

¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012

Albert Ledesma Castellort

Equip d'Assistència Primària Vic S.L.P., Vic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de febrero de 2011
Aceptado el 8 de noviembre de 2011
On-line el 11 de febrero de 2012

Palabras clave:

Autogestión
Autonomía de gestión
Gestión en atención primaria

Keywords:

Self-management
Management autonomy
Management in primary healthcare

R E S U M E N

Los países occidentales que disponen de una atención primaria fuerte vertebran los servicios de salud en torno a ella: trabajo en equipo, multidisciplinario, capacidad de gestión transferida a los equipos, puerta de entrada al sistema y amplia cartera de servicios. La relación contractual de los profesionales con el sistema público de salud es un instrumento útil para modular la eficiencia de los servicios y su capacidad para satisfacer las expectativas de ciudadanos y profesionales. Unos países optan por contratar directamente a los profesionales de forma individual o a través de entidades profesionales, sistema conocido como autogestión. Otros optan por la contratación de entidades públicas o privadas que a su vez contratan a los profesionales como asalariados. En estos últimos países aparece el concepto de descentralización de la gestión o autonomía de gestión. En España, sólo Cataluña ha hecho posible la contratación de entidades de profesionales para proveer servicios sanitarios públicos, mediante fórmulas mercantiles y por tanto en relación competitiva de mercado. Esta relación permite utilizar los mecanismos de gestión empresarial sin someterlos a los controles de la intervención del estado. Las otras fórmulas de gestión promovidas en España para evitar los controles de la intervención pública estatal, fundaciones o consorcios, no han conseguido este objetivo, excepto las de la Comunidad Valenciana y alguna de la Comunidad de Madrid.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Self management or managerial autonomy. SESPAS report, 2012

A B S T R A C T

Western countries with strong primary care systems organize their health services around this healthcare modality, which serves as a gateway to the system and is characterized by multidisciplinary teamwork, management transferred to the teams and a broad services portfolio. The contractual relationship between professionals and the public health system is a useful tool to modulate the efficiency of services and their ability to meet the expectations of citizens and professionals. Some countries choose to contract professionals directly, either individually or through a professional organization, an option known as a self-management system. Others opt to contract public or private entities, which in turn recruit health professionals as employees. In the latter countries, the concept of management decentralization and managerial autonomy has arisen. In Spain, only Catalonia has enabled professional entities to be hired to provide public health services, through commercial formulas, i.e. in a competitive market relationship. This relationship allows the use of corporate governance mechanisms that are not subject to public control through state intervention. The other forms of management promoted in Spain to avoid the controls of state intervention - foundations or associations - have been unsuccessful, except in the autonomous region of Valencia and some models in the autonomous region of Madrid.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención primaria pública en Europa ha creado organizaciones con distintos grados de autonomía de los profesionales. La mayoría de los países otorgan una amplia autonomía, con implicación jurídica y económica en la provisión de los servicios. De hecho, la mayor parte de los médicos de familia en el mundo son profesionales independientes que prestan servicios al sistema público a título individual. Algunos países, entre ellos España, optan mantenerlos como asalariados, la mayoría contratados por empresas públicas y con mecanismos de gestión pública. Y también algunos

países, como Reino Unido y España, han optado por el trabajo en equipo, aunque son minoría.

En atención primaria pública existe una relación positiva entre la capacidad para gestionar los recursos por parte de los profesionales y la eficiencia, la satisfacción del profesional y la del ciudadano. El debate se mantiene en torno a si la autonomía profesional ha de abarcar solo competencias funcionales o extenderse al ámbito jurídico. Este debate está condicionado en España por el ánimo de lucro de las entidades privadas de profesionales que gestionan la atención primaria en Cataluña. En otros países de nuestro entorno, Reino Unido entre ellos, es una situación aceptada socialmente y deseada por los profesionales.

Se pretende analizar los aspectos más relevantes de la autonomía de gestión y de la autogestión: marco conceptual, diferencias, ventajas e inconvenientes.

Correo electrónico: albert.ledesma.castellort@gmail.com

Ideas clave

- Los profesionales de atención primaria precisan de la máxima autonomía de gestión para desarrollar su profesión de forma eficiente y satisfactoria.
- Los profesionales que asumen riesgo jurídico y económico en la provisión están más implicados y satisfechos prestando el servicio.
- Las fórmulas que promueven la implicación jurídica de los profesionales se basan en el respeto a su voluntad y en ser asumibles para ellos y para la sociedad.
- La capacidad de compra de servicios por parte de atención primaria, asumida desde el riesgo económico y la competencia, es un mecanismo que facilita el papel de agente de salud de este nivel asistencial.
- La capacidad para vertebrar equipos de trabajo eligiendo a los profesionales es una competencia que debe residir en el propio equipo.
- Mantener los diversos modelos de gestión, promoviendo la máxima autonomía por parte de los profesionales, es adecuado ya que estimula la competencia.

Autogestión

Situación en que los sanitarios gestionan directamente el servicio, en el marco de una entidad de la que son propietarios, o en el desempeño individual de los médicos de familia.

Autonomía de gestión

Situación en que los sanitarios adquieren determinadas capacidades para gestionar el servicio, transfiriéndoles funciones desde otros niveles de la organización.

Modelos contractuales en la atención primaria europea

La gestión de los recursos humanos y su relación contractual repercuten sobre la calidad del servicio. A mayor implicación del profesional en la gestión de recursos, más eficiencia y satisfacción. Todos los modelos persiguen la máxima implicación de los profesionales en su puesto de trabajo¹. La Comisión Europea recomienda, en un documento de trabajo², promover el desarrollo de la autogestión y la pequeña empresa en atención primaria como un aspecto clave en la política de recursos humanos (tablas 1 y 2).

Tabla 1

Elementos clave en la configuración de los servicios de atención primaria

- La relación contractual del profesional con el servicio de salud
- El sistema retributivo
- La capacidad de autogestión o el nivel de descentralización

Tabla 2

Tendencias organizativas en atención primaria

1. Trabajo en equipo y multidisciplinario
2. Mecanismos de contratación con objetivos e incentivos económicos según resultados
3. Ampliación de la cartera de servicios asumidos desde este nivel
4. Retribuciones variables en función de las tareas realizadas y los resultados obtenidos
5. Desarrollo de redes de profesionales capaces de autoorganizarse, delegando competencias al equipo, con amplios espacios de autonomía profesional, promoviendo y permitiendo implicarse a todos, con el fin de ofrecer el mejor servicio posible

Modelos contractuales en la atención primaria europea

Relación individual del médico con la administración sanitaria

- 1) Relación contractual con el sistema sanitario con diversas formas de pago (Reino Unido, Canadá, Portugal).
- 2) Relación mercantil y pago por acto (Francia, Italia, Reino Unido).

Relación contractual con la entidad de provisión

- 1) Relación laboral con una entidad pública, privada o mixta.
 - a) Funcionario o estatutario contratado por el estado (España, Países Nórdicos, Portugal).
 - b) Relación laboral con un proveedor privado (Modelo Alzira, Consorcios en Cataluña, entidades de base asociativa [EBA]).

Propietario y profesional de una entidad profesional

- 1) Relación laboral (EBA en Cataluña, Reino Unido).
- 2) Relación mercantil (EBA, Reino Unido).

Descentralización de la gestión en España

La atención primaria desempeña un rol importante en el sistema sanitario español, pero insuficiente para vertebrar su organización en torno a ella. En lugar de promover este rol, asistimos a cambios formales en los modelos de gestión que no satisfacen a nadie y perpetúan un modelo caduco e ineficiente³.

Las comunidades autónomas buscan fórmulas para descentralizar competencias a los equipos de atención primaria sin perder el control jurídico y económico de éstos⁴.

Todas mantienen a los profesionales como asalariados y se relacionan funcionalmente mediante un «contrato de gestión» que fija objetivos a los equipos y descentraliza algunos aspectos de su gestión⁵.

Existen diversos modelos de descentralización, cuyo fin último es aumentar la capacidad de gestión de los equipos. Todos han aportado avances en la organización de los equipos y en sus resultados, pero ninguno ha mejorado la satisfacción profesional ni la eficiencia. El recorrido de mejora de la autonomía de gestión posiblemente esté agotado.

Los argumentos son:

- a) Los intentos de modular equipos capaces de autogestionarse sin salir del marco de la gestión pública han fracasado.
- b) Los beneficios que obtienen los profesionales sólo se mantienen como incentivos si conllevan responsabilidad jurídica y riesgo económico.
- c) La imposibilidad de seleccionar a los recursos humanos desde los equipos es determinante, hace imposible la autogestión y dificulta el trabajo en equipo.
- d) Las garantías laborales que tienen los puestos de trabajo en la función pública decantan la balanza a favor del profesional.
- e) La imposibilidad de modular sistemas de retribución y de incentivación propios y personalizados en cada equipo evita la competencia entre profesionales y afecta negativamente a la satisfacción profesional.

Experiencias en las comunidades autónomas

La gestión de la atención primaria por una entidad privada en diversas comarcas de la Comunidad Valenciana es el llamado «Modelo Alzira»⁶. Privatizan la provisión mediante empresas mixtas formadas por entidades mutuales, empresas constructoras y una caja de ahorros. Se respetan los derechos adquiridos del personal y

se promueve su integración voluntaria a la empresa proveedora, el nuevo personal se contrata laboralmente y se utilizan sistemas de gestión privada.

En Cataluña encontramos la gestión de zonas básicas de salud por empresas del ámbito hospitalario o del poder local, los llamados «consorcios sanitarios»⁵. En este caso son empresas privadas sin ánimo de lucro que gestionan equipos de atención primaria mediante mecanismos privados de gestión. Cada entidad otorga la capacidad de gestión al profesional que considera oportuno y los profesionales siguen siendo asalariados.

Ambos modelos de integración horizontal se han gestado a partir del hospital existente en la zona y se han desarrollado pivotando en él. La atención primaria que existía no ha tenido ningún papel, y menos los médicos de familia.

Las unidades de gestión en Andalucía, creadas en el año 2007, pretenden dotar de mayor autonomía a los profesionales de atención primaria mediante un decreto que da soporte legal a las unidades de gestión clínica en que se convirtieron todos los equipos. Tienen carácter funcional, no disponen de un presupuesto independiente ni tienen personalidad jurídica.

Las unidades de gestión clínica de Asturias, creadas en 2009, pretenden descentralizar la gestión sin modificar la relación contractual de los profesionales, ni otorgarles personalidad jurídica propia, ni salir de la gestión pública.

Los equipos autogestionados del Institut Català de la Salut⁷ mantienen la relación contractual de los profesionales, no tienen personalidad jurídica propia y tampoco un presupuesto independiente.

Las unidades clínicas del País Vasco se crean por decreto y sin modificar la relación contractual de los profesionales, ni otorgarles personalidad jurídica propia. Se traspasan algunas competencias de gestión a los profesionales y adquieren cierto riesgo económico en función de los resultados.

Existen algunos consorcios en los cuales participa el Institut Català de la Salut y un ayuntamiento con el ánimo de ir más allá en la autonomía de gestión sin asumir riesgo jurídico los profesionales. Los resultados de los contratos son mejores, pero no la satisfacción profesional ni el nivel retributivo.

Las fórmulas jurídicas utilizadas en los modelos de gestión en España se detallan en la tabla 3 (adaptada de Martín)⁸ para ayudar a la comprensión por parte del lector de cómo se organizan los sistemas de gestión en las distintas comunidades autónomas.

Sociedades profesionales y sistema de provisión pública

¿Los sanitarios son capaces de ser propietarios de entidades y ofrecer el mejor servicio de atención primaria?

Hay evidencia de que sí son capaces de autogestionarse. Las EBA están en la provisión en Cataluña hace 15 años y en muchos países del mundo es una situación aceptada y normal⁹⁻¹¹. A pesar de la evidencia, el estado de opinión en España es justo al contrario, y los tres argumentos utilizados en contra de la autogestión son:

1) No somos empresarios ni tenemos conocimientos de gestión empresarial. La complejidad empresarial no va más allá de cuadrar balances, establecer alianzas y externalizar servicios. El tamaño de la entidad hace asumible su gestión y en todo caso somos líderes del producto ofrecido. Existen dos soluciones para superar este condicionante: la primera, compartir la propiedad de la entidad con otros entes jurídicos (Institut Català de la Salut, Ribera Salud, etc.) en el marco que regula la ley de sociedades profesionales¹², y la segunda formarse en gestión o disponer de asesores.

Tabla 3

Fórmulas jurídicas utilizadas para la gestión de los servicios sanitarios públicos en España. (Adaptada de Martín⁸)

1) Gestión directa del servicio por la administración pública

- Sin personalidad jurídica
- Organismo Autónomo Administrativo (Servicio Andaluz de la Salud)
- Ente Público (Osakidetza, País Vasco)
- Consorcio (diferentes entidades sanitarias en Cataluña)
- Fundación (Fundación Hospital de Alcorcón, Comunidad Autónoma de Madrid)
- Sociedad Mercantil Pública (Hospital Sant Jaume de Calella, Cataluña)
- Organismo autónomo (Agencia Española del Medicamento)
- Entidad pública empresarial

2) Gestión indirecta del servicio por entidades privadas, con o sin afán de lucro

- Formas de contratación por parte de la administración pública:
 - Convenio
 - Concierto
 - Concesión
 - Arrendamiento
- Fórmulas jurídicas empleadas por las entidades contratadas:
 - Sociedad cooperativa profesional
 - Sociedad cooperativa laboral profesional
 - Sociedad mercantil privada, profesional o no
 - Fundación privada

3) Sistema de incentiación económica en las entidades de base asociativa

- Como socio y propietario de la entidad:
 - Valor de las participaciones
 - Reparto de beneficios
- Como profesional:
 - Salario básico del sistema público de salud garantizado
 - Distribución de incentivos como parte variable del sueldo para todas las categorías profesionales y en función de su aportación a la entidad. El porcentaje sobre el total del sueldo varía en función de los resultados económicos anuales y de la política retributiva de cada entidad. La franja se sitúa entre un 10% y un 30%.
 - Ingresos por otras actividades profesionales (ensayos clínicos, prestaciones a terceros)
 - Posibilidad de ser socio y propietario

- 2) Estas entidades tienen ánimo de lucro y privatizan el sistema sanitario público. La constitución en sociedad profesional es sólo un instrumento para agilizar el gobierno y la contratación de servicios. Permite asumir riesgos reales de gestión en un entorno de transparencia jurídica y social. La privatización de la provisión es una realidad que respeta el principio de financiación pública; otros proveedores ya la venían utilizando sin que se discuta su pertinencia. Muchos se preguntan si es posible la autogestión en un modelo de entidad sin afán de lucro. En mi opinión hay dos soluciones posibles: una, mantener el ánimo de lucro limitando el porcentaje de los beneficios por contrato como se hace en la Comunidad Valenciana en el llamado «Modelo Alzira», y la otra sería a través de un consorcio sin ánimo de lucro, en el cual los profesionales sean propietarios junto a una entidad pública.
- 3) Al asociarnos pueden surgir conflictos que las hagan inviables. En las EBA de Cataluña se han dado casos de separación voluntaria o forzosa de socios y se han resuelto satisfactoriamente para el servicio.

En todo caso, la provisión en España ha de mantener los diferentes modelos, con sociedades mercantiles con ánimo de lucro, y crear las de titularidad mixta y derecho privado.

Modelos jurídicos y autogestión

En Cataluña se legisló la posibilidad de contratar empresas de profesionales por parte de CatSalut, con el fin de proveer servicios sanitarios públicos. La ley fue aprobada por el Parlamento

Tabla 4
Modelos de gestión en atención primaria por comunidad autónoma

Comunidad	Gestión pública	Modelos de gestión	Gestión privada	Modelos de gestión
Andalucía	Sí	Unidades de gestión clínica	No	No
Aragón	Sí	Sectores sanitarios: gerencia única	No	No
Asturias	Sí	Unidades gestión clínica	No	No
Cantabria	Sí	Tradicional	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Modelo descentralización y gerencia única	No	No
Castilla-León	Sí	Descentralización de toma de decisiones	No	No
Cataluña	Sí	Equipos autogestionados	Sí	EBA, entidades privadas y mixtas
Ceuta	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Extremadura	Sí	Gerencia única	No	No
Galicia	Sí	Gerencia de atención primaria: modelo tradicional	No	No
Islas Baleares	Sí	Descentralización de la gestión	No	No
Islas Canarias	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
La Rioja	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Madrid	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Melilla	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Murcia	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Navarra	Sí	Descentralización de la gestión: modelo tradicional	No	No
País Vasco	Sí	Unidades clínicas	No	No
Valencia	Sí	Unidades de gestión unificadas	Sí	Entidades privadas modelo integrado

de Cataluña¹³ y posteriormente desarrollada mediante decreto del gobierno de la Generalitat de Cataluña¹⁴. Permite contratar a sociedades de profesionales sanitarios para proveer servicios sanitarios públicos. Las fórmulas aceptadas son: Sociedad Anónima, Sociedad Limitada, Sociedad Cooperativa y Sociedad Cooperativa Laboral¹⁴.

La Ley estatal de Sociedades Profesionales¹² de 2007 cambia alguna de las reglas establecidas en Cataluña: establece el mínimo de capital social en manos de los profesionales en el 75%, y resuelve algunos aspectos societarios específicos de estas entidades. Los aspectos regulados son la transmisión de acciones al dejar de ejercer como profesional para la entidad, el valor de las participaciones y la obligación que tiene la entidad de comprar las acciones al socio que deje de serlo.

Actualmente hay en Cataluña 10 EBA, que gestionan 12 Zonas Básicas de Salud con 350.000 ciudadanos atendidos, una EBA de pediatría contratada por el Hospital San Juan de Dios para proveer pediatría en una zona del Pirineo catalán y algunas EBA contratadas como tales para proveer servicios en hospitales privados de Cataluña¹⁵.

El modelo está estancado desde 2003. Los motivos son el escaso impulso político que ha tenido el modelo y el miedo de los profesionales a salir del marco estatutario de relaciones laborales. El nuevo gobierno de Cataluña promueve su desarrollo y hay varios proyectos nuevos de EBA que pueden cristalizar en los próximos meses y años. El impacto de la crisis económica sobre el personal estatutario puede incentivar la salida de los profesionales del sistema estatutario para pasar a la autogestión.

La fórmula jurídica más utilizada es la sociedad limitada profesional propiedad de los profesionales.

Las entidades, con 15 años de experiencia, han asumido con éxito empresarial en todos los casos la gestión de los servicios contratados. En ningún caso el financiador ha intervenido para socorrer a estas entidades, los resultados económicos son satisfactorios y en términos de resultados de salud comparables a los demás. Las evaluaciones externas realizadas constatan una mayor satisfacción entre los profesionales de estas entidades y también entre los ciudadanos atendidos.

Las ventajas para el profesional que asume riesgo y renuncia a determinadas ventajas laborales del sistema público se centran en una mejor perspectiva profesional, una mayor autonomía en el puesto de trabajo, una mejor remuneración económica proporcional al esfuerzo realizado y ser propietario de una parte de la entidad (tabla 4).

Mecanismos públicos de control

La aseguradora pública garantiza que los recursos públicos se destinan al fin previsto y que se usan de forma eficiente; objetivos con evaluación de resultados, central de balances y sistema de sugerencias y reclamaciones. La financiación de estas entidades no tiene características propias y se les asigna un capital por parte del servicio público, calculado con los mismos parámetros que las otras entidades de provisión.

En España se asume que un sistema de gestión pública garantiza, por el mero hecho de serlo, un uso adecuado de los recursos. Y se interpreta, por pasiva, que los sistemas de gestión privados, y más los que tienen ánimo de lucro, son perversos en el uso de esos mismos recursos. Algunos autores, como Vicente Ortún¹⁶, defienden el trabajo por cuenta propia, el de las asociaciones de profesionales y el modelo de responsabilidad económica y jurídica con rendición de cuentas en sus artículos y publicaciones. Otros, por ejemplo Joan Gené Badia⁵, ponen algunos reparos y objeciones, como el estancamiento del modelo, el ánimo de lucro, la falta de adaptación a las enfermedades crónicas o el menor número de profesionales de enfermería en estas entidades. Es bueno tener en cuenta todas las opiniones para intentar mejorar el modelo, manteniendo los aspectos positivos demostrados.

La realidad demuestra que las EBA de Cataluña han hecho un uso más eficiente de los recursos que los demás proveedores. Además, con una mayor satisfacción de ciudadanos y profesionales y con unos resultados en términos de salud comparables. La primera afirmación se sustenta en la evaluación de modelos de gestión en Cataluña realizada por la Fundación Avenir Donabedian a instancias del Departamento de Salud¹⁶, de la cual se desprende que si todos los equipos de Cataluña tuviesen la media de coste de las EBA, el ahorro global en la atención primaria de ese año hubiese sido de 240 millones de euros. Para confirmar la eficiencia del modelo basta considerar los datos publicados por CatSalut de coste medio de la atención primaria en Cataluña en 2008 (459 euros por habitante y año) y los datos de coste medio de las 10 EBA en 2009 (329 euros por habitante y año). La media de estos centros se sitúa en 130 euros por habitante y año por debajo de la media catalana. Si inferimos estos datos a los siete millones de habitantes de Cataluña, obtendríamos un ahorro potencial de unos 917 millones de euros al año.

El coste en farmacia es más bajo en las EBA, al menos hasta ahora, probablemente debido al riesgo económico directo asumido por la

entidad y los prescriptores; si el gasto es superior al presupuesto, los resultados económicos serán peores para ambos. Con las limitaciones en la prescripción establecidas a raíz de la crisis económica y la obligación de dispensar la presentación más económica del fármaco, los resultados pueden variar.

Los dos estudios realizados en Cataluña^{17,18} sobre los modelos de gestión demuestran que los mejores resultados están muy repartidos entre los diversos modelos. En el caso de las EBA, los profesionales están más implicados y los costes para el Servei Català de la Salut son más bajos en estas entidades. Aunque los indicadores de prescripción tienden a mejorar en los tres modelos, los mejores resultados los obtiene el Institut Català de la Salut. Respecto a actividades clínicas, pruebas complementarias y derivaciones, la tendencia es favorable para las EBA. Datos más recientes de seguimiento y evaluación de unos 130 equipos de atención primaria de la región sanitaria de Barcelona¹⁹ en cuatro dimensiones (accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y eficiencia) y 23 indicadores colocan entre los 10 primeros equipos a imitar a cinco EBA, todas las de Barcelona.

Ningún estudio publicado consigue demostrar mejores resultados de salud en un modelo de gestión o en un sistema de relación contractual. No obstante, es importante considerar que ofrecer un servicio, como mínimo de la misma calidad, a un coste inferior, es una aportación trascendente en términos de sostenibilidad, y el modelo EBA lo ha demostrado.

El comprador de servicios públicos tiene que establecer mecanismos de acreditación, estándares mínimos y costes de los servicios. A partir de estos criterios contratará proveedores públicos, privados o mixtos, que han de mantenerse o no en la provisión en función de los resultados obtenidos y del coste del servicio.

Resultados de las entidades de base asociativa y ámbitos para la reflexión y la mejora

Ya se han aportado los datos económicos en la gestión de centros por parte de estas entidades, y queda meridianamente demostrado que aportan un ahorro considerable y sustancial. Parece razonable pensar que esta mejora está ligada al propio modelo, y que si se crean nuevos centros se mantendrá el ahorro. En gasto farmacéutico, los resultados que aporta CatSalut mensualmente demuestran que todos los centros autogestionados se sitúan en la banda baja del gasto farmacéutico de Cataluña.

En cuanto a resultados de salud, los que ofrece el propio CatSalut anualmente, demuestran que los centros autogestionados están situados entre los primeros puestos. En el área de Barcelona, cinco de estos centros gestionados por EBA estaban entre los diez primeros en 2009¹⁹.

Si estas entidades también mejoran la satisfacción profesional y el nivel retributivo, como demuestran los estudios de evaluación que se han realizado hasta ahora, podemos concluir que estamos ante una alternativa real al sistema de gestión público.

El principal riesgo de las EBA es el de convertirse en empresas de provisión con el objetivo de que unos pocos socios sean propietarios y obtengan los beneficios económicos. Hay mecanismos para evitar esta situación: la obligación de repartir la mayor parte del excedente como incentivos entre todos los profesionales, la ampliación del número de socios, la participación de todos los profesionales en la gestión de la entidad, etc. Estos preceptos pueden regularse desde la propia entidad o desde el contrato del servicio público.

El segundo problema del modelo es el riesgo económico que asumen los profesionales desde la propiedad de la entidad, que aumenta en periodos de falta de liquidez del sistema público y que hay que afrontar con una buena gestión empresarial. En último término, la entidad sólo asume riesgo por el valor del capital social aportado.

Conclusiones y recomendaciones

La atención primaria en España ha de promover una nueva relación profesional que transfiera riesgo jurídico y económico a los médicos de familia. Desde ella, los profesionales han de promover su rol de agente sanitario del ciudadano, actuando como puerta de entrada al sistema sanitario público y con capacidad para comprar servicios a otros niveles asistenciales en función de las necesidades. Han de establecerse mecanismos de competencia regulada entre proveedores y ámbitos asistenciales, con el objetivo de ser eficientes y situar al ciudadano en el centro de la organización que pivotará sobre la atención primaria.

Contribuciones de autoría

El autor único del artículo en todos sus contenidos y en la forma es A. Ledesma Castelltort.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Dr. Marc Soler Fàbrega y al Dr. Josep Ausió Arumí, que han leído el artículo y me han aportado algunas reflexiones sobre el contenido y la forma. También al editor principal, Dr. Francisco Hernansanz, por confiar en mí para la redacción de este artículo.

Bibliografía

- Zegarra P, Repullo JR, Freire JM. Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados europeos. Junio 2009. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU.OPA.REPULLO.FREIRE.pdf>
- Green Paper on the European Workforce for Health. Public Health. European Commission. 2008. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/workforce/green-paper/index.en.htm>
- Atención primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Informe SEDAP 2009. Disponible en: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/atencion-primaria-de-salud-nuevos-retos-nuevas-soluciones>
- Estado actual de la atención primaria española. Informe 21-02-2008. SEMG. 2008. Disponible en: <http://www.semg.es/doc/documentos.SEMG/20080228.informe.ap.pdf>
- Autogestión en la atención primaria española. Informe del grupo de trabajo sobre autogestión. SEMG. 2009. Disponible en: <http://www.semg.es/doc/documentos.SEMG/autogestion.ap.pdf>
- Tarazona Ginéz E, Torner AR, Marín Ferrer M. La experiencia del Modelo Alzira: del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. Rev Adm Sanit. 2005;3:83-98.
- Document marc del projecte d'autonomia de gestió dels equips d'atenció primària de l'ICS. Barcelona, setembre de 2008.
- Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Fundación Alterantivas. 2003.
- Ballart X, Smyrl M, et al. A new model of primary health care in Catalonia, Elites, ideas and the evolution of public policy. London: Palgrave; 2008.
- Ballart X. Innovación en la gestión pública y en la empresa privada. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- La reforma de l'atenció primària a Catalunya. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003.
- Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. BOE núm. 65, 16/02/2007. p. 11246-51.
- Ley 11/1995, de 29 de setiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña.
- Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y socio-sanitaria. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, n° 2539, 16/12/1997. p. 14.558-9.

15. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios, Valoración actual y retos futuros. *Rev Admin Sanit.* 2005;3:73-81.
16. Ortún V, González B, Barber P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131:180-3.
17. Fundación Avenis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació dels serveis 2002. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: <http://www.eapsardenya.cat/documents/Fundacio%20Avedis.pdf>
18. Segura A, Martín Zurro A. Avaluació dels models de gestió a l'atenció primària de Catalunya. Departament de Salut. 2007. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/diversificacion_servicios_primaria_pcsns_aatrm.pdf
19. Benchmarking dels equips d'atenció primària de Catalunya. Resultats 2009. Regió Sanitària de Barcelona. CatSalut 2009. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: <http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxiu/Memoria.RSB.09.pdf>