

Análise do documento para o traslado dos obxectivos do acordo de xestión 2011 aos servizos asistenciais.

Acordo de xestión-s 2011 (ADX-S) 2011. Un ano despois.

Jesús Rey García

Centro de Saúde de A Estrada. Xerencia de Atención Primaria (XAP) de Pontevedra.

Cad Aten Primaria
Ano 2011
Volume 18
Páx. 64-68

RESUMO

Neste artigo, ademais de analizar o documento para o traslado dos obxectivos do acordo de xestión 2011 (ADX-S 2011) aos servizos e profesionais de AP, inténtase comparar dúas maneiras diferentes de xestionar os recursos sanitarios e trasladar aos profesionais e usuarios as directrices e liñas estratéxicas da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde, analizando dous métodos, parecidos pero diferentes, utilizados por dúas administracións sanitarias consecutivas no tempo.

Quen non sabe onde vai, dificilmente poderá actuar nin medir os seus resultados. Máis alá de fermosos discursos, destes obxectivos soamente se deduce que a diminución do gasto é para o único que serve a Atención Primaria.

No momento en que envío este artigo, non sei si os xestores que os redactaron, e debido a gran contestación que se está producindo por parte dos profesionais, van a modificalos total ou parcialmente, pero no momento actual é o que temos.

PALABRAS CLAVE

Xestión sanitaria. Obxectivos. Atención Primaria. Protocolo de actividade. Acordo de Xestión. Produtividade.

INTRODUCCIÓN

Hai algo máis dun ano presentamos, unha compañeira e máis eu, nesta mesma publicación un artigo analizando o acordo de xestión 2010. Pois ben, por desgraza, o Servizo Galego de Saúde volve a darme a oportunidade de facer unha análise dos obxectivos deste ano. Probablemente algún dos argumentos que vou a utilizar sexan similares aos do ano pasado, pois aínda que os modificaron algo, xa quero manifestar ao inicio do artigo que, dende o meu punto de vista, non foi precisamente para melloralos.

Antes de empezar, quero matizar que no artigo vou a analizar os indicadores utilizados para medir os obxectivos corporativos comúns para todas as áreas, e algúns específicos que poden afectarles a unhas áreas e non a outras (exclusivamente dos facultativos). Tamén dicir que a análise é feita na terceira semana de maio, e como aínda non están asinados, e existe unha grande protesta por parte de todos os profesionais poderían ser modificados parcialmente.

A primeiros de mes de maio presentouse por correo electrónico aos xefes de servizo das diferentes áreas de Atención Primaria (AP) o acordo de Xestión-S (ADX-S) 2011 para o seu traslado aos profesionais do servizo.

O documento de traslado do ADX-S 2011 aos servizos asistenciais componse de catro tipos de obxectivos fundamentais: Os obxectivos básicos (de obrigado cumprimento), obxectivos da área sanitaria, obxectivos xerais, e os obxectivos específicos. O peso de cada un deles na avaliación final é, respectivamente, dun 5%, 70%, e un 30% para os específicos; sendo os obxectivos básicos, no caso de non acadarse, excluíntes para o análise do resto de obxectivos (Táboa 1).

I. FILOSOFÍA ^{1,3-5,6,9,19,20,23}

Complemento de Produtividade Variable (CPV). Historia vs perversidade.

Os que xa levamos anos traballando no Servizo Galego de Saúde recordamos que, a principios da década dos 90, produciuse un cam-

Correspondencia

Jesús Rey García
Email: jesus.rey.garcia@sergas.es

bio no modelo retributivo dos profesionais do novo modelo de AP, e introduciuse por primeira vez o concepto do CPV. Cando se analizaron os cambios que significaban para os profesionais déronse conta que algún deles perdían retribucións respecto ás nóminas anteriores, motivo polo que se decidiu adiantar o 50% da CPV repartido nas nóminas mensuais.

Tendo isto en conta, o primeiro que debería de quedar claro é que a porcentaxe de cumprimento de obxectivos soamente se debería de aplicar sobre o 50% de CPV restante, nunca sobre o montante global da mesma, pois sería unha nova baixada de soldo.

TÁBOA 1

Proposta de avaliación ADX 2011

Obxectivo	Porcentaxe	CPV
Obxectivos básicos (obrigado cumprimento)		Excluínte
Porcentaxe de prescripción de novidades terapéuticas < 1,5%		
Obxectivo ligado á consecución dos obxectivos de área	5%	5%
Obxectivos xerais		75%
1. Obxectivos de información	10%	
2. Accesibilidade	10%	
3. Adecuación (calidade)	20%	
4. Eficiencia	35%	
Obxectivos específicos dos servizos		20%
1. Implantación de novo servizo en Atención Primaria (escoller según servizo)	10%	
2. Formación e docencia	5%	
4. Adherencia ó circuito de reclamacións	5%	

Desigualdade entre profesionais e servizos³⁻⁵

Outra curiosidade na análise do ADX-S 2011, e que na introdución di que "o presente documento ten como obxectivo facilitar o traslado do ADX-S a través dun procedemento que responda a unhas liñas mestras homoxéneas para todos os Servizos da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde".

Se se fala de liñas homoxéneas e de que a implicación dos profesionais é imprescindible para acadar os obxectivos propostos, parece que os xestores do Servizo Galego de Saúde se esquecen de que soamente poden falar de parte dos profesionais, pois sábese ben que os compañeiros de APD non integrados ou integrados funcionalmente no chamado novo modelo de AP non perciben o CPV, co cal, sen facer unha análise previa sobre se existen diferenzas ou non entre profesionais con e sen CPV, desvirtúase totalmente unha ferramenta que, como ben se di na introdución, debería de valer para "promover a máxima efectividade, calidade, seguridade, equidade e satisfacción na provisión de servizos sanitarios garantindo a sustentabilidade do sistema sanitario".

A implicación dos profesionais³⁻⁵

No documento cítase que "para realizar o seguimento da actividade desenvolvida no exercicio 2011 nas áreas sanitarias establécense un conxunto de indicadores que foron definidos e acordados conxuntamente polo persoal dos Servizos Centrais do Servizo Galego de Saúde e os equipos directivos dos seus centros e áreas sanitarias".

Na análise dos obxectivos nótase claramente que, aínda que os equipos directivos das áreas poida que participaran na elección dalgúns indicadores, non o fixeron na elección dos obxectivos básicos e probablemente dos de área e xerais. Quen quixo facer a translación das liñas estratéxicas aos profesionais obrigatoriamente ten que descoñecer o traballo dos profesionais da AP. Tampouco deben darse conta de que a implicación dos profesionais é básica para que a produtividade da empresa sexa mellor. Está demostrado que profesionais descontentos producen menos e máis caro.

Na anterior lexislatura, dende os servizos centrais do Servizo Galego de Saúde, tamén se intentaban trasladar as liñas mestras da institución, pero traballábase coa filosofía de que as mellores ideas case sempre veñen de "abaixo", e para intentar un sistema máis descentralizado e coparticipativo cos profesionais, na elaboración dos PA (protocolo de actividade) destes anos, participaban activamente todos os equipos directivos das xerencias de Atención Primaria de Galicia (Directores asistenciais e de enfermaría fundamentalmente) e dos servizos centrais do Sergas. Tíñanse tamén en conta as opinións trasladadas por parte de xefes de servizo/unidade, coordinadores de servizo, e as conclusións da Mesa de Calidade constituída para elaborar o Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia, así como as dos grupos de traballo dos diferentes profesionais de AP creados como consecuencia do Plan de Mellora e do Plan da Muller (enfermería, odontólogos, hixienistas, fisioterapeutas, traballadores sociais, área administrativa...). Na totalidade participaban máis de 200 profesionais.

Penso que na actualidade os obxectivos son transmitidos verticalmente, e ninguén está en posesión da verdade absoluta.

Competencia inadecuada

Tal e como está formulado o contrato, en moitas ocasións, pode chegar a provocar unha loita de intereses e situar fronte a fronte ao médico de atención primaria e ao de atención especializada, e ademais fronte ao enfermo, en competencia polos recursos. No caso da prescripción inducida veremos claramente as dificultades que o acordo pode supoñer. Ademais o ADX-S crea novas desigualdades no sistema sanitario por utilizar un obxectivo "imprescindible" como son as novidades terapéuticas soamente para os facultativos con dereito á CPV.

Medición

O primeiro paso de toda actuación debe ser coñecer o punto de partida para poder medir o esforzo, e a efectividade das medidas que

se levarán a cabo. Os profesionais teñen dereito a coñecer dende onde parten. Non se proporcionan os datos necesarios para evitar unha avaliación inxusta, condicionando unha mala xestión de recursos públicos. É por iso que, dado que non se aportan, sexa razoable dudar de que foran analizados previamente á realización desta nova proposta.

Moitos dos obxectivos, ademais, non están axustados por variables, e sen estes axustes non ten sentido comparalos.

II.OBXECTIVOS E INDICADORES^{9,17-19,23}

No que atinxe aos obxectivos e indicadores propiamente ditos, quixera matizar soamente algúns deles :

1. Obxectivos imprescindibles. Porcentaxe de prescrición de novidades terapéuticas < 1,5%¹⁷⁻¹⁹

Supeditar o cumprimento de obxectivos a practicamente eliminar a posibilidade de receitar novidades terapéuticas non ten explicación posible, non é aceptable conceptualmente e supón unha ameaza á liberdade de prescrición. Os facultativos non temos nada que ver coa súa aparición no mercado. Son fármacos aprobados para o seu uso por organismos estatais e europeos. De ter que quitarlle a produtividade a alguén (se se demostrase que non son beneficiosos), sería en tal caso aos encargados de aceptalos (AEMPS).

Tamén temos que ter en conta que os obxectivos son presentados avanzado o mes de maio e a prescrición electrónica xa está feita, en moitos casos para todo o ano. ¿Ou proponse que volvamos a facer receitas por mes?

Ademais, teríamos que ter en conta que moitas destas receitas proceden da prescrición inducida que, segundo os estudos feitos pode supoñer en moitos casos máis do 50% do total da prescrición. Por certo, é moi curioso que, hoxe en día, non se nos poda medir e transmitir aos facultativos de AP exactamente a porcentaxe de prescrición inducida que soportamos malia que seguimos tendo a sensación de seguir sendo os secretarios da atención do segundo nivel. Por exemplo, acabo de ollar nas novidades que eu levo prescritos 17 envases de rosuvastatina, e iso que non lembro ter receitado "voluntariamente" ningunha.

Tamén, e aínda que non sexa obxecto deste artigo, vai ser curioso como aplican este concepto aos facultativos hospitalarios. ¿Valorarán igualmente a un anestesiista ou intensivista que a un endocrinólogo ou internista?. Vai traer moita "cola".

Outra incongruencia respecto ás novidades terapéuticas é, que dende que se presentaron os obxectivos, en dúas semanas xa recibimos polo menos 3 listados diferentes de novidades terapéuticas. Que se pretende?. Que cada día miremos a ver se a algún "iluminado" se

lle ocorre modificar o listado?. E en función de que?. De presións e intereses?.

Tamén é curioso que se inclúan dentro do listado de novidades as asociacións de principios activos nun só produto. Non aportan beneficio para o paciente aínda que soamente sexa porque teñen que tomar unha soa pastilla en vez de dúas?. Mediuse a adherencia ao tratamento?. Durante anos os profesionais defendíamos a posibilidade de xuntar principios activos nunha soa pastilla para mellorar a adherencia ao tratamento, e unha vez aparecen, pónenselle trabas. Inaudito.

Para rematar con este tema vou poñer un exemplo curioso. Tendo en conta a precariedade laboral pode suceder que un médico dun Servizo substitúa a outro que non está afectado pola produtividade. Se lle toca renovar as receitas aos pacientes e teñen novidades terapéuticas, o gasto impútaselle ao profesional que as emite. Significa que lle ten que modificar o tratamento afectado?. Como e quen llo explica ao sufrido paciente?.

En medio de todo este "desaguisado" atopámonos os médicos de AP, que nos estamos xogando a produtividade, e moitos pode que nun futuro a carreira profesional. Todo isto parece pouco serio, froito dunha mala planificación á hora de decidir o aforro e co fin de obter resultados inmediatos. As cousas ben feitas levan tempo, pero son máis efectivas.

2. Obxectivo ligado á consecución dos obxectivos da Área^{9,19}

Cales son os obxectivos da área?. Descoñezo indicadores nin datos de resultado. Necesitaríamos coñecer datos persoais dos profesionais da área.

Este obxectivo, non sería mais lóxico que estivese dirixido aos directivos dos dous niveis asistenciais para fomentar a colaboración entre ambos niveis?.

3. Obxectivos xerais

"Elixiranse para o pacto de obxectivos entre 10 e 15 indicadores dos recollidos na táboa I, que servirá como modelo de acordo". Penso que a diferenza entre cumprir 10 ou 15 obxectivos é bastante marcada.

3.4 Eficiencia(Táboa 2)

3.4.1 Porcentaxe de derivación adecuada (< 8%)^{14,19}

"Primeiras consultas de enfermidade solicitadas dende Medicina de Familia". Ao descoñecer os datos actuais realmente non sabemos se a cifra que se pide é moita ou pouca. Tampouco creo que sexa equitativo para todas as áreas, pois uns compañeiros teñen acceso á petición de probas complementarias que outros non temos, e en algunhas especialidades fomentan como primeira visita o que debería de ser unha sucesiva, usándonos aos médicos de AP como "mensaxeiros". Paréceme que en moitas especialidades é un indicador inverso. Ade-

mais, dubido que actualmente o sistema informático estea preparado para medir este obxectivo con fiabilidade. Por poñer algúns exemplos do noso servizo, acabo de reparar que eu derivo directamente a maxilofacial, e que se derivo á matrona do propio Servizo contabilízame coma unha derivación miña a tocoloxía. Outros compañeiros "conseguen" derivar a cirurxía plástica, algún "non existe", noutros casos os números absolutos non se corresponden coas porcentaxes...

No caso das derivacións o que se debería de analizar é a calidade das mesmas; así, por exemplo, poderíanse analizar as altas en primeira consulta.

TÁBOA 2

Obxectivos de eficiencia (35%)

Obxectivos xerais	Obxectivo	CPV
4.1. Porcentaxe de derivación adecuada	Primeiras consultas de enfermidade solicitadas dende Medicina de Familia. < 8%	(5%)
4.2. Porcentaxe de reingresos en menos de 8 días en pacientes con EPOC		(5%)
4.3. Prescrición		(20%)
Porcentaxe de prescrición eficiente (Anexo I)	> 97%	
Porcentaxe de prescrición de xenéricos fóra do Anexo I.	> 18%	
Prescrición non eficiente : envases totais non eficientes/ envases totais medicamentos.	<10%	
Porcentaxe de prescrición inducida por AH (non realizada)	< 10%	(20%)
4.4. Hora de comezo da atención efectiva de pacientes (actividade asistencial).	Como máximo 1 hora despois da hora de entrada	(5%)

3.4.2 Porcentaxe de reingresos en menos de 8 días para pacientes con EPOC.

Obxectivo perverso pois a taxa adecuada vai depender de moitas variables como por exemplo: idade do cupo do profesional, distancia ao hospital de referencia, atención realizada en urxencias, calidade da alta hospitalaria, problemas sociais, etc.... Podería utilizarse se se establecesen actuacións como a planificación ao alta de enfermaría, a programación dunha consulta na axenda do médico de AP tras a alta, ou similares. Outro tema é que na literatura, as referencias fáganse a 15-30 días.

3.4.3 Prescrición^{17,18,19,23}

3.4.3.1 Porcentaxe de prescrición eficiente (Anexo I) > 97%.

Tendo en conta que a perfección non existe, os indicadores non deberían de pasar nunca dunha porcentaxe determinada. A porcentaxe adecuada é variable, pero en case todas as avaliacións non se pasa do 90%, agás nalgún caso concreto en que se podería chegar ao 95%.

3.4.3.2 Porcentaxe de prescrición inducida por AH (non realizada) < 10%.

Este indicador, quere dicir que debemos de receitar máis do 90% da prescrición inducida por AH?. Xa sería o colmo de despropósitos.

4. Obxectivos específicos do servizo.

4.1. Formación e docencia (5%)^{13,20,21,23}

Chama a atención que a pesar do manifestado no ADX-S 2011: "As actividades de investigación e formación teñen un papel primordial na Estratexia Sergas 2014", os obxectivos de docencia e formación unicamente supoñan un 5% da porcentaxe.

III. CONCLUSIÓNS

Como conclusións, poderíase dicir que, o documento ADX-S 2011, recentemente presentado aos xefes de servizo, ten importantes problemas para ser asumido:

Segue sen ser participativo

Parece feito por persoas que descoñecen a situación actual da AP na nosa Comunidade e sen participación (ou moi escasa) dos equipos das xerencias e, por suposto, dos profesionais dos centros, que son os que realmente coñecen a súa realidade e as súas posibilidades.

Novidades terapéuticas

Incluír como imprescindible/excluínte as novidades terapéuticas é un atentado á liberdade de prescrición e trátase dun obxectivo inadecuado por moitas causas: non ser os facultativos os encargados da aprobación de fármacos, crea desigualdades no sistema porque existen facultativos en AP que non están afectados pola CPV (os cales poden ser intersubstituídos nalgúns casos por compañeiros que si son subsidiarios de percibila), non ten en conta a prescrición inducida, trata por igual aos médicos do segundo nivel sexan da especialidade que sexan, as listas de novidades son modificadas continuamente sen saber por que, e son presentados no mes de maio, cando a metade das receitas do ano xa están emitidas.

Medición

Vai haber problemas para a súa avaliación. Aos profesionais non se lles aporta previamente datos do seu punto de partida, e os obxectivos non están axustados por variables. Ademais, na actualidade, os datos dos sistemas informáticos teñen moitos erros e polo tanto son moi pouco fiables. Coñécense os datos actuais para cada un dos indicadores?. Relaciónase o estándar co obxectivo?. Tense en conta o axuste por área, por pirámide de idade?...

Propoñen obxectivos da área dirixidos aos profesionais

Parece que debería de ser un obxectivo dos equipos directivos dos dous niveis asistenciais máis que dos facultativos. Son descoñecidos polos profesionais e non dispoñemos de datos do resto de profesionais da área.

A Docencia e formación, que teóricamente debería de ser un dos motores do cambio e ter un importante peso na posible futura carreira profesional, aínda que mellorou respecto ao ano pasado, segue tendo un peso dun 5%, que non parece axeitado.

Propón algúns **indicadores mal formulados ou perversos, e con dificultades para súa avaliación**: porcentaxe de derivación adecuada, porcentaxe de prescrición inducida por AH, porcentaxe de prescrición eficiente superior ao 97%, porcentaxe de reingresos en menos de 8 días de pacientes cunha patoloxía crónica...

Seguen existindo problemas non resoltos da **utilización do IANUS** que, sendo alleos aos profesionais, entorpecen a consecución dos obxectivos propostos: non existencia da folia de monitorización, vacinas, programa do neno san, odontograma, lentitude da codificación, problemas de consistencia...

Os indicadores sempre deben de ser: **Relevantes, Válidos, Fiables e Viábles**. Os bos xestores, cando marcan obxectivos deben de facelo meditando ben e con tempo as propostas dos mesmos e os indicadores, consensuados previamente, e despois demostrar constancia e persistencia na súa consecución.

Finalmente quero matizar que o que subscribe este artigo é un profesional con máis de 30 anos de exercicio profesional, co grado IV de carreira profesional, que no momento actual cumpre o obxectivo de novidades terapéuticas, e que ademais traballa nun servizo de AP que durante o ano 2010 (previamente á implantación do "catálogo" e da modificación dos prezos de referencia) aforrou 875.000€ en gasto farmacéutico (10% de aforro, mentres a media da Comunidade subiu o 0,7%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jesús Rey García, Ana Clavería Fontán. Análise do documento para o traslado dos obxectivos do acordo de xestión 2010 aos servizos asistenciais. Acordo de xestión 2010 (adx 2010). Cadernos de Atención Primaria. 2010;17:49-54.
2. Jesús Rey García, Ana Clavería Fontán, Manuel Do Muíño Joga, Bernardino Vázquez Abal. Plan de Mellora de Atención Primaria 2007-2009. Valoración das actuacións aos 2 anos. Cadernos de Atención Primaria. 2009;16:230-234.
3. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde. Protocolo de Actividade 2007. Documento interno.
4. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. División de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde. Protocolo de Actividade 2008. Documento interno.
5. Servizo Galego de Saúde. Documento para o traslado dos obxectivos do Acordo de Xestión 2011 (ADX-S 2011) aos Servizos Asistenciais. Documento interno.
6. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011. Benvidos + Benvidas á boa saúde. Santiago: Xunta de Galicia; 2008. [actualizado citado 10 mai 2010] Disponible en:
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento "Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI, 2007-2012". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
8. Navarro V, Martínez-Zurro A, Violán C (ed.). La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Proyecto de investigación. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2009.
9. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. Servizo Galego de Saúde. Propostas de transformación de la Atención Primaria en Galicia. Informe técnico. Santiago: Escola Galega de Administración Sanitaria (Fegas); 2009. [actualizado citado 10 mai 2010] Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?dPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PlanMelloraAPO1.pdf&hifr=900&seccion=0
10. Consellería de Sanidade. Subdirección Xeral de Información e de Servizos Tecnolóxicos Memoria 2007 Sistema Público de Saúde. Santiago: Xunta de Galicia; 2008.
11. Decreto 66/2009 de 14 de julio de Creación de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica. Boletín Oficial del Principado de Asturias (BOPA). 23-07-2009.
12. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. Dirección de Servicios Sanitarios. SESPA. Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria. Resultados de los 5 Centros Piloto monitorizados durante el año 2009. Área de Calidad. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010.
13. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Aseguramento e Planificación Sanitaria. Subdirección Xeral de Docencia e Investigación Sanitaria. Bases para o Plan de Formación Continuada do Sistema Sanitario de Galicia. Santiago: Xunta de Galicia; 2007.
14. Casajuana, J (coordinador). La gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2007.
15. Hutchinson A, McIntosh A, Cox S, et al. Towards efficient guidelines: how to monitor guideline use in primary care. Health Technol Assess 2003; 7(18).
16. Palomo L (coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: FADSP/ CCOO: Fundación "1º de Mayo", Ediciones GPS; 2010.
17. Indicadores de calidad de la prescripción. Contrato de gestión 2009. Servei de Salut. Dirección Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2009.
18. Algunas consideraciones sobre los indicadores de farmacia del Acuerdo de Gestión de Atención Primaria para el año 2009 de la Agencia Valencia de Salud. Grup del Medicament. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. 8 de julio de 2009.
19. Blog Atención Primaria: 12 meses doce causas. "Calendario participativo". Mayo: Gestión y políticas inteligentes en Atención Primaria. Abril: Atención Primaria, de una parte al todo. Marzo: Es la hora de la emancipación de la Atención Primaria. 2011. Disponible en: <http://apxii.wordpress.com/>
20. Instituto de Información Sanitaria. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Desarrollo o, usos y contenido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Available from: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>.
21. Observatorio del SNS. Informe del Sistema Nacional de Salud. [02/03/2011]; Available from: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>.
22. Needham G, Grimshaw J. Guidelines for Healthcare Professionals who prescribe Imaging Investigations involving Ionising Radiation. Update Mars 2008. Final Report to the European Commission for Grant Agreement SUBV99/134996. Directorate-General for Energy and Transport. Directorate H – Nuclear Energy. Unit H.4 – Radiation Protection; 2007 [02/03/2011]; Available from: http://ec.europa.eu/energy/nuclear/radioprotection/publication/doc/118_update_en.pdf.
23. Peiró S, García –Altés A. Posibilidades y Limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Gac Sanit. 2008; 22(supl1):143-55.