque existen distintas experiencias y evaluaciones de centros de Atención Primaria con una amplia autonomía de gestión, no se ha producido una expansión significativa de este tipo de centros.
- Como paso previo para promover la participación de los profesionales en cualquier iniciativa tendente a obtener una gestión más autónoma en Atención Primaria, es imprescindible conocer en profundidad su posicionamiento sobre ella.

Qué aporta este estudio

- Las competencias más importantes de un centro de Atención Primaria con autonomía de gestión, según los encuestados, son: la capacidad de organización interna del centro (87,5%) y la de selección del personal (81,1%).
- Los principales requisitos de estos centros son disponer de directores capacitados (92,6%) y contar con sistemas de asignación presupuestaria (87,5%) y contratos de gestión adecuados (86,1%).
- El 10,9% de los encuestados mostró un nivel de conocimientos sobre autogestión alto, confiaban en los profesionales como principal dinamizador de este tipo de experiencias (93,8%), preferían que los centros con autonomía de gestión dependieran de la Administración (62,7%) y tenían un interés personal en incorporarse a este tipo de centros (56,9%), pero sin asumir excesivos compromisos (renuncia al régimen estatutario, riesgo económico).

Conclusiones

La información obtenida, hasta ahora no disponible, sobre la opinión y la actitud de los profesionales respecto a la autonomía de gestión, puede ser muy útil para contribuir a una implantación racional y participativa de centros de este tipo en nuestra isla. Parece prudente considerar la baja factibilidad, señalada por los encuestados, para conseguir la mayoría de los requisitos de un CAG y, en consecuencia, centrar las actuaciones inicialmente en aquellos más importantes y más factibles. También conviene evitar la percepción excesivamente diferenciada del impacto de la autogestión sobre los diversos estamentos, ya que una percepción selectiva de los diversos beneficios de la autogestión para una colectivo puede favorecer el desinterés e incluso la oposición de los menos favorecidos. Asimismo, es de especial trascendencia el conocimiento aportado sobre aquellos

aspectos que pueden constituir un obstáculo o, por contra, de los que puedan favorecer el desarrollo de un CAG, y el posicionamiento de los profesionales frente a los compromisos, renuncias y riesgos que una adhesión a este tipo de proyectos pudiera implicar.

Financiación

Parte de esta investigación se ha beneficiado de las «Ayudas para Proyectos de Investigación Clínica y Epidemiológica del Servei de Salut de les Illes Balears 2010», y de las «Ayudas Isabel Fernández 2010 para la realización de tesis doctorales en materia de Medicina de Familia y Comunitaria de la semFYC».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los profesionales que han participado en el estudio, y a la Gerencia de Atención Primaria por autorizar el uso del correo corporativo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2014.04.002](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.002).

Bibliografía

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
2. Saltman A, Rico A, Boerma W, (eds). Primary health care in the driver's seat? Organisational Reform in European PHC. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. Maidenhead: Open University Press; 2006.
3. Artells JJ, Andrés J. Perfil actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión.* 1999;5 Supl 1:1-124.
4. Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SES-PAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):57-62.
5. Proyecto AP21-Informe 2012. Estrategias en Atención Primaria para el siglo XXI. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Informe de seguimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
6. Tamborero G, Pomar J, Pareja A, Fuster J. Descentralización de la gestión y motivación profesional. *Cuadernos de Gestión.* 1996;2:177.
7. Chacón J, Jurado J, Martín G, Robledo M, Sáez FJ. Autogestión en la Atención Primaria española. Madrid: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGE); 2008.
8. Coll JM, Tamborero G. Equipos de Atención Primaria autogestionados, ¿utopía o visión de futuro? *AMF.* 2014;10:12-9.
9. Ledesma A, Iruela A. Las entidades de base asociativa (EBA): una alternativa a la gestión pública en la provisión de servicios de salud. *Sedisa siglo XXI,* 2013; n.º 32 [consultado 10 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article402>

10. Anguita A, Ortiz J, Sitjar S, Sisó A, Menacho I, Sebastián L. Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria. *Semergen*. 2012;38:79-86.
11. Villarías AL, Díaz CA, Prieto M, Suárez R, Mola P, Navia JM. Unidades de gestión clínica en Atención Primaria. Calidad y eficiencia como motor de cambio. En: Premios Profesor Barea a la Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 9.ª ed. 2011. Madrid: Fundación Signo; 2012. pp. 13-27 [consultado el 12 Ene 2014]. Disponible en: www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/PPB01.pdf
12. Ponsá JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Oliver M, et al. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 2003;37:33-9.
13. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/09.
14. Tamborero G, editor. Bases estratégicas del modelo de autogestión del Centro de Salud de Son Pisà. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Mallorca; Insalud Balears:2000.
15. Tamborero G, Gómez A, García A, Miguélez A, Canet R, Esteva M. Autonomía clínica y de gestión, percepción de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:569-81.
16. Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J, Tamborero G. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. *Aten Primaria*. 1997;19:301-6.
17. Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria*. 2005;35:37-42.
18. Dykema J, Jones NR, Piché T, Stevenson J. Surveying clinicians by web: Current issues in design and administration. *Eval Health Prof*. 2013;36:352-81.
19. Cantero JI, Zarco J. Análisis sobre la situación de los médicos de familia en España. Análisis sobre recursos asistenciales, condiciones de trabajo, organización y motivación profesional. Madrid: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen); 2011.
20. Gené J. Gestión de la atención primaria de salud. En: Navarro V, Martín-Zurro A, Violán C, editores. *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: IDIAP Jordi Gol-SemFYC; 2009.
21. Fina F, Méndez L, Medina M. Un modelo de información para los equipos de Atención Primaria. En: Casajuana J, editor. *Gestión del día en el EAP*. Barcelona: SEMFYC; 2007. p. 495-515.
22. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en Sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit*. 2011;25:333-8.
23. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.
24. Meneu R, Peiró S. La refundación de la atención primaria. Vistas desde la platea. En: Casajuana J, Gervas J, editores. *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 175-94.
25. Peiró M, Barrubés J. Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:651-5.
26. Sellarès J. Autogestión en atención primaria. Cuando el médico decide. *Medical Economics*. 2007;4:18-23.