

ORIGINAL

Nuevo modelo de autogestión profesional en atención primaria

A. Anguita-Guimet, J. Ortiz-Molina, S. Sitjar-Martínez de Sas*, A. Sisó-Almirall, I. Menacho-Pascual y L. Sebastián-Montal

Centro de Atención Primaria Les Corts (GesClínic S.A.), Barcelona; Unidad de Investigación CAPSE-GesClínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) y Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 24 de mayo de 2011; aceptado el 5 de julio de 2011

Disponible en Internet el 9 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;
Autonomía profesional;
Eficiencia

Resumen

Objetivo: Analizar las ventajas de un modelo organizativo en atención primaria basado en mayor autonomía de gestión de profesionales respecto al modelo habitual (equipo dirigido por director médico). Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de pacientes y profesionales.

Material y métodos: En febrero de 2009 un grupo de 6 médicos de familia y 4 administrativos se organizaron autónomamente para atender a 10.281 usuarios de 32.318 asignados al Centro de Atención Primaria (CAP) Les Corts de Barcelona. Entre marzo y diciembre de 2010 se incorporaron 7 enfermeras, 3 médicos y 2 administrativos más, atendiendo a 16.368 usuarios de 34.423 del centro. El modelo ha priorizado la autogestión de la demanda, autocobertura de profesionales, desburocratización de la consulta, mayor eficiencia y participación en investigación y docencia.

Resultados: Resultados asistenciales: 1) Etapa piloto (diciembre/2008 a diciembre/2009): incremento de población atendida, disminución de visitas presenciales, importante aumento de atención no presencial, reducción muy significativa de demora de visita; reducción destacable de productos intermedios; menor utilización de novedades terapéuticas y mayor de medicamentos genéricos. 2) Etapa de consolidación (a diciembre de 2010, respecto a resto de profesionales del CAP): menos visitas presenciales y porcentaje muy superior de no presenciales atendiendo a más población asignada; menor gasto en productos intermedios. Otros resultados: mejora de la satisfacción profesional (cuestionario QVP-35) y participación activa en docencia e investigación.

Conclusiones: El modelo ha innovado, mejorando la atención al usuario, dotando la consulta de mayor profesionalidad y aumentando la satisfacción de profesionales. Ha demostrado mayor eficiencia y los resultados obtenidos muestran superioridad al modelo habitual en indicadores de salud.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ssitjar@clinic.ub.es (S. Sitjar-Martínez de Sas).

KEYWORDS

Primary Health Care;
Professional freedom;
Efficiency

New model of professional self-management in primary care**Abstract**

Objective: To analyse the benefits of a new organisational model in Primary Care based on the empowerment of professional management compared to standard model (team led by medical director). To improve the quality of care, and patient and professional satisfaction.

Material and methods: In February 2009 six family physician (FP) and four administrative staff met to create a self-management group to care for the 10,281 population assigned to them. The total catchment population of the Primary Care (PC) centre was 32,318. Additionally, between March and December 2010 three FP, seven nurses and two administrative staff, were included in the self-management group making the total population served by the self-management group of 16,368, compared to 15,950 patients seen using the standard model. The model gave priority to self-demand management, professional self-coverage, to reduce clinic bureaucracy, greater efficiency and participation in research and teaching.

Results: 1) Milestone in Pilot Phase (December-2008 to December-2009): increase in attended population, reduction in clinic visits, significant reduction in delay to be visited by a doctor; significant reduction of complementary tests (x-rays, laboratory tests); increase in use of generic drugs and reduction of expensive and new drugs without added value, and active participation in teaching and clinical trials. 2) Consolidation Phase (December-2010, compared to other professionals working in a standard model in the same centre): self-management group reported a lower percentage of clinic visits and a higher percentage of visits resolved through telephoning the clinic. Furthermore, the self-management group achieved better financial results than the control group (additional medical tests, pharmacy budget). The self-management group had improved job satisfaction compared to control group (measured by Professional Questionnaire QoL-35).

Conclusions: The new model has increased professional satisfaction and may improve results in some health indicators (accessibility, efficiency, pharmacy budget) compared with the usual clinical practice.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La atención primaria (AP) española es reconocida internacionalmente como un modelo ejemplar por sus resultados y su eficiencia¹. Sin embargo, existe un descontento y desmotivación de los profesionales que trabajan en ella, que perciben un deterioro de su estatus socioprofesional y expresan quejas acerca de las condiciones de trabajo en las organizaciones en las que realizan sus funciones, mayoritariamente como empleados públicos². Desde diversos colectivos profesionales y sociedades científicas se ha llamado la atención sobre muchos aspectos de este malestar³⁻⁷. Se han añadido otros factores del entorno como la modificación de los límites de la salud y de la enfermedad⁸, la disminución de la mortalidad y el aumento de la morbilidad y de las enfermedades crónicas⁹ y las desigualdades inherentes a la sociedad del bienestar¹⁰, que han contribuido implícitamente a un desgaste específico del médico de familia, muy superior al existente en otras especialidades¹¹. Asimismo, el médico ha pasado de ser un profesional liberal a ser un asalariado por cuenta ajena que trabaja en instituciones públicas o privadas y busca también la conciliación de la vida laboral y familiar y la estabilidad de su trabajo, y las organizaciones tienen el reto de ser gestionadas sin cuestionar el profesionalismo médico ni disminuir el compromiso del profesional¹¹⁻¹³. En esta situación, no es infrecuente que los médicos hagan notoria su desafección hacia sus propias organizaciones^{14,15}. La autonomía en la gestión del día

a día puede ser una oportunidad de mejora que permita a los profesionales organizarse en torno a pequeños equipos humanos, estimulando la capacidad de gestión y de innovación, mejorando y recuperando habilidades, actitudes y aptitudes profesionales, potenciando el liderazgo clínico y personalizando el servicio al ciudadano. Diversos estudios nacionales e internacionales describen las ventajas y los inconvenientes que comportan algunas iniciativas encaminadas a aumentar la autonomía de gestión del profesional, que conlleva un incremento en la eficacia y eficiencia del servicio prestado¹⁶⁻¹⁸. Para nosotros, la autonomía de gestión se podría definir como un pacto establecido entre los profesionales y su empresa, con la finalidad de que éstos, de forma alineada con el plan estratégico y los objetivos de la organización, tengan mayor capacidad de decisión, aun asumiendo mayor riesgo y responsabilidad, con la finalidad de obtener mejores resultados en su práctica profesional y aumentar su compromiso, corresponsabilización y satisfacción, llevando todo ello una mayor satisfacción de los usuarios.

En este contexto de la AP en nuestro país y considerando lo que comporta una gestión autónoma según la definición previa, se puso en marcha un proyecto de autogestión profesional denominada GAPI (Gestión Autónoma Profesional Incentivada), en el Centro de Atención Primaria (CAP) Les Corts de Barcelona (GesClínic S.A.). Esta experiencia pretendía demostrar que la autonomía de gestión podía mejorar la eficiencia y los resultados en salud respecto al modelo habitual de gestión en AP (equipo dirigido por un director

médico) y aumentar la satisfacción profesional a la vez que la de la población atendida. En realidad, se trataba de probar si podía funcionar en atención primaria un entorno de trabajo lo más parecido al modelo ROWE (las siglas en inglés de *Results Only Work Environment*) en el cual lo importante fueran los resultados, no el número de horas trabajado¹⁹.

Las bases en las que se centra este proyecto de autogestión profesional se resumen en los siguientes puntos:

- a) Desarrollar un nuevo concepto de profesionalismo: permitir que sea el propio profesional quien tome las decisiones relacionadas con la gestión de sus funciones según las particularidades asistenciales individuales (tiempo por visita, organización de su agenda, control de la demora asistencial, etc.), aspecto diferencial del modelo organizativo tradicional en el que la organización asistencial es uniforme para todos los profesionales del equipo.
- b) Retornar a los profesionales sanitarios la «propiedad» del servicio prestado y la capacidad de organizarlo, haciendo que estos perciban el trabajo como propio, valorándolo más, disfrutando más de éste y con la recompensa de mejores resultados asistenciales y de gestión.
- c) Mejorar la relación profesional sanitario-paciente: la gestión autónoma permite al profesional dedicar menos tiempo a tareas puramente burocráticas, centrando más su trabajo en la atención al usuario, aspecto que facilita la comunicación y relación bidireccional.
- d) Ofrecer una atención más personalizada: la capacidad del profesional de decidir cómo enfocar su trabajo según sus propias características asistenciales facilita una atención más fluida y personalizada con el usuario.
- e) Incrementar la eficiencia del servicio prestado: la autogestión profesional mejora la eficiencia respecto a la resolución de aspectos asistenciales y el consumo de recursos sanitarios.
- f) Mejorar la satisfacción de los profesionales y usuarios: permitir al profesional la organización de la cobertura asistencial incrementa su satisfacción, motivación, compromiso y consecuentemente mejora la accesibilidad y la calidad de la atención percibida por el usuario.
- g) Potenciar y facilitar la capacidad de innovación y el desarrollo de la excelencia: la participación en un nuevo proyecto permite a los profesionales que participan innovar, saliendo de su rutina habitual, y desarrollando un grado superior de excelencia laboral.
- h) Potenciar el trabajo en equipo y el abordaje multidisciplinario de los problemas de salud y sociales de los usuarios gracias a la participación, implicación y facilitación de la comunicación de todos los colectivos que conforman el grupo (personal médico, de enfermería y administrativo).
- i) Potenciación de los roles profesionales atribuyendo nuevas tareas y objetivos a los colectivos del grupo.
- j) Mejorar los resultados de salud de la población atendida: la implementación de un nuevo modelo organizativo en AP debe tener en cuenta desde su inicio que no es aplicable si no aporta mejoras en la salud de la población que atiende, elemento fundamental de toda organización sanitaria.

Material y métodos

De acuerdo con la gerencia de la empresa (GesClínic S.A.), en febrero de 2009 se constituye en el CAP Les Corts de Barcelona un proyecto piloto de autogestión denominado GAPI (Gestión Autónoma Profesional Incentivada) en el que participaron 6 médicos de familia (MF) y 4 administrativos organizados de forma autónoma para gestionar la demanda y atención de los usuarios. Estos profesionales daban atención a 10.281 habitantes de los 32.318 asignados al CAP. Dado que los resultados durante el primer año (primera etapa o piloto) fueron positivos, en marzo de 2010 se inicia la segunda etapa del proyecto, etapa de consolidación, que ha finalizado en diciembre de 2010. En la segunda etapa se incorporaron al grupo GAPI 7 profesionales de enfermería y éste se incrementó en 3 médicos y 2 administrativos más (total 22 profesionales), con la finalidad de atender a 16.368 usuarios de los 34.423 asignados al CAP. Los objetivos básicos del crecimiento del grupo fueron consolidar el proyecto, enmarcado dentro del plan estratégico del GAPI y de acuerdo con la empresa, mejorar los resultados iniciales y plantear nuevos objetivos de mejora. Los profesionales del grupo han mantenido en todo momento su situación contractual inicial con la empresa, no desvinculándose de la misma ni del CAP Les Corts. Por otra parte, es importante reseñar que en ambas etapas se ha contado con las infraestructuras necesarias para llevar a cabo el proyecto (consultas médicas y de enfermería, así como despachos y mostrador para administración) y la empresa ha incentivado económicamente al grupo como compensación por la autocobertura de profesionales. El desarrollo temporal del proyecto se resume en la tabla 1.

El proyecto GAPI nace propuesto por la gerencia y la dirección del centro, y se consensúa desde sus inicios con la finalidad de mejorar la atención al usuario, así como la calidad y la eficiencia.

Las líneas de trabajo sobre las que se ha centrado el modelo GAPI desde su inicio son las siguientes:

- a) Aspecto organizativo y asistencial: gestión de la demanda de los profesionales, autocobertura entre éstos, desburocratización de la consulta gracias a la estrecha relación con el colectivo administrativo y al hecho de potenciar nuevos roles entre dichos profesionales y mejora de la relación profesional-usuario haciéndola más accesible y resolutiva (incremento de la consulta telefónica, localización telefónica del médico de familia de 8:00 a 19:00 horas para incidencias de sus pacientes o utilización de nuevas tecnologías de comunicación como e-mail, sms y redes sociales).
- b) Incremento de la eficiencia: mejora de la prescripción farmacéutica y disminución de la utilización de productos intermedios.
- c) Participación en la investigación y formación médica continuada del centro: ensayos clínicos, líneas de investigación o sesiones clínicas formativas.
- d) Participación en la docencia pre y posgrado del centro: tutorización de estudiantes de medicina y enfermería en su rotación por AP y de residentes de medicina de familia, asignados a tutores acreditados del grupo, con la finalidad de integrarlos en el modelo asistencial de autogestión.

Tabla 1 Desarrollo temporal del proyecto GAPI

Julio de 2008: presentación y ofrecimiento del proyecto a todos los profesionales del CAP por parte de la gerencia
Septiembre de 2008: promoción y consolidación del grupo impulsor para la implementación de la prueba piloto
Octubre de 2008: acuerdo de gestión («reglas del juego») entre la gerencia y el grupo piloto
Enero de 2009: manifestación del compromiso y firma del contrato de un año de duración por parte del grupo piloto
Febrero de 2009: inicio de la actividad de autogestión de los profesionales (primera etapa o piloto)
Octubre de 2009: análisis de resultados preliminares de la etapa piloto.
Febrero de 2010: finalización de la etapa piloto y evaluación de ésta
Febrero de 2010: decisión de continuidad del proyecto por parte de la gerencia y los profesionales implicados y de ampliación del grupo GAPI
Febrero-marzo de 2010: manifestación del compromiso y firma del contrato de un año de duración por parte del nuevo grupo GAPI
Marzo de 2010: inicio de la actividad de autogestión de los profesionales (segunda etapa o de consolidación)
Octubre-noviembre de 2010: análisis de los resultados preliminares de la segunda etapa
Diciembre de 2010: finalización de la etapa de consolidación y evaluación de ésta
A partir de enero de 2011: implementación del modelo GAPI al resto de miembro del equipo de atención primaria

e) Evaluación del proyecto mediante el análisis de indicadores asistenciales y de gestión, utilizando una metodología de mejora continua de la calidad asistencial, que permita proponer acciones de mejora después de la evaluación de procesos y resultados y establecer estrategias de *benchmarking* de resultados del mismo equipo de AP, de otros equipos de la misma organización y de equipos de otras organizaciones. Los profesionales disponen en todo momento de las características cualitativas y cuantitativas de su prescripción y utilización de productos intermedios.

Los indicadores clínicos y asistenciales principales que hemos planteado para evaluar el proyecto son los siguientes:

- 1) Cobertura asistencial de los profesionales: población atendida, visitas realizadas, demora para ser vitado por el médico asignado, actividad asistencial no presencial (vía telefónica, *e-mail*).
- 2) Incremento de gestiones en el área administrativa y utilización de recursos destinados a desburocratizar la consulta médica: implementación de receta electrónica, protocolos consensuados de resolución de visitas espontáneas o llamadas telefónicas de los usuarios (dichos protocolos se muestran en las figs. 1 y 2).
- 3) Utilización de fármacos: gasto farmacéutico total, valor intrínseco, novedades terapéuticas sin valor añadido, especialidades farmacéuticas genéricas (EFG).
- 4) Cuantificación de productos intermedios utilizados: número y coste de analíticas, pruebas de imagen y otras

Tabla 2 Comparación de la actividad asistencial entre 2008 y 2009

	2008	2009	Diferencia
Población atendida	70,62%	71,05%	+0,43%
Visitas presenciales	29.485	25.402	-4.083 -13,8%
Consultas no presenciales	492	2.414	+1.922 +391%

Tabla 3 Comparación de la accesibilidad (demora de visita) entre 2008 y 2009

	Media demora (días)
2008	5,8
2009	1,4
Diferencia	-4,4

exploraciones complementarias realizadas a la población atendida.

- 5) Participación en la investigación, docencia y formación médica continuada del centro.

Resultados

Los resultados asistenciales fundamentales obtenidos en cada una de las 2 etapas del modelo GAPI se comentan a continuación.

Respecto a la primera etapa de la experiencia los resultados asistenciales obtenidos a diciembre de 2009, comparados con el mismo periodo de 2008 y por el mismo grupo de médicos, han sido:

- 1) Actividad asistencial: se obtuvo un incremento de un 0,43% de la población atendida, disminución de un 13,8% de visitas presenciales y aumento de un 391% de la atención no presencial (telefónica, *e-mail*). Los resultados se resumen en la tabla 2.
- 2) Accesibilidad: reducción de la demora de visita de 5,8 a 1,4 días tal y como muestra la tabla 3.
- 3) Utilización de productos intermedios: se produjo una reducción de un 20% de analíticas y de un 21% de pruebas de imagen solicitadas (tabla 4).
- 4) Indicadores cualitativos de farmacia: prescripción de novedades terapéuticas (definido como: n.º de prescripción de novedades terapéuticas / n.º total de prescripciones) y prescripción de EFG (definido como: n.º de recetas de EFG / n.º de recetas totales). Como

Tabla 4 Comparación en la utilización de productos intermedios entre 2008 y 2009

	2008	2009	Diferencia
Analíticas (n.º)	3.267	2.598	-669 -20%
Pruebas de imagen (n.º)	1.292	1.015	-277 -21%

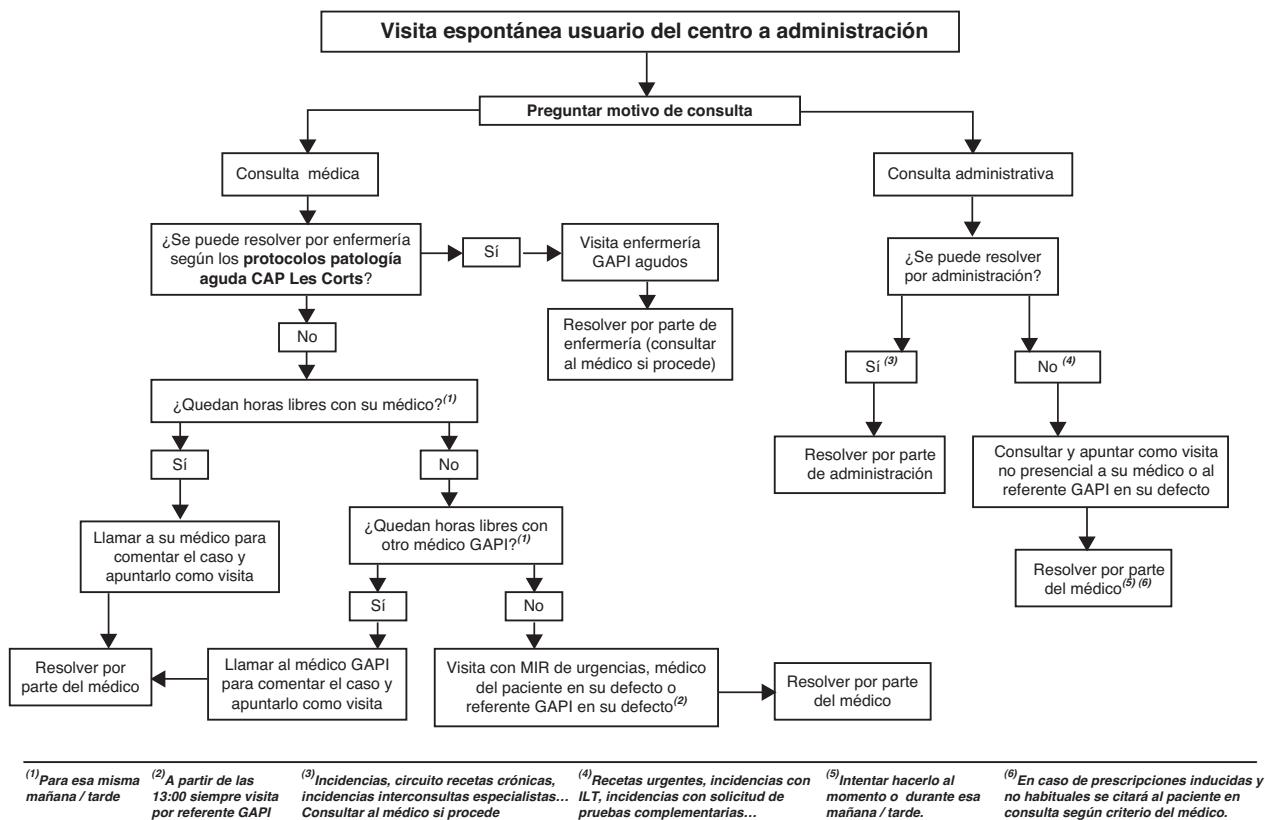


Figura 1 Protocolo consensuado de resolución de visitas espontáneas.

se observa en la tabla 5, se consiguió una reducción de un 17% en la prescripción de novedades terapéuticas y un aumento del 5% en la utilización de EFG (el total de EFG fue de 40,3%).

En cuanto a la segunda etapa de proyecto, los resultados de índole asistencial obtenidos a diciembre de 2010, comparando los médicos del grupo GAPI con el resto de médicos del CAP (no GAPI), y considerando que los 2 grupos tenían el mismo número de médicos y cupos de usuarios de similares características, han sido:

- 1) Actividad asistencial: el grupo de médicos GAPI realizó un 3,4% menos de visitas presenciales y un 42,7% más de no presenciales y atendió a un 17,3% más (1.874 pacientes) de la población asignada. Estos resultados se resumen en la tabla 6.
- 2) Utilización de productos intermedios: como se observa en la tabla 7, en el grupo GAPI el gasto acumulado en analíticas fue un 30,4% menor, en pruebas de imagen un

Tabla 5 Comparación en indicadores cualitativos de farmacia entre 2008 y 2009

	2008	2009	Diferencia
Novedades terapéuticas	2,13%	1,77%	-17%
EFG ^a	38,4%	40,3%	+5%

^a EFG: especialidades farmacéuticas genéricas.

34,9% inferior y de un 10,5% menos en otras exploraciones complementarias.

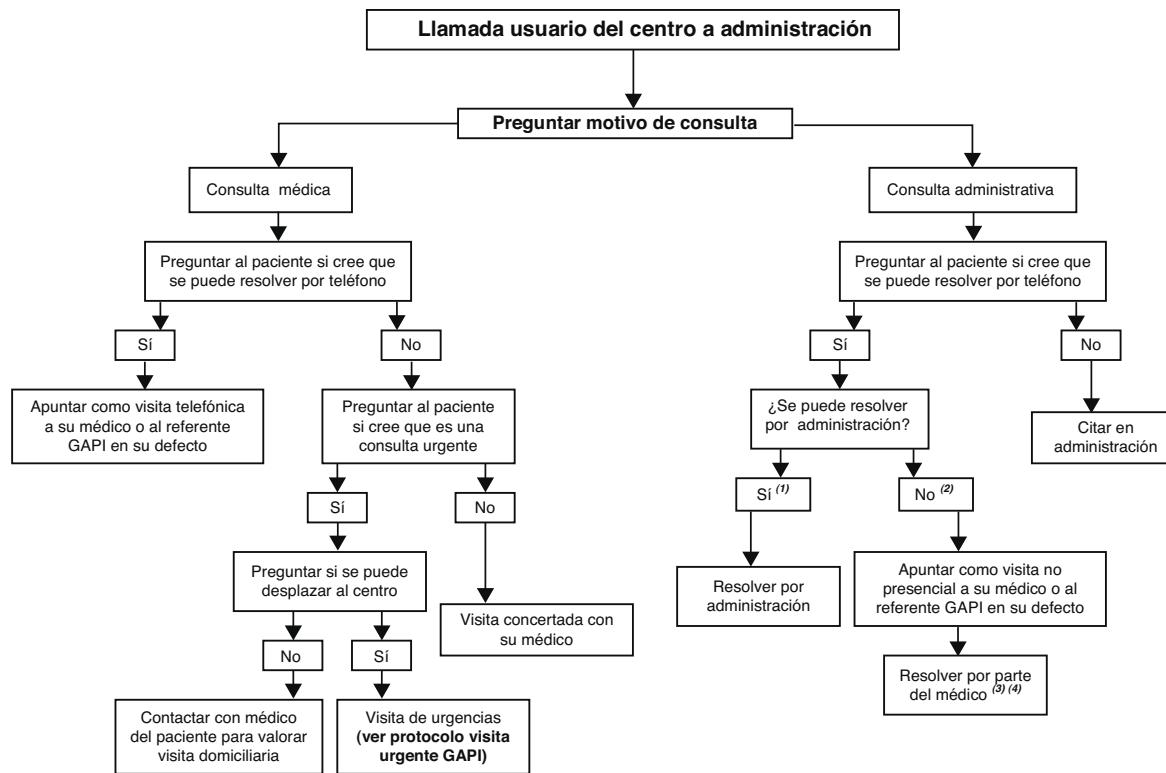
- 3) Los 2 grupos consiguieron el 100% de cumplimiento de los indicadores asistenciales de 2010 propuestos por el Servei Català de la Salut (CatSalut) y que se exponen en la tabla 8.

En relación con la satisfacción de los profesionales, valorada mediante el cuestionario QVP-35, se observó una mejora en dicho aspecto en los integrantes del grupo GAPI respecto a trabajadores de otros centros de AP. En la tabla 9 se comparan los resultados del grupo GAPI con centros de otras empresas como el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE) o el Institut Català de la Salut (ICS).

Tabla 6 Comparación de actividad asistencial entre médicos GAPI y no GAPI del Centro de Atención Primaria Les Corts en 2010

	Visitas presenciales	Consultas no presenciales
GAPI ^a	36.370	10.998
No GAPI ^b	37.648	6.296
Diferencia	-1.278	+4.702
	-3,4%	+42,7%

^a Grupo de médicos con Gestión Profesional Autónoma Incentivada.^b Grupo de médicos sin Gestión Profesional Autónoma Incentivada.



⁽¹⁾Ambulancia, visita resultados especialista CAF, incidencia interconsulta hospitalaria... consultar al médico si procede.

⁽²⁾Informe (médico, balnearios...), revisión circuito recetas crónicas, revisión ILT, recetas habituales o urgentes.

⁽³⁾Trámites rápidos (revisión circuito recetas crónicas, revisión ILT, recetas habituales o urgentes) en máximo 24 h, informes en máximo 7 días.

⁽⁴⁾En caso de prescripciones inducidas y no habituales se citará al paciente en consulta según criterio del médico.

Figura 2 Protocolo consensuado de resolución de llamadas telefónicas.

Tabla 7 Comparación del gasto en productos intermedios entre médicos GAPI y no GAPI del Centro de Atención Primaria Les Corts en 2010

	Analíticas	Pruebas de imagen	Otras exploraciones
GAPI ^a	74.538 €	80.828 €	39.798 €
No GAPI ^b	107.065 €	124.278 €	44.421 €
Diferencia	-32.527 €	-43.450 €	-4.623 €
	-30,4%	-34,9%	-10,5%

^a Grupo de médicos con Gestión Profesional Autónoma Incentivada.

^b Grupo de médicos sin Gestión Profesional Autónoma Incentivada.

Tabla 8 Indicadores asistenciales de 2010 propuestos por el Servei Català de la Salut (CatSalut)

Objetivos CatSalut 2010	
Prevalencia HTA ^a	> 17%
Buen control HTA	> 40%
Prevalencia DM-2 ^b	> 6%
Buen control DM-2	> 60%
Registro riesgo cardiovascular	> 70%
Cribado consumo enólico	> 60%

^b DM-2: diabetes mellitus tipo 2.

^a HTA: hipertensión arterial.

Por último, cabe mencionar que los profesionales del modelo GAPI han llevado a cabo una participación activa en la tutorización de estudiantes de medicina y enfermería y de residentes de medicina de familia (6 de los 9 médicos del GAPI son tutores acreditados), se han implicado en la formación médica continuada del centro, han participado en diversos proyectos de investigación, destacando la obtención de una beca de investigación en el ámbito de riesgo cardiovascular, publicación de 2 artículos originales en revistas nacionales con factor de impacto, realización de diversas comunicaciones de temática clínica y de gestión en congresos nacionales y participación en varios ensayos clínicos en fase III, y han presentado la experiencia en diversos foros organizados por entidades públicas y privadas de Cataluña y del resto del Estado con la finalidad

Tabla 9 Comparación del cuestionario QVP-35 entre profesionales del grupo GAPI del Centro de Atención Primaria Les Corts y trabajadores de centros de atención primaria de otras empresas

	GAPI ^a 2009	CAPSE ^b 2007	ICS ^c 2009
Apoyo directivo	7,1	6,1	5,9
Demanda lugar de trabajo	4,8	5,8	6,1
Motivación intrínseca	8,4	8	7,8
Calidad de vida laboral	6,7	6,3	6

^a Profesionales del CAP Les Corts con Gestión Profesional Autónoma Incentivada.

^b Profesionales del Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample de Barcelona.

^c Profesionales del Institut Català de la Salut.

de darla a conocer a la sociedad científica y de gestión sanitaria.

Discusión

Los diversos modelos que ha experimentado la AP de nuestro país a lo largo de los años no han resuelto los problemas crónicos que ésta padece. La masificación, la excesiva burocracia, la insatisfacción profesional y muchas veces la inefficiencia han sido una constante histórica. La experiencia que explicamos en este artículo, llevada a cabo por profesionales que se organizan de una manera diferente, pudiera tratarse de un camino hacia la solución, al menos parcial, de los mencionados problemas.

Por otra parte, la posibilidad de participar en nuevos proyectos organizativos como el nuestro constituye una motivación para los profesionales en el desarrollo de su aprendizaje, en potenciar su compromiso, estimular la actividad laboral diaria y favorecer el trabajo multidisciplinario del equipo. En estos aspectos estamos de acuerdo la totalidad de integrantes del proyecto GAPI. Además, participar en una experiencia de autogestión en AP, nos está permitiendo a los profesionales aprender estrategias organizativas de nuestra actividad asistencial diaria que permiten mejorar la eficiencia en un modelo centrado en el paciente.

Analizando los resultados obtenidos hasta el momento, consideramos que el modelo de autogestión profesional que estamos desarrollando en nuestro centro (modelo GAPI) puede ser una alternativa válida respecto al tipo de organización tradicional que existe en AP (equipo asistencial coordinado por un director médico). Por esta razón desde enero de 2011 se ha implementado el modelo GAPI entre el resto de profesionales de nuestro CAP. Habrá que analizar en un futuro a medio plazo si los resultados obtenidos en los 2 primeros años de esta experiencia se mantienen o mejoran cuando todo el centro funciona de la misma forma. Además tendremos que esperar a obtener resultados definitivos, especialmente en lo que se refiere a indicadores de salud y funciones propias de la AP como control de enfermedades crónicas y actividades preventivas y comunitarias. Si dichos resultados fueran satisfactorios podría ocurrir que los gestores sanitarios se plantearan la posibilidad de que otros centros se organizaran siguiendo un modelo de autogestión tipo GAPI o similar.

El punto débil que observamos para externalizar nuestra propuesta es que ésta se desarrolla en un área básica de salud urbana con población de clase media-alta, donde muchos usuarios disponen de doble cobertura sanitaria (mutuas médicas y sistema público de salud). Aun así, el nivel de frecuentación y de cobertura en nuestro centro es elevado y ello no ha constituido un problema para nuestro sistema de funcionamiento y creemos que en zonas con una mayor dependencia de la salud pública en exclusiva, el sistema de autogestión se podría aplicar de manera similar. Una población de otras características requeriría una diferente planificación y organización, pero son los profesionales de AP los que mejor conocen su población y sus necesidades de salud para determinar la mejor manera de organizar su actividad diaria para poder atender mejor a los ciudadanos.

Vivimos unos momentos significativos de crisis económica y social, se nos está pidiendo una máxima eficiencia y además se reducen los gastos de personal disminuyendo la contratación de profesionales interinos y suplentes. Todo ello sin mermar la calidad de la atención que se presta a los usuarios. Aunque parezca un reto difícil de conseguir, nuestro sistema conjuga la autocobertura de profesionales y la disminución de costes sin que se hayan deteriorado los indicadores de salud propuestos por las autoridades sanitarias.

Conclusiones

La autonomía en la gestión del día a día puede ser una oportunidad de mejora que permita a los profesionales organizarse en torno a pequeños equipos humanos, estimulando la capacidad de gestión y de innovación, mejorando y recuperando habilidades, actitudes y aptitudes profesionales, potenciando el liderazgo clínico y personalizando el servicio al ciudadano.

Igual que ha sucedido con otros modelos de gestión, con el modelo GAPI se ha devuelto a los profesionales la propiedad sobre su trabajo y puesto a su disposición la capacidad de organizarlo para obtener mejores resultados, aumentando así su satisfacción. Sin asumir riesgos empresariales, los profesionales han disfrutado de mayor autonomía y a cambio han ofrecido responsabilidad e implicación. Cabe destacar en este sentido el rol que han adoptado los profesionales de administración del grupo, convirtiéndose en auténticos administrativos sanitarios.

El modelo GAPI ha innovado y mejorado la atención al usuario y desde el inicio de su implementación ha demostrado ser más eficiente respecto a la utilización de productos intermedios y a indicadores cualitativos de farmacia, comparado con el modelo organizativo tradicional.

Creemos que este sistema puede ser una alternativa a la gestión tradicional y ser reproducible en otros CAP, aunque debemos esperar a tener resultados definitivos en indicadores y objetivos de salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Jaume Benavent Areu por haber sido el impulsor del modelo GAPI, a la Sra. Gloria Ballart López y a la Sra. Lidia París Puigcerver por su labor en la extracción de datos para elaborar el presente artículo, y a todos los profesionales del CAP Les Corts por su trabajo diario.

Bibliografía

1. Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero-Cortes P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish Health Care System. *Health Aff (Millwod)*. 2010;29:1432–41.
2. Atención Primaria en transición: análisis comparativo internacional. Barcelona, 13 de Abril de 2007, Colegio de Médicos de Barcelona y Fundación Salud, Innovación y Sociedad [consultado 6 Jul 2010]. Disponible en: http://www.fundsis.org/actividades/jornadas-y-seminarios/realizadas/detalle_85.htm
3. Casajuana J. Diez minutos, qué menos! *Aten Primaria*. 2001;27:297–8.
4. Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*. 2005;35:108–9.
5. Álvarez Montero S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. *Aten Primaria*. 2010;42:528–33.
6. De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de Salud. SEMERGEN. 2003;29:14–6.
7. Grupo Antiburocracia de Madrid [actualizado 16 May 2010] [consultado 8 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/greco/gab-madrid.htm>
8. Conrad P. The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
9. Tudor Hart J. A new kind of doctor. Londres: Merlin Press; 1998.
10. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med*. 2003;138:288–98.
11. Rohlfis I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Catalunya. Informe de la Fundación Galatea. Ed. Fundación Galatea, 2007 [consultado 8 Jul 2010]. Disponible en: <http://www.fgalatea.org/pdf/salut.cat.pdf>
12. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007;80:2–10.
13. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract*. 2007;24: 41–7.
14. Tudor Hart J. Why are doctors so unhappy? Unhappiness will be defeated when doctors accept full social responsibility. *BMJ*. 2001;322:1363–4.
15. Gual A, Oriol-Bosch A, Pardell H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:363–8.
16. Gogorcena MA, Castillo M, Casajuana J, Jové FA. Accessibility to primary health care centers: experience and evaluation of an appointment system program. *Qual Assur Health Care*. 1992;4:33–41.
17. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003;20:311–7.
18. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expectations*. 2008;11:384–90.
19. Pink DH. Drive: the surprising truth about what motivates us. 1.^a ed. Nueva York: Riverhead Books; 2009, 13-978-1594488849.