

ORIGINAL

AUTONOMIA CLÍNICA Y DE GESTIÓN. PERCEPCIÓN DE LOS COORDINADORES DE LOS CENTROS DE SALUD DE MALLORCA (*)

Gaspar Tamborero Cao (1), Amalia Gómez Nadal (1), Atanasio García Pineda (1), Angélica Miguélez Chamorro (1), Rosa Canet Martorell (1) y Magdalena Esteva Cantó (2).

(1) Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ib-Salut. Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears.

(2) Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ib-Salut. Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears.

Los autores no declaran conflictos de intereses.

(*) 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" (DGAVAL_PI_007/10) y de las "Ayudas Isabel Fernández 2010 para la realización de Tesis Doctorales en materia de Medicina de Familia y Comunitaria de la semFYC".

RESUMEN

Fundamento: la autogestión se ha relacionado con un incremento de la eficiencia y de la satisfacción profesional. Ante cualquier cambio tendente a una gestión más autónoma es trascendente conocer el posicionamiento de sus profesionales y directivos. El objetivo del trabajo es conocer la importancia atribuida por los coordinadores de los centros de salud (CS) a la autonomía clínica y de gestión, así como su capacidad de decisión y sus expectativas sobre la factibilidad de implantar un proyecto de gestión autónoma.

Métodos: Diseño: Descriptivo transversal, aplicación de cuestionario. Emplazamiento: Atención Primaria, año 2009. Participantes: Todos los coordinadores de los CS de Mallorca (47). Intervenciones y mediciones principales: 27 preguntas que exploran la opinión del coordinador sobre la importancia de los componentes de la autogestión, su capacidad de intervención actual, la propensión/aversión al riesgo, la capacidad de liderazgo, y la factibilidad de un proyecto de autogestión.

Resultados: Tasa respuestas: 42/47 (89,4%). 42 (100%) atribuyeron la máxima importancia a la gestión de los recursos humanos, 41 (97,6%) a la gestión de la demanda y 40 (95,2%) a la gestión de las listas de espera. 15 (35,7%) asumirían un riesgo financiero, 14 (33,3%) se consideraban capacitados y 18 (42,9%) se mostraban dispuestos a liderar un proceso de autogestión. 14 (33,3%) pensaban que los profesionales de su equipo no estarían interesados en un proceso de autogestión y 29 (69%) creían que otros CS de Mallorca podrían desarrollarlo.

Conclusiones: Los coordinadores encuestados manifestaron disponer de una limitada capacidad de decisión sobre los componentes de la autogestión, ser aversos al riesgo y presentar una escasa capacidad y disposición para liderar proyectos de autogestión.

Palabras clave: Autonomía profesional, atención primaria de salud, centros de salud, cuestionarios.

Gaspar Tamborero
Centro de Salud del Coll d'en Rebassa
C/ Vicente Tofiño 34
07007 - Palma de Mallorca (Illes Balears)
Teléfono: 971266115
gtamborero@terra.es

ABSTRACT

Clinical and Managerial Autonomy. Perception of the Coordinators of the Health Centers in Mallorca, Spain

Background: The self-management has been linked with increased efficiency and job satisfaction. Before any changes aimed at a more autonomous management is important to know the position of professionals and managers. Objective: To assess the importance attached by the coordinators of the health centers (HC) to the clinical and managerial autonomy, knowing their decision making capacity and their expectations about the feasibility of implementing a project of self-management.

Methods: Design: cross-sectional study, application questionnaire. Location: Primary Care, 2009. Participants: All the coordinators of the HC of Mallorca (N = 47). Interventions and Measurements: 27 questions that explore the coordinator's opinion about the importance of the components of the self-management, its ability to present intervention, the propensity / aversion to risk, leadership, and the feasibility of a self-management.

Results: response rate: 42/47 (89,4%). 42 (100%) attaches the highest importance to the management of human resources, 41 (97,6%) to demand management and 40 (95,2%) to the management of waiting lists. 15 (35,7%) would take a financial risk, 14 (33,3%) were considered trained and 18 (42,9%) were willing to lead a process of self-management. 14 (33,3%) thought that the professionals in your team would not be interested in a process of self-management and 29 (69%) believed that others could develop HC of Mallorca.

Conclusions: The respondents were coordinators have a limited ability to decide on the components of the self-management, being risk averse and make a little leadership ability and willingness to self-management projects.

Key words: Professional autonomy, primary health care, health centers, questionnaires

INTRODUCCIÓN

Existe suficiente evidencia de que los sistemas de salud que pivotan alrededor de la atención primaria (AP) obtienen mejores resultados en salud, a un coste menor y con mayor satisfacción de la población^{1,2}. Sin embargo, la AP desde hace años presenta importantes problemas de diverso tipo (financieros, organizativos, de identidad...) que la han conducido a una marcada crisis^{3,4}.

Entre las múltiples propuestas para superar parte de esta situación por su especial interés y reiteración destacan las que pretenden obtener un mayor margen de autonomía en la toma de decisiones clínicas y de gestión por parte de los profesionales. Alcanzar esta meta, además de incrementar la satisfacción profesional, se ha considerado como uno de los elementos relevantes para la mejora de la AP⁵⁻⁹.

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”¹⁰.

A pesar de que existen algunos centros de AP que disponen de una amplia autonomía de gestión (entidades de base asociativa, unidades de gestión clínica, grupos de autogestión de profesionales incentivados...) ^{8,11-17}, no existe ninguno que disponga de una evaluación definitiva y suficientemente convincente que permita optar con racionalidad por alguno de ellos para constituir un modelo a imitar.

Si nos centramos en Baleares, la AP se rige por una organización centralizada y apenas se ha producido alguna experiencia frustrada orientada hacia la autogestión^{18,19}. No obstante, algunos equipos directivos han com-

partido la necesidad de conseguir un incremento de la capacidad de gestión por parte de los profesionales. Prueba de ello han sido algunas iniciativas sobre autonomía de gestión desarrolladas a lo largo de estos últimos años (encuesta a directivos de AP, actividades formativas y de difusión, plan de profesionalización de los directivos...).

En definitiva, si bien la mayor autonomía clínica y de gestión de los profesionales cuenta con un amplio aval teórico, los problemas surgen a la hora de concretar el modelo operativo que debe tomar un centro de AP autogestionado en un entorno asistencial real. No parece razonable rechazar de forma prematura la autogestión, pero antes de implantar cualquier cambio tendente a una gestión más autónoma de la AP es imprescindible conocer en profundidad el posicionamiento tanto de sus profesionales como de sus directivos, así como considerar aquellos elementos que pueden favorecer o condicionar negativamente su implantación con éxito^{8,9,20,21}.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer la percepción e importancia que tiene para los coordinadores de los centros de salud de Mallorca la autonomía de gestión y sus componentes.
2. Valorar la capacidad de decisión actual de los coordinadores sobre los principales componentes de la autogestión.
3. Identificar la opinión de los coordinadores sobre la factibilidad de implantar un proyecto de gestión autónoma en nuestro medio.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para sustentar esta investigación y alcanzar los anteriores objetivos optamos por realizar un estudio descriptivo transversal basado en la aplicación de un cuestionario *ad hoc* a los coordinadores de los centros de salud de Mallorca. La investigación se desarrolló

durante el segundo semestre de 2009. Los sujetos de estudio fueron la totalidad de los coordinadores de los centros de salud de la isla (45) y los directores del Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD) y del Servicio de Urgencias de AP (SUAP), que proporcionan cobertura asistencial a los 862.397 habitantes de Mallorca.

Como instrumento principal de investigación utilizamos un cuestionario autocumplimentable de elaboración propia, basado en la revisión de la literatura específica y en la aportación de un grupo de expertos. Para su elaboración, se identificaron las dimensiones a medir, se elaboraron los ítems iniciales y se verificó su validez y fiabilidad. La validación de contenido se realizó, de forma secuencial, mediante la revisión del cuestionario inicial por parte del grupo de investigadores, el análisis crítico por un grupo de expertos y, por último, una prueba piloto para verificar la validez de contenido desde la perspectiva de la adecuada comprensión por parte de los sujetos objeto de estudio. Asimismo, se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna mediante el método del coeficiente alfa de Cronbach (coeficiente=0,72) y por el método de la dos mitades (coeficiente de consistencia interna=0,75). Para determinar la reproductibilidad o fiabilidad test-retest se administró el cuestionario en dos ocasiones, separadas por un intervalo de 3 semanas, a una muestra de los sujetos que intervinieron en el pilotaje (coeficiente de correlación = 0,82).

Además de diversos datos personales y profesionales, el cuestionario se centró en valorar la percepción, el posicionamiento y las perspectivas de los coordinadores sobre la autogestión. El cuestionario constó de 27 preguntas (anexo 1). Para 15 de ellas se proponían dos tipos de respuestas: a) la importancia subjetiva, según el coordinador, del tema abordado en la pregunta, con una escala de respuestas ordinal tipo Likert, con 5 opciones desde “extraordinariamente importante” hasta “importancia nula”, y b) la capaci-

dad de gestión actual del coordinador, valorada mediante una escala similar, que iba desde “máxima” hasta “nula”. En las restantes 12 preguntas, las opciones de respuesta fueron dicotómicas, o bien, ofrecieron varias opciones nominales de respuesta. El cuestionario fue pilotado en una muestra de profesionales para valorar la duración de la cumplimentación, la comprensión de las preguntas y la carencia de ambigüedad. Tras este análisis, y una vez modificado el cuestionario, se efectuó una prueba test-retest. Los cuestionarios fueron confidenciales, sin información nominal y se enviaron por correo interno a cada coordinador.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas (medidas de tendencia central, de dispersión y frecuencias absolutas y relativas). Se estudió la distribución de normalidad mediante un test de Kolmogorov-Smirnov. Se realizó un análisis bivariante en aquellos casos en que se consideró más relevante para los objetivos del estudio (años de desempeño como coordinador y pertenencia al ámbito urbano/rural, vs importancia y capacidad de gestión, y factibilidad de implantar un proyecto de autogestión). Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se efectuó con la ayuda del programa informático SPSS versión 15.

RESULTADOS

Se recibieron 42 cuestionarios de los 47 posibles, por lo que la tasa de respuesta fue del 89,4 %. Los coordinadores encuestados habían desempeñado este cargo una media de 6 años (rango 1-17; mediana 5), 21 (50%) dirigía centros urbanos y los restantes ejercían en el medio rural.

La tabla 1 recoge los resultados relacionados con la importancia subjetiva dada por el coordinador a cada ítem explorado. Los 42 (100%) encuestados consideraron que la

Tabla 1
Importancia dada por los encuestados a cada uno de los ítems relacionados con la autogestión

Ítem	Importancia n (%)					
	Extraordinaria	Mucha	Media	Poca	Nula	Extraordinaria + Mucha
Margen de maniobra para negociar con instituciones privadas de la zona	3 (7,3)	24 (58,5)	10 (24,2)	4 (9,8)	0 (0,0)	27 (65,9)
Capacidad de gestión sobre listas de espera de Atención Especializada	15 (35,7)	25 (59,5)	1 (2,4)	1 (2,4)	0 (0,0)	40 (95,2)
Capacidad de gestión de los RR.HH.	20 (47,6)	22 (52,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	42 (100)
Capacidad de gestión del presupuesto	12 (28,6)	24 (57,1)	5 (11,9)	1 (2,4)	0 (0,0)	36 (85,7)
Capacidad de generación de ingresos propios	6 (14,3)	17 (40,5)	16 (38,1)	1 (2,4)	2 (4,8)	23 (54,8)
Capacidad para cambiar roles de profesionales de enfermería	14 (33,3)	26 (61,9)	2 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	40 (95,2)
Capacidad para cambiar roles de los administrativos	19 (42,9)	15 (35,7)	8 (19,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	34 (81,0)
Capacidad para cambiar roles de los médicos	18 (42,9)	18 (42,9)	6 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	36 (85,7)
Implantación de gestión compartida de patologías	10 (23,8)	25 (59,5)	5 (11,9)	2 (4,8)	0 (0,0)	35 (83,3)
Capacidad de gestión interna de la demanda	14 (33,3)	27 (64,3)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (97,6)
Conciliación vida personal y profesional	8 (19,0)	27 (64,3)	6 (14,3)	0 (0,0)	1 (2,4)	35 (83,3)
Capacidad de gestión de los incentivos	5 (11,9)	29 (69,0)	5 (11,9)	3 (7,1)	0 (0,0)	34 (81,0)
Importancia profesionalización de los directivos	12 (28,6)	23 (54,8)	6 (14,3)	1 (2,4)	0 (0,0)	35 (83,3)
Colaboración y cooperación entre CS (alianzas estratégicas)	4 (9,8)	23 (56,1)	12 (29,3)	2 (4,9)	0 (0,0)	27 (65,9)
Importancia de la capacidad de la toma autónoma de decisiones (clínicas y de gestión)	13 (31,0)	27 (64,3)	2 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	40 (95,2)

gestión de los recursos humanos tenía mucha o una extraordinaria importancia. También otorgaban una gran importancia (medida con las mismas unidades) a: la gestión interna de la demanda (41; 97,6%), la autonomía en la toma decisiones clínicas y de gestión (40; 95,2%) y la gestión de la lista de espera (40; 95,2%). En cambio, los dos ítems a los que dieron una importancia menor fueron la colaboración entre centros de salud (27; 65,9%) y la posibilidad de generación de ingresos propios (23; 54,8%).

En la tabla 2 figuran los resultados referidos a la percepción de la capacidad de gestión actual de los coordinadores, mientras que en la figura 1 se aprecia la capacidad de gestión del coordinador en relación con la importancia atribuida al ítem presupuesto.

En cuanto a las preguntas relacionadas con la implicación y la capacitación de los coordinadores, observamos que 15 (35,7%) estarían dispuestos a asumir un riesgo financiero razonable en un entorno con mayor capacidad de gestión, únicamente 14 (33,3%) consideraban que estaban capacitados para liderar un proceso de autogestión, y 18 (42,9%) afirmaban que estarían dispuestos a liderarlo; 14 (33,3%)

encuestados creían que los profesionales que componen su equipo de AP no estarían interesados en participar en un proceso de autogestión. En cambio, 29 (69%) opinaban que otros centros de salud de Mallorca estarían en condiciones de desarrollar con éxito un proyecto de este tipo. En un entorno con mayor autonomía, 27 (64,3%) coordinadores aceptarían ampliar las prestaciones del centro de salud y competir con el hospital (tabla 3).

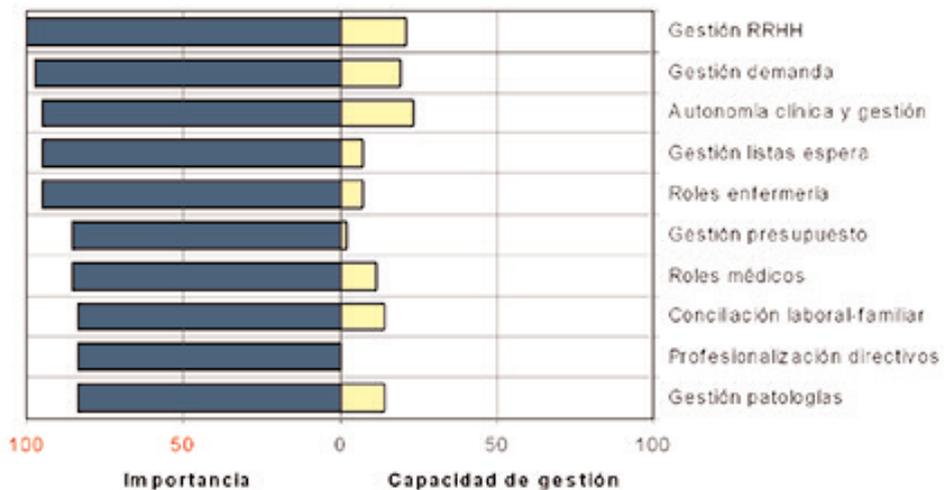
Por otra parte, 28 (66,6%) encuestados creían que la Gerencia de AP era la institución competente para liderar el proceso de autogestión, 9 (21,4%) opinaban que esta competencia correspondía al Servicio de Salud y 3 (7,1%) pensaban que la entidad responsable debía ser la Consejería de Salud.

Al relacionar los años de desempeño de la coordinación con las variables que exploran la importancia o la capacidad de gestión, sólo encontramos diferencias significativas entre los años de coordinación y la importancia dada a tener margen de maniobra para negociar con entidades privadas (mediana de 8,5 años, rango intercuartil (RI=1-1), en los que responden poca

Tabla 2
Capacidad actual de decisión sobre cada uno de los ítems relacionados con la autogestión, según los coordinadores

Ítem	Capacidad de gestión n (%)					
	Máxima	Bastante	Media	Insuficiente	Nula	Máxima + Bastante
Margen de maniobra para negociar con instituciones privadas de la zona	0 (0,0)	4 (9,5)	10 (23,8)	16 (38,1)	12 (28,6)	4 (9,5)
Capacidad de gestión sobre listas de espera de Atención Especializada	1 (2,4)	2 (4,8)	4 (9,5)	20 (47,6)	15 (35,7)	3 (7,1)
Capacidad de gestión de los RR HH	1 (2,4)	8 (19,0)	6 (14,3)	21 (50,0)	6 (14,3)	9 (21,4)
Capacidad de gestión del presupuesto	0 (0,0)	1 (2,4)	2 (4,8)	19 (45,2)	20 (47,6)	1 (2,4)
Capacidad de generación de ingresos propios	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (9,5)	15 (35,7)	23 (54,8)	0 (0,0)
Capacidad para cambiar roles de profesionales de enfermería	0 (0,0)	3 (7,1)	11 (26,2)	20 (47,6)	8 (19,0)	3 (7,1)
Capacidad para cambiar roles de los administrativos	1 (2,4)	3 (7,1)	16 (38,1)	18 (42,9)	4 (9,5)	4 (9,5)
Capacidad para cambiar roles de los médicos	0 (0,0)	5 (11,9)	12 (28,6)	20 (47,6)	5 (11,9)	5 (11,9)
Implantación de gestión compartida de patologías	2 (4,8)	4 (9,5)	12 (28,6)	19 (45,2)	5 (11,9)	6 (14,3)
Capacidad de gestión interna de la demanda	2 (4,8)	6 (14,3)	12 (28,6)	18 (42,9)	4 (9,5)	8 (19,0)
Conciliación vida personal y profesional	1 (2,4)	5 (11,9)	11 (26,2)	15 (35,7)	10 (23,8)	6 (14,3)
Capacidad de gestión de los incentivos	0 (0,0)	3 (7,1)	12 (28,6)	20 (47,6)	7 (16,7)	3 (7,1)
Colaboración y cooperación entre CS (alianzas estratégicas)	0 (0,0)	2 (4,9)	3 (7,3)	14 (34,1)	22 (53,7)	2 (4,8)
Importancia de la capacidad de la toma autónoma de decisiones (clínicas y de gestión)	0 (0,0)	1 (2,4)	2 (4,8)	5 (11,9)	24 (57,1)	10 (23,8)

Figura 1
Importancia dada a cada ítem vs. capacidad de gestión sobre el mismo *



* N = 42. Escala de medida

- Importancia: suma de respuestas "mucho importancia + extraordinaria importancia", expresada en %.

- Capacidad de gestión: suma de respuestas "máxima + bastante capacidad de gestión", expresada en %.

Tabla 3
Posicionamiento de los coordinadores sobre otros aspectos de la autogestión

Ítem	n (%)		
	Si	No	No lo tengo claro
Disposición a correr riesgo financiero	15 (35,7)	8 (19,0)	19 (45,2)
Disposición a renunciar al regimen estatutario	6 (14,3)	21 (50,0)	15 (35,7)
Capacidad propia para liderar un proyecto de autogestión	14 (33,3)	11 (26,2)	17 (40,5)
Disposición a liderar el proyecto	18 (42,9)	7 (16,7)	17 (40,5)
Interés del equipo por el proyecto	7 (16,7)	14 (33,3)	21 (50,0)
Capacidad de otros centros para desarrollar el proyecto	29 (69,0)	2 (4,8)	11 (26,2)
Disposición a ampliar servicios y a competir con el hospital	27 (64,3)	3 (7,1)	12 (28,6)
Capacidad de liderazgo de la Gerencia de AP	12 (28,6)	10 (23,8)	20 (47,6)

o nula vs. 4 años (RI= 0-15), $p=0,017$, en los que afirman que tiene gran importancia). Asimismo, los coordinadores con menos años en la dirección, consideraban en mayor medida que otros centros estaban capacitados para llevar a cabo un proyecto de autogestión (mediana de 4 años (RI=0-15) vs 8 años (RI=2-17) $P<0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente ($p<0,05$) significativas para las variables del estudio en función de si el coordinador pertenecía a un centro urbano o rural.

DISCUSIÓN

Este estudio nos ha permitido conocer por primera vez, de una manera formal, la opinión de los coordinadores de los centros de salud de Mallorca sobre diversos aspectos relacionados con la autonomía clínica y de gestión. Disponer de esta importante información supone un paso necesario, aunque no suficiente, para poder iniciar con ciertas garantías de éxito un proyecto tendente a una gestión más autónoma de nuestros centros.

Al valorar la relevancia de los diversos componentes de la autogestión, parece lógico que un 100% de los encuestados atribuya la máxima importancia a la gestión de los recursos humanos, ya que ésta es una actividad tradicional de la gestión de los coordinadores y es una de las primeras competencias que la administración sanita-

ria cede incluso en casos de descentralización poco avanzada²². Precisamente, un rasgo básico de los entornos autogestionados es disponer de una gran capacidad de selección y gestión autónoma de sus profesionales^{10,23}.

Tampoco sorprende la importancia adjudicada a la gestión de la demanda en el propio centro y a la gestión de las listas de espera, ya que ambas condicionan la imagen y la calidad aparente del centro, y la satisfacción de los usuarios^{24,25}. Si bien en nuestros centros existe un importante margen de mejora en la gestión interna de la demanda, se ha señalado^{18,23} que disponer de una mayor autonomía podría facilitar la orientación de los recursos humanos, instrumentales y tecnológicos, así como la organización del centro, hacia una gestión interna de la demanda más efectiva y satisfactoria. A este hecho contribuirían una mayor facilidad para la adaptación de los roles profesionales a determinadas demandas clínicas (por ejemplo, mayor participación de enfermería en la atención de las demandas urgentes o en el seguimiento de procesos crónicos), mayor facilidad para contar con especialistas consultores en el centro de atención primaria, o un acceso más ágil a pruebas complementarias y a interconsultas con especialistas hospitalarios (posibilidad de elección del proveedor de exploraciones complementarias y de atención hospitalaria), entre otras ventajas.

También consideran importante la modificación del rol de los profesionales de enfermería, tema objeto de debate²⁶. En este sentido, se ha criticado a las entidades de base asociativa (EBA) la escasez de profesionales de enfermería que suele incorporar y las pocas facilidades que les ofrece para desarrollar plenamente sus competencias^{27,28}.

Llama la atención la escasa importancia atribuida a los ítems relacionados con los aspectos económico-financieros (la capacidad de gestión del presupuesto aparece en 6º lugar y la generación de ingresos propios figura en el 11º lugar), ya que ambos son requisitos clave para permitir la viabilidad de un centro autogestionado, y tema objeto de crítica por las posibles perversiones e inequidades que su gestión inadecuada puede conllevar.

También es baja la importancia otorgada a dos aspectos que en la literatura se han relacionado de forma consistente con el clima laboral y con la satisfacción profesional, como son la gestión de los incentivos²⁹ y la conciliación de la vida familiar y laboral^{30,31}. Se ha señalado que la estructura descentralizada de la organización y la disponibilidad de horarios de trabajo flexibles, favorecen la satisfacción y la motivación de los profesionales sanitarios y, en cambio, la escasa conciliación de la vida familiar y laboral es un factor negativo^{32,33}, que incluso se ha vinculado con un incremento de las separaciones y divorcios³⁴. Asimismo, las dificultades para conciliar la vida profesional y familiar se agudizan en el caso de profesiones en las que la presencia de las mujeres es mayor, como sucede en el mundo sanitario³⁵. Es prácticamente unánime la importancia que atribuyen los coordinadores a la mayor autonomía clínica y de gestión. Este hecho concuerda con datos previos, obtenidos en nuestra isla, que indican que la descentralización de la gestión presentaba una gran capacidad motivacional, superior incluso a la de los

incentivos económicos^{7,29}. Otros estudios confirman la importancia de la autonomía de gestión como elemento trascendente en la práctica profesional de los médicos de AP^{36,37}. Aunque no es una condición imprescindible contar con una amplia autonomía clínica y de gestión para mejorar las decisiones clínicas tomadas por los profesionales de atención primaria, los centros más autónomos probablemente estén mejor situados para efectuar una toma de decisiones clínicas más efectiva y eficiente, especialmente en el proceso diagnóstico y de seguimiento clínico de los pacientes. Este hecho se fundamentaría, entre otros factores, en una mejor accesibilidad a las exploraciones complementarias y a la interconsulta con atención especializada.

En cuanto a las preguntas que exploran la capacidad actual de gestión por parte del coordinador, observamos que ésta en general se considera muy baja para todos los ítems. La capacidad de decisión sobre el personal, el presupuesto y los ingresos es escasa, hecho señalado por otros autores³⁸, y que contrasta con el importante margen de maniobra sobre estos aspectos que disponen los centros autogestionados, que pueden generar ingresos propios, seleccionar el personal y escoger el proveedor de atención especializada para minimizar las listas de espera.

Por otra parte, la disposición de los coordinadores para aceptar riesgos es escasa (sólo una tercera parte estaría dispuesto a asumir un riesgo financiero y más de la mitad no renunciarían al régimen estatutario). Estos datos contrastan con el concepto de autogestión avanzada, que implica la aceptación de riesgos ante una gestión deficiente^{10,39}. En este sentido, Artells et al. encuentran que un 94,4% de los profesionales entrevistados aceptarían que los resultados asistenciales pudieran repercutir en la retribución¹⁰ y, un trabajo reciente señala que un 75% de los médicos de familia están de acuerdo en que su sueldo pueda

tener una parte variable en función de los resultados de salud³⁷.

Parece una cifra razonable que un 64% de los encuestados estén dispuestos a innovar, ampliando prestaciones del centro de salud y compitiendo con el hospital. Si bien, esta actitud competitiva no siempre se considera como la mejor opción⁴⁰, en entornos descentralizados los profesionales tienden a incorporar nuevas actividades o servicios en el centro, que antes se limitaban al ámbito hospitalario^{10,41}. Así, los centros con una mayor autonomía, en parte por la mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y por un acceso más rápido a las pruebas complementarias, estarían en una mejor disposición para ofrecer servicios hasta ahora inexistentes o excepcionales en los centros tradicionales (salud bucodental completa a precio tasado, fisioterapia infantil o podología, por ejemplo), e incluso para proporcionar servicios que habitualmente se restringían al ámbito hospitalario (por ejemplo, seguimiento de la anticoagulación oral, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o cirugía menor), compitiendo con el hospital en términos de accesibilidad y eficiencia, y con una mayor satisfacción de los usuarios respecto a la alternativa de la prestación en el ámbito hospitalario.

Es preocupante que sólo un 35,7% de los coordinadores se considere capacitado para liderar un proyecto de autogestión y, también, el escaso interés que, según los coordinadores, tendrían los miembros de su equipo para incorporarse a una experiencia de este tipo. En cambio, en otro trabajo, más de dos tercios de los médicos de AP eran partidarios de la creación de sociedades autónomas de profesionales¹⁰. Por contra, existe una mayor confianza en la capacidad de otros centros de salud de la isla de desarrollar con éxito un proceso de autogestión. Así se podría formar un escenario con centros sin interés en avanzar hacia una mayor autonomía, y otros dispuestos a aceptar este reto. En este sentido, se ha advertido sobre los posibles problemas

derivados del distinto grado de implicación en un proyecto de autogestión en un mismo territorio, ya que podría producirse un progresivo alejamiento entre los centros más avanzados que opten por la autogestión y los más conservadores que prefieran mantener el statu quo⁴¹. Si bien, también se ha sugerido que antes de extender este tipo de iniciativas deberían ponerse en marcha de forma piloto, donde se den las condiciones óptimas y bajo un estricto control²⁸.

También es preocupante la percepción por parte de los encuestados de las limitaciones de la Gerencia de AP en la promoción de la autogestión, hecho que adquiere una mayor trascendencia si consideramos que los coordinadores le atribuyen la principal responsabilidad institucional en el liderazgo del proceso.

Al analizar los datos de nuestro estudio es conveniente considerar una serie de limitaciones. A pesar de que 42 encuestados supone un número relativamente escaso en términos absolutos, representa casi el 90 % de todos los coordinadores de los centros de Mallorca, por lo que sus opiniones son plenamente representativas de este colectivo. Por otra parte, como todo estudio basado en cuestionarios, el nuestro también pueden estar sujeto a posibles sesgos derivados del hecho de basarnos en la autodeclaración de los coordinadores y, por tanto, en una apreciación subjetiva personal. Esta subjetividad puede venir agravada por la imprecisión y amplia variabilidad que presenta la definición de los conceptos autonomía clínica y de gestión, y de sus componentes. No obstante, los coordinadores encuestados forman un grupo relativamente homogéneo y muchos de ellos han tenido oportunidad de participar a lo largo de los últimos años en diversas actividades formativas, reuniones de trabajo y proyectos previos relacionados con la temática objeto de estudio^{7,18,29} que favorecería un argot o lenguaje común compartido en nuestro entorno de gestión, que disminuiría la variabilidad en la interpretación de estos

conceptos. De forma adicional, los mecanismos de validación del cuestionario y el pilotaje previo, contribuirían a controlar la excesiva subjetividad en la interpretación de las preguntas. Asimismo, debemos considerar que el abordaje de una temática como la autogestión podría condicionar ciertas respuestas en el sentido de tender a exagerar las opciones de respuesta consideradas como teóricamente ideales o más deseables (sesgo de deseabilidad social) y, por contra, a minimizar la opción menos aceptable por el grupo incurriendo en este caso en infradeclaración (fenómeno de ocultación o nondisclosure). La respuesta individual, la garantía de explotación no personalizada de los datos y del anonimato del declarante en nuestra encuesta contrarrestarían en parte esta posibilidad. En cuanto a la validez externa, como sucede con todos los estudios de este tipo, debemos ser prudentes a la hora de extrapolar nuestras conclusiones a otros entornos. Por otra parte, la totalidad de los coordinadores son médicos, factor a tener en cuenta ya que teóricamente podría condicionar algunas respuestas en el sentido de sobrevalorar el rol de estos profesionales en un entorno autogestionado.

En conclusión, nuestros datos aportan una información trascendente, hasta ahora no disponible, sobre la importancia otorgada a los diferentes componentes de la autogestión y nos indica la percepción por parte de los coordinadores de una muy limitada capacidad de gestión sobre estos aspectos. Este hecho, junto a su aversión al riesgo, la escasa capacidad y disposición a liderar proyectos de autogestión, además de la poca confianza en el liderazgo de las instituciones sanitarias, nos aporta una información de extraordinaria importancia, que debe ayudarnos a dirigir las futuras líneas de acción si pretendemos progresar hacia una mayor autonomía profesional en nuestro medio.

AGRADECIMIENTOS

A los coordinadores de los centros de salud de Mallorca, del Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria (ESAD) y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) por su contribución a la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
2. Atun R. What are advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); 2004.
3. 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.
4. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria.* 2007;39:127-32.
5. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud («Informe Abril»). Informe y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.
6. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007.
7. Tamborero G, Pomar J, Pareja A, Fuster J. Descentralización de la gestión y motivación profesional. *Cuadernos de Gestión.* 1996;2:177.
8. 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 (SEMG); 2009.
9. Fraser J. Professional autonomy. Is it the future of general practice. *Aust Fam Physician.* 2006;35:353-5.
10. Artells JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión.* 1999;5:58-64.

11. 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.
12. Sellarés J. Entidades de base asociativa. En: *Modernización del Sistema Nacional de Salud: Gestión de la Atención Primaria. Programa de Modernización y Confianza en los Sistemas Sanitarios.* Barcelona: Fundación Josep Laporte; 2004.
13. Peris A, Brugués A. A new model for Primary Care Services Castelldefels Agents de Salut Atenció Primària (CASAP). Comunicación presentada en la European Annual Conference of Health Management Association (EHMA). Innsbruck (Austria), 2009 June 24-26. [Consultado el 2 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.ehma.org/files/Antoni%20Peris.pdf>
14. SESCAM. Proyecto de Descentralización en Atención Primaria. Toledo: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM); 2007.
15. Modelo de Autogestión en Atención Primaria. Hospital de Torrevieja. Valencia: Agencia Valenciana de Salud; 2010.
16. Dedeu T. Self-managed Primary Healthcare Centres. International Perspective. XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Barcelona, 25-27 noviembre 2009.
17. Marc del Model d'Autonomia de Gestió dels Equips d'Atenció Primària de l'ICS. Document de referència de desplegament del projecte. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009.
18. Tamborero G, editor. Bases estratégicas del modelo de autogestión del Centro de Salud de Son Pisà. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Insalud Balears; 2000.
19. Tamborero G y EAP de Son Pisà. Proyecto de autogestión del centro de salud de Son Pisà. En: XX Jornadas de Economía de la Salud. Palma de Mallorca. 3-5 mayo 2000. Palma de Mallorca: Asociación de Economía de la Salud (AES); 2000, págs. 303-12.
20. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum Resour Health.* 2006;4:20.
21. Kolehmainen-Aitken RL. Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Hum Resour Health.* 2004;2:5.
22. Arévalo C, Arnal R, Font M, Garrido A, Gómez T, Illana F, et al. La Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Reflexiones y propuestas de futuro. *Médicos de Familia.* 2001;3:5-22.
23. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, Ponsà JA, Zara C. 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.
24. Mancera J. Gestión de la demanda en atención primaria. *Semergen.* 2010;36:241-2.
25. Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 2005; 36:358-63.
26. Faria C. Nurse Practitioner Perceptions and Experiences of Interprofessional Collaboration with Physicians in Primary Health Care Settings. Kingston (Canada): Queen's University; 2009.
27. Gené J. Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. En: *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos?. Claves para un debate.* Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid: SEDAP;2010. p. 79-85.
28. Violán C. Nuevas formas de gestión en atención primaria. Nuevas propuestas de gestión, ¿por qué? *Aten Primaria.* 1999;24:123-6.
29. 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.
30. Goehringa C, Gallacchib MB, Künzic B, Bovierd P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005;135:101-8.
31. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E. The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study. *Stress Health.* 2011;27:73-87.
32. Adam S, Gyorffy Z, Susanszky E. Physician burnout in Hungary - A potential role for work-family conflict. *J Health Psychol.* 2008;13:847-56.

33. Montgomery AJ, Panagopolou E, Benos A: Work-family interference as a mediator between job demands and job burnout among doctors. *Stress Health*. 2006;22:203-12.
34. Artazcoz L, Escribá V, Cortes I. El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:71-8.
35. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Estudio sobre la conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas. Madrid: GPI Consultores; 2005.
36. Consensus Research Group. Report of findings: a cross country comparative study of physician autonomy; 2010. [Consultado el 2 de junio de 2011]. Disponible en: www.medlib.ch/documents/%20042011MedLibStudyDeck.pdf.
37. 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.
38. 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.
39. García I. El médico de familia en el Reino Unido. *La Sanidad en el Mundo (I)*. *Medical Economics*. 2010;137:18-23.
40. Gené J. ¿El hospital, debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? *Aten Primaria*. 1998;21:186-8.
41. Corrales A. Ventajas e inconvenientes de descentralizar la gestión en los equipos. *Aten Primaria*. 1996;17:547-8.

Anexo 1

Cuestionario

1. ¿Cuántos años hace que es coordinador/coordinadora del centro de salud?
2. Su centro de salud ¿es de ámbito rural o urbano?
3. ¿A qué sector pertenece su centro de salud?
4. Tener suficiente margen de maniobra para negociar y/o coordinarse con las instituciones privadas de la zona (farmacias, residencias, ópticas, podólogos...): ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
5. Disponer de suficiente capacidad para gestionar desde Atención Primaria las listas de espera para acceder a consultas de Atención Especializada y de exploraciones complementarias: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
6. Disponer de suficiente capacidad para gestionar de manera más autónoma los recursos humanos del centro de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
7. Disponer de una mayor capacidad para gestionar de manera más autónoma el presupuesto asignado al centro de salud (deslizamiento presupuestario entre capítulos, posibilidad de contratación autónoma de personal, autonomía financiera para mantenimiento, inversiones...): ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
8. Disponer de la capacidad para generar ingresos propios para el centro de salud (atención a terceros, servicios complementarios, venta de servicios a otros centros de salud...): ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
9. La revisión en profundidad y el cambio radical de los roles y de las competencias actuales de los profesionales de enfermería de los centros de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
10. La revisión en profundidad y el cambio radical de los roles y de las competencias actuales de los profesionales de admisión de los centros de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
11. La revisión en profundidad y el cambio radical de los roles y de las competencias actuales del personal médico de los centros de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
12. La implantación de la gestión compartida de patologías: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
13. La capacidad de gestión interna de la demanda orientada a conseguir una mejor atención al usuario: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
14. La flexibilidad en la dedicación y en la aportación de un profesional al centro de salud en función de sus intereses para conseguir una mejor conciliación de la vida profesional y la familiar (horarios reducidos y/o variables, cambios de turno, flexibilidad de la agenda de cada profesional, política de permisos...): ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
15. La capacidad de gestión autónoma de la política de incentivos (económicos y no económicos) destinados a los profesionales del centro de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?
16. A cambio de obtener un entorno con mayor capacidad y autonomía en la toma de decisiones clínicas y de gestión (autogestión), ¿estaría dispuesto a asumir un riesgo financiero razonablemente limitado con una vinculación de los ingresos económicos a la consecución de los objetivos?: sí, no, no lo tengo claro.
17. En un entorno de autogestión, ¿estaría dispuesto a renunciar al régimen estatutario?: sí, no, no lo tengo claro.
18. ¿Qué importancia considera que tiene la profesionalización de los directivos de los centros de salud?
19. ¿Considera que está capacitado para liderar un proceso de autogestión en su centro de salud?: sí, no, no lo tengo claro.
20. ¿Estaría dispuesto a liderar un proceso de autogestión en su centro de salud?: sí, no, no lo tengo claro.

21. ¿Considera que el equipo de profesionales del centro de salud estaría interesado en iniciar un proceso de autogestión?: sí, no, no lo tengo claro.

22. Con independencia de la situación en su centro de salud, ¿considera que otros centros de salud de Mallorca estarían capacitados para desarrollar con éxito un proceso de autogestión?: sí, no, no lo tengo claro.

23. En un entorno de mayor autonomía, ¿estaría dispuesto a ampliar servicios del centro de salud y a “competir” con el hospital para determinados servicios o prestaciones?: sí, no, no lo tengo claro.

24. La colaboración y cooperación entre centros de salud (holdings-alianzas estratégicas) en un entorno con mayor autonomía de gestión: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?

25. Considera que la Gerencia de Atención Primaria (GAP) es capaz actualmente de liderar un proceso de descentralización y autonomía de gestión para los centros de salud de Mallorca?: sí, no, no lo tengo claro.

26. ¿Qué organización cree que ha de liderar el proceso de descentralización y autonomía de gestión para los centros de salud de Mallorca?: Consejería de Salud, Servicio de Salud de las Illes Balears, Gerencia de Atención Primaria, otras (especificar).

27. Una amplia capacidad para la toma autónoma de decisiones clínicas y de gestión (autogestión) por parte de los profesionales y de los directivos de los centros de salud: ¿Qué importancia considera que tiene?, ¿cuál es su capacidad de gestión actual en este ámbito?

Para las preguntas comprendidas entre la 4 y la 15, la 24 y la 27, se proponían dos tipos de respuestas: a) la importancia subjetiva, según el coordinador, del tema abordado en la pregunta, con una escala de respuestas ordinal tipo Likert, con 5 opciones desde “extraordinariamente importante” hasta “importancia nula”, y b) la capacidad de gestión actual del coordinador, valorada mediante un escala similar, que iba desde “máxima” hasta “nula”.

La pregunta 18 disponía una escala de respuestas ordinal tipo Likert, con 5 opciones de respuesta que iban desde “extraordinariamente importante” hasta “importancia nula”.