

# Análise do documento para o traslado dos obxectivos do acordo de xestión 2010 aos servizos asistenciais. Acordo de xestión 2010 (adx 2010)

Jesús Rey García

Centro de Saúde de A Estrada. Xerencia de Atención Primaria (XAP) de Pontevedra. Ex-Subdirector Xeral de Calidade e Programas Asistenciais do Servizo Galego de Saúde. Licenciado en Medicina e Cirurxía. Suficiencia Investigadora. Médico especialista en Medicina Familiar e Comunitaria.

Ana Clavería Fontán

Técnica Senior. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Doutora en Medicina. Médico especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública.

Cad Aten Primaria  
Ano 2010  
Volume 17  
Páx. 49-54

**Fonte de financiamento:** ningunha.

**Posibles conflitos de interese:** ningún.

## RESUMO

Neste artigo analízase o documento para o traslado dos obxectivos do acordo de xestión 2010 (ADX 2010) aos servizos asistenciais, recentemente presentado polas Xerencias de Atención Primaria aos xefes de servizo e de unidade.

Con él esténdense as liñas estratéxicas da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde aos profesionais. Os compromisos de xestión propostos para o 2010 (obxectivos e actuacións prioritarias) establecen os obxectivos a cumprir e os seus indicadores, mailos obxectivos vinculados ao complemento de produtividade variable (CPV).

**Palabras clave:** Estratexia. Xestión sanitaria. Acordo de Xestión. Obxectivos. Profesionais. Incentivos.

## INTRODUCCIÓN

A finais do mes de marzo, presentouse aos xefes de servizo das diferentes áreas de Atención Primaria (AP), a extensión aos profesionais do acordo de xestión (ADEX 2010), asinado polo Servizo Galego de Saúde e os xerentes de AP e Atención Especializada (AE)<sup>5</sup>.

O documento de traslado do ADX 2010 aos servizos asistenciais componse de dous tipos de obxectivos fundamentais: Os corporativos, que na avaliación final representan o 60% da produtividade, o os obxectivos específicos, de área/servizo, cun peso do 40% (Táboa 1).

TÁBOA 1

Proposta de avaliación ADX 2010

	CPV	
Obxectivos Corporativos	Incremento utilización do IANUS	5%
	Porcentaxe de prescrición electrónica	5%
	Lista de Espera:	15%
	- TME en LE	
	- cirúrxica	
	- consultas	20%
	- TME de pacientes en prioridade 1	
	Porcentaxe de prescrición de xenéricos	5%
Implantación de dúas vías rápidas de consulta en sospeita de patoloxía grave cun tempo medio en espera (TME) <15 días	5%	
Posta en marcha de un proceso asistencial integrado	3%	
Seguridade de pacientes e profesionais	2%	
Investigación, docencia e innovación		
Obxectivos Específicos da Área / Servizos	40%	

No presente artigo intentaremos analizar a globalizade do documento e tamén facer un análise mais pormenorizado da maioría dos obxectivos.

## I. FILOSOFÍA<sup>3,4,6,8</sup>

### Implicación dos profesionais

Liñas estratéxicas. Entendemos que Estratexia, forma derivada do grego: stratos + agein, é o arte de conducir ao exército. O documento marca algunha liña estratéxica pero esquécese da Táctica, forma tamén derivada do grego: taktike: arte de dispoñer as tropas e manobrar. No documento exprésase moi correctamente que a implicación dos profesionais é imprescindible para alcanzar os obxectivos propostos. De todos é coñecido que soamente pode existir un entorno motivado, si os obxectivos conxuntos e individuais están alienados e se satisfacen de forma razoable e equitativa. ¿Como se pode explicar entón que o contrato non explicita a participación de pediatras e de profesionais non médicos, como enfermeiros/as, Fisioterapeutas /Farmacéuticos /Odontólogos e Traballadores sociais, ou persoal dos PACS?<sup>8</sup>.

### Correspondencia

Jesús Rey García. e-mail: jreygar@mun-do-r.com  
c/ Montero Ríos, 34. 1º C. 15706 Santiago de Compostela.

### *Mellora Continua*

O contrato de Xestión fai referencia a un proxecto de mellora continua, pero non existe no mesmo ningún apartado que valore a aplicación dunha metodoloxía de calidade orientada á identificación, priorización, análise e resolución de problemas.

### *Autoxestión*

É difícil de entender que o contrato, si utiliza a filosofía de mellora continua, non potencie a autoxestión dos centros e elimine completamente a autonomía dos servizos, anulando a súa capacidade de dirección e decisión en todo o relativo ao contrato de xestión. Con mais competencias e coa asunción dalgunhas responsabilidades sobre o resultado final obteríanse mellores resultados. Incluso para obxectivos específicos anímase ás Xerencias a que os propongan elas, e non os servizos. Tampouco ten en conta un nivel tan básico de xestión interna como é a distribución de responsabilidades dentro do centro. Este aspectos relacionados coa autoxestión están a ter un interesante desenvolvemento en Asturias<sup>10-11</sup>.

### *Uniformidade*

Integración non quere dicir facer igual o que é diferente. Non todos os centros teñen a mesma situación de partida, dado que non están na mesma situación xeográfica, coas mesmas condicións de dispersión e envellecemento poboacional, coa mesma proporción de pensionistas e coas mesmas condicións administrativas. As carteiras de servizos aínda son moi diferentes entre uns centros e outros, e os aspectos organizativos tamén. Hai centros aos que lles vai resultar moi difícil alcanzar aspectos propostos, e outros que dende fai anos xa teñen desenvolvementos aspectos considerados como novidosos no contrato. O establecemento de criterios e obxectivos comúns para tódalas áreas e servizos sen ter en conta o seu tamaño, situación xeográfica, nivel organizativo e desenvolvemento tecnolóxico, supón un freo para os que xa están a un nivel mais avanzado e tiñan claro o seu horizonte<sup>9</sup>.

### *Competencia inadecuada*

Tal e como está plantexado 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. Así, por exemplo, a inadecuada praxis de indicar ao usuario, en consultas externas, que solicite en Atención Primaria unha cita para revisión, melloraría a produtividade do especialista cando penaliza á primaria, ao usuario, e ao sistema. O inverso tamén se aplica: Falta o estímulo ao traballo en equipo<sup>13</sup>.

### *Medición*

O primeiro paso de toda actuación debe de 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 inícuca, condicionando unha mala xestión de recursos públicos. É por elo que, dado que non se aportan, sexa razoable, dudar que foran analizados previamente á realización desta nova proposta. Un exemplo a seguir sería o realizado recentemente en Aragón<sup>20</sup>.

Os obxectivos, ademais, non están axustados por variables, algunhas con tanto impacto como a idade, e sen estes axustes non ten sentido comparalos.

### *Innovación*

No contrato deste ano cítase o "manual de procedementos" para o seguimento de Diabetes Mellitus e HTA, cando recentemente se elaboraron uns novos indicadores e un manual de seguimento compartido. Propóñense como novidosas formas de traballar que algúns centros xa teñen superado. Por exemplo, existen centros que xa utilizan na súa práctica diaria guías de actuación para traballar de forma compartida coa atención especializada, mediante e-medicina, utilizando os mesmos protocolos de actuación para o diagnóstico, seguimento, e control de patoloxías crónicas. Priorizando coa e-medicina, a interconsulta fronte a derivación, mellorando a continuidade dos procesos asistenciais, evitando a duplicidade de probas<sup>14</sup>, desprazamentos innecesarios, favorecendo o intercambio de comunicación, e diminuindo a lista de espera hospitalaria, en definitiva, facendo un uso máis eficiente dos recursos.

## II. OBXECTIVOS E INDICADORES

No que atañe aos obxectivos e indicadores propiamente ditos, quixéramos matizar algúns puntos:

### 1. Calidade da historia clínica electrónica (Táboa 2)

Sería convinte e necesario clarificar como se vai medir este indicador, e a que fai referencia o 50% (o 50% das consultas anuais, ou o 50% dos rexistros da área).

TÁBOA 2

Obxectivos relativos á historia clínica electrónica (HCE)

Obxectivos	Ámbito asistencial	
	Centros saúde	Hospitais
Corporativos		
Porcentaxe de utilización Historia clínica:		
Consultas centros de saúde ( No administrativas )	> 75 %	?
Porcentaxe de prescrición electrónica	> 75 %	?
Calidade da historia clínica (problemas, antecedentes, episodios codificados,...)	> 50 %	?
Rexistro electrónico de crónicos co código CIAP:		
HTA	> 12 %	?
DIABETES	> 6 %	
DISLIPEMIA	> 10 %	
EPOC	> 2 %	
Específicos	-	-

- *Antecedentes persoais.* O rexistro de antecedentes persoais non parece un bo indicador para medir a calidade da historia clínica electrónica en AP, xa que a atención que se presta neste nivel é lonxitudinal, polo que os antecedentes xa están reflectidos nos problemas e episodios que o paciente vai padecendo ao longo da súa vida.

Dicir ademais, no aspecto técnico, que a súa medición en IANUS, pode xerar resultados non fiables, posto que se un paciente non ten antecedentes este apartado aparecerá sempre sen cubrir, e polo tanto "como non realizado". Por outra parte o programa non permite introducir de forma sinxela "non antecedentes destacables" o que significa que a non introdución non se diferencia da ausencia de antecedentes.

Dunha maior transcendencia clínica sería o correcto rexistro das alerxias, que deberían estar cubertas ao 100%, sexa co SI ou co NON.

- Rexistro electrónico de crónicos. É necesario aclarar que significan as porcentaxes que se expresan, e a que grupo de idade (> 14 anos, >18, >65) fan referencia.
- Usabilidade do IANUS. Un bó incentivo para que se use o IANUS sería que mellorase a súa usabilidade e permitira suprimir definitivamente a historia en papel. No estado actual do programa iso non é posible, e obriga a utilizar os dous soportes. Isto ven derivado de que o programa non permite o seguimento adecuado dos pacientes crónicos por carecer dunha folla de monitorización, non ten habilitado o formulario para o seguimento das actividades preventivas, a introdución das vacinas, as actividades do neno san, non hai acceso ao odontograma...<sup>16,17</sup>.

A codificación é moi lenta, e provoca unha perda innecesaria de tempo. A interactividade é discreta, e non permite un fluído e eficaz intercambio de información entre o usuario e o programa. Ademais ten problemas de consistencia, ao manexar distintas aplicacións, IANUS, SIGAP e áreas non integradas.

En definitiva os indicadores de actividade cualitativa teñen máis problemas de "interfaz" e non de usuario.

## 2. Accesibilidade (Táboa 3)

Unha vez máis enténdese que ao valorar a accesibilidade soamente se ten en conta as consultas de medicina de familia, non a doutros profesionais.

### 2.1. Corporativos.

Citas para demanda. O obxectivo "porcentaxe das citas para consulta a demanda dadas con antelación >72 horas < 80%", é incon-

**TÁBOA 3**

Accesibilidade

Obxectivos	Ámbito asistencial	
	Centros saúde	Hospitais
<b>Corporativos</b>		
Porcentaxe de citas para consulta a demanda dadas con unha antelación de: >72 horas	<80%	-
Tempo medio ao terceiro oco de medicina de familia	<1	-
<b>Específicos</b>		
% consultas burocráticas	< 25 % de todas las consultas	
Control de la frecuentación	< media área 2009	

gruente e perverso. O lóxico sería fomentar que os usuarios soliciten cita con antelación ao día da consulta, e marchen do centro coa próxima cita marcada, para evitar á primeira hora colas nos centros e saturación das chamadas. Debería promoverse que a axenda do profesional a xestione él mesmo, e non o usuario. Unha axenda variable, adaptada á situación do centro, cos parámetros de deseño e as actividades acordadas coa xerencia e internamente para a xestión de ausencias<sup>15</sup>.

### 2.2. Específicos.

Frecuentación. Esta variable está moi ligada a factores demográficos e xeográficos. Inflúe a xestión que cada profesional fai da súa consulta pero ademais a súa interpretación está condicionada por este factor e por outros (morbilidade, accesibilidade, etc.), o que fai sumamente difícil a súa valoración e a intervención directa sobre a mesma. Unha alternativa sería enfocarse aos hiperfrecuentadores, que sí sería un obxectivo cuantificable e xestionable. Tamén facilitaría moito as cousas que os pacientes saísen do hospital coas citas de revisión "volva o próximo ano" xa anotadas (se foran necesarias)<sup>15</sup>.

## 3. Eficiencia Asistencial.

Telemedicina. Non é moi explicable que no momento actual, neste apartado de eficiencia asistencial, se se quere mellorar a integración entre atención primaria e especializada e a calidade da atención que se presta aos usuarios, non se propoña desenvolver plans de coordinación baseados na Telemedicina, co fin de establecer unhas regras de xogo de atención compartida, baseada nunha adecuada circulación de información entre os dous niveis asistenciais, priorizando a interconsulta sobre a derivación, coa finalidade de conseguir unha perfecta continuidade dos procesos asistenciais, diminuíndo as derivacións a especializada como resultado de exploracións ou revisións asumibles pola AP, e transmitindo aos usuarios que traballamos cun mesmo protocolo de actuación.

## 4. Sostenibilidade. (Táboa 4)

Como sucede co resto do contrato, ao uniformizar óbviase variables que deberían ser tidas en conta:

**TÁBOA 4**

Obxectivos de gasto en farmacia

### CONTROL DE CUSTES EN FARMACIA

Corporativos

Gasto / usuario (€) 23

Gasto / receita (€) 13

Porcentaxe de xenéricos prescritos\*  $\geq 14/20\%$

Porcentaxe de prescrición por principio activo  $>10\%$

Gasto en farmacia hospitalaria

- pacientes ingresados i

- pacientes externos -

Participación no control do gasto dos capítulos I e II -

Específicos

Gasto en "parches" ? -

Facturación a terceiros- PAC

- Ámbito urbano/rural. Está demostrada a súa relación directa coa utilización dos recursos.
- Dispersión xeográfica e distancia ao hospital de referencia. Tamén están asociados directamente a un maior gasto, polos mesmos motivos que a variable ámbito.

#### O gasto está influenciado por características do centro de traballo:

- Modelo asistencial. Implicar aos profesionais de APD na prescripción de xenéricos, é algo que non se aborda.
- Frecuentación. Esta variable, que reflexa a demanda que xenera a morbilidade da poboación, é unha das que mellor se asocian ao gasto. Xa comentamos as dificultades e posibilidades de xestión.
- Carteira de servizos. A carteira de servizos ofertados reflexa as actividades preventivas e a atención de procesos crónicos, polo que é unha variable que determina a carga de morbilidade coñecida. Un aumento na captación de pacientes pode xerar un aumento na prescripción.

#### O gasto está influenciado pola calidade da prescripción:

Existen estudos nos que se monitorizaron determinados indicadores de calidade que demostraron que aqueles médicos que tiñan un mellor perfil cualitativo de prescripción presentaban un menor gasto por habitante. Sen embargo non se atoparon diferenzas no referente ao custe por receita nin ao custe do tratamento, concluíndose que se debe priorizar na mellora da calidade da prescripción, e que ésta non se debe orientar unicamente cara o cambio a un fármaco de menor custo.

#### O gasto está influenciado pola prescripción inducida:

A prescripción inducida, segundo diferentes estudos, supón entre o 20 e o 50% da total se se considera a prevalencia, e entre un 40% e un 60% se se considera o custo. Sobre a prescripción inducida polos facultativos do nivel especializado, está constatado que o prezo medio da receita destes últimos é maior que o atribuído aos médicos de AP. Neste sentido, é urxentísimo promover a prescripción electrónica por xenéricos no ámbito hospitalario<sup>19</sup>.

#### O gasto por usuario está influenciado pola carga de traballo soportada:

Aqueles profesionais con máis número de ausencias terán menor gasto por usuario, e os que teñan máis número de acúmulos e inter-substitucións ou prolongacións, verán repercutido o gasto na variable, de maneira que o que máis traballe, máis penalización terá.

#### Axustes

Pensionistas e medio xeográfico. No obxectivo de reducir o gasto a 23 € dende unha media anualizada de 324 €, existe evidentemente un erro. Pero ademais, na táboa 5 vemos as diferenzas do gasto farmacéutico por área e por medio, sen embargo, no actual contrato todos temos o mesmo obxectivo, sen axustar tendo en conta a maior poboación de pensionistas.

#### Xenéricos

Evidentemente a porcentaxe de consumo de xenéricos ten demostrado que reduce o gasto farmacéutico. Pero esta medida hai que tratala con prudencia, podemos tratar unha Amigdalite, por. ex., con Cefixima e non o facemos mellor que se receita unha amoxicilina de marca.

Recoñecemos, de todas maneiras, que as medidas destinadas a fomentar o uso de xenéricos (prezos de referencia, seguimento do seu consumo, incentivación...) son adecuadas para frear o crecemento do gasto farmacéutico, pero hai que ter en conta variables como a situación de partida, a realización ou non de substitucións, a prescripción inducida por especialistas, e a prescripción derivada de substitucións e prolongacións de xornada.

Enténdese que sexa un obxectivo corporativo, pero o peso outorgado parece excesivo. Ademais, dada a situación de partida (media de Galicia inferior ao 11%), obrigar a un crecemento de casi o 100% en 9 meses, resulta excesivo. Hai que ter en conta, para os centros con e-receta, que esta puido ser xerada por un ano, que hai unha alta porcentaxe de prescripción inducida, e que co contrato pódese avaliar a carreira profesional (se volve a existir). Por outra parte sería razoa-

TÁBOA 5

Gasto farmacéutico por área e por centro. Xaneiro–Setembro 2009

	Activos						Pensionistas					
	Receitas	Gasto SERGAS	Gasto/rec.	Rec./usu.	Gast./usu.	Cidadáns	Receitas	Gasto SERGAS	Gasto/rec.	Rec./usu.	Gast./usu.	Cidadáns
AREA A CORUÑA	1.931.225	21.925.455,28	11,35	4,89	55,61	394245	5.492.543	89.548.178,38	16,30	34,60	564,12	158739
AREA FERROL	791.410	9.052.835,72	11,43	6,27	71,75	126157	2.713.440	45.124.446,10	16,62	42,64	709,13	63633
AREA LUGO	1.293.240	15.034.205,27	11,62	5,97	69,41	216586	5.182.718	91.369.030,83	17,62	41,68	734,96	124318
AREA OURENSE	1.154.836	13.264.849,10	11,48	5,72	65,80	201577	5.089.927	88.254.501,57	17,33	40,27	698,30	126383
AREA PONTEVEDRA	1.260.419	14.817.907,35	11,75	4,74	55,76	265727	3.958.055	71.092.374,85	17,96	36,55	656,61	108271
AREA SANTIAGO	1.291.360	15.342.801,42	11,88	4,79	56,99	269186	4.190.263	73.236.962,29	17,47	36,96	646,11	113350
AREA VIGO	2.036.640	23.264.738,37	11,42	4,81	55,02	422807	5.562.338	96.348.555,19	17,32	35,88	621,62	154994
ATENCIÓN PRIMARIA	9.759.130	112.702.792,52	11,54	5,14	59,43	1896285	32.189.284	554.974.049,20	17,24	37,88	653,15	849688

ble que os profesionais que empezan máis abaixo teñan que facer un esforzo maior pero sempre valorable.

En conclusión, a medida de ligar ao Contrato directamente á prescrición farmacéutica está pouco matizada, non axustada por variables, non considera a carteira de servizos, a calidade de prescrición, non ten en conta as substitucións, a prescrición inducida, non define períodos de referencia para o cálculo e, tal como está plantexada sitúa ao médico de primaria e especialista, fronte a fronte, e a súa vez fronte ao enfermo en competencia polos recursos<sup>16</sup>.

### 5. Seguridade de pacientes e profesionais

A prevención de caídas no domicilio parece unha medida pouco concreta, difícil de aplicar e medir e, polo tanto de dubidosa efectividade. Nembargantes, tódolos esforzos serían poucos para acadar unha atención domiciliaria e de cuidados paliativos con unha equidade real e cunha accesibilidade que non dependese do lugar de residencia.

### 7. Docencia<sup>12</sup>

Que a docencia, investigación, formación de pregrao e posgrao, e formación continuada, puntúe menos que, por ex., a guía para a prevención de caídas a domicilio reflexa a importancia que se lle da a este aspecto. Como ben se ten dito: "a necesidade de xerar coñecemento no ámbito sanitario é un dos motores máis importantes do cambio", pero non parece haber demasiado interese nelo.

### 8. Outros

Explicitase no contrato que o Servizo Galego de Saúde, como entidade prestadora de servizos sanitarios, ten como misión ofrecer servizos de calidade con eficiencia, cun modelo centrado no paciente e o seu entorno, pero aínda así non se introducen no mesmo datos sobre a satisfacción dos usuarios nin datos sobre o seu entorno.

## III. CONCLUSIÓNS

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

1. **Non é participativo.** Elaborado por persoas que descoñecen a situación actual da AP na nosa Comunidade e sen a participación dos equipos das xerencias e, por suposto, dos profesionais dos centros, que son os que realmente coñecen a súa realidade e as súas posibilidades<sup>8</sup>.
2. **Gasto farmacéutico.** Por primeira vez o inclúen dentro do contrato, con un peso importantísimo e uniforme para toda a Comunidade, sen ter en conta do que parta cada área ou centro, as características do mesmo, o número de pensionistas, descoñecendo e non podendo medir a medicación inducida por AE, non diferenciando lugares que xa teñen e-receita (e xa deron medicación para 6 meses), nin valorando as substitucións ou prolongacións de xornada (penalizarían)...

3. **Medición.** Vai haber problemas para a súa avaliación. Aos profesionais non se lles aporta datos do seu punto de partida, e os obxectivos non están axustados por variables. Propón utilizar o obsoleto "manual de procedementos de AP" cando existen recentes indicadores elaborados.
4. **Docencia, Investigación, Formación (pre e posgrado), e Formación continuada.** O seu peso, cando debería de ser un dos motores máis importantes do cambio, é un irrisorio 3%.
5. Non introduce nin fomenta temas tan importantes como a auto-xestión, telemedicina, comunicación, nin satisfacción dos usuarios, ou a atención ao tabaquismo (a intervención de maior coste-efectividade en AP)<sup>12</sup>.
6. Propón algúns **indicadores mal plantexados ou perversos:** porcentaxe das citas para consulta a demanda, frecuentación, rexistro de crónicos ou de antecedentes persoais no IANUS.
7. Existen problemas non resoltos da **usabilidade do IANUS** que, sendo alleos aos profesionais, entorpecen a consecución dos obxectivos propostos: non existencia de folla de monitorización, formulario do PAPPS, vacinas, programa do neno san, odontograma, lentitude da codificación, problemas de consistencia... E todo isto, nun contexto de paralización da carreira profesional por parte da actual administración, entre outros moitos problemas e/ou ameazas para a AP<sup>18,8</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento "Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI, 2007-2012". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Jesús Rey García, Ana Clavería Fontán, Manuel Do Muiño 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 2010 (ADX 2010) 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: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N3\\_T02.aspx?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PlanMelloraAP01.pdf&hifr=900&seccion=0](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PlanMelloraAP01.pdf&hifr=900&seccion=0)
7. 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.
8. Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais. Servizo Galego de Saúde. Propuestas 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?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf&hifr=1250&seccion=0](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=20243&uri=http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf&hifr=1250&seccion=0)
9. Consellería de Sanidade. Subdirección Xeral de Información e de Servizos Tecnolóxicos. Memoria 2007 Sistema Público de Saúde. Santiago: Xunta de Galicia; 2008.
  10. 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.
  11. 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.
  12. 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.
  13. Xerencia de Atención Primaria de Santiago. Servizo Galego de Saúde. Seguimento compartido de patoloxías crónicas nas consultas de atención primaria. Documento interno.
  14. Needham G, Grimshaw J. Guía orientativa de justificación en diagnóstico por la imagen. Actualización marzo 2008. Bruselas: Comisión Europea; 2008.
  15. Casajuana, J (coordinador). La gestión del día a día en el equipo de atención primaria. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2007.
  16. 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).
  17. Palomo L (coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: FADSP/ CCOO: Fundación "1º de Mayo", Ediciones GPS; 2010.
  18. Comité de indicadores de calidad de la prescripción del servicio de salud. Contrato de gestión 2009. Mallorca: Dirección Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2009.
  19. Anexo I de la orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas. Variables, indicadores y explotaciones del Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, sus centros y unidades.