

## Evaluación de los pactos de gestión clínica. Ponderación de objetivos

**Isabel Rodrigo y Luis Gabilondo***Dirección de Atención Especializada. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra. España.*

Correspondencia: Isabel Rodrigo Rincón.

Jefe del Servicio de Análisis y Control Asistencial.

Dirección de Atención Especializada. Servicio Navarro de Salud.

Irúnlarrea, 39. 31008 Pamplona. Navarra. España.

Correo electrónico: mi.rodrigo.rincon@cfnavarra.es

**Resumen**

**Objetivo:** Desarrollar un modelo de evaluación de contratos/pactos de gestión orientado a la calidad total, ponderado en función de la importancia de la consecución de cada objetivo, que permitiera obtener un porcentaje global de cumplimiento de éste y que incorporara las visiones tanto de los directivos como de los jefes de servicios clínicos.

**Métodos:** Se encuestó a la totalidad de directivos y jefes de servicios clínicos ( $n = 115$ ) de atención especializada del Servicio Navarro de Salud. El procedimiento consistió en repartir 1.000 puntos entre los 14 objetivos estipulados para cada uno de los siguientes ámbitos: un servicio clínico, un área clínica y un hospital.

**Resultados:** Respondieron el 48% de los profesionales a quienes se envió la encuesta. No hubo modificaciones al modelo de pacto de gestión clínica propuesto. Para todos los ámbitos, la dimensión que hace referencia a los resultados fue la de mayor peso (500 puntos), seguida de la estructura (330 puntos) y, por último, los procesos (170 puntos). Para el ámbito de un área clínica hubo consenso en establecer que "los resultados de calidad técnica", "la coordinación y continuidad de cuidados" y "la mejora de procesos" eran los aspectos más importantes para ambos colectivos y en que "las normas y procedimientos escritos" y "la docencia e investigación" eran los menos importantes.

**Conclusiones:** El modelo de pacto de gestión clínico fue conceptualmente aceptado por ambos colectivos. El sistema de evaluación propuesto podría proporcionar un punto de encuentro entre clínicos y gestores a la hora de conducir a la organización hacia la calidad total.

**Palabras clave:** Gestión sanitaria. Gestión clínica. Pacto de gestión. Contrato-programa. Evaluación. Calidad de la atención sanitaria. Calidad total.

**Introducción**

En nuestro país muchas organizaciones sanitarias establecen convenios o pactos de gestión con el objetivo de precisar los servicios objeto de financiación, la cuantía y la calidad de éstos. De esta manera, se puede adecuar el esfuerzo financiador a los resultados obtenidos medidos en servicios concretos, objetivados y monitorizados de forma permanente, ya que estos acuerdos obligan a una reciprocidad de beneficios y obligaciones entre las 2 partes<sup>1-4</sup>. Además, los pactos de gestión son instrumentos que permiten incrementar la im-

**Abstract**

**Objective:** To integrate the perspective of managers and doctors in the development of an assessment model of the clinical-management contract oriented toward total quality, weighted in terms of the importance of the fulfillment of each goal, and capable of showing the overall percentage of the aims achieved.

**Methods:** All the directors and heads of services from the Navarre Health Service ( $n = 115$ ) were asked to complete a questionnaire. The procedure involved sharing 1.000 points among 14 goals for each of the following fields: a clinical ward, a clinical area and a hospital.

**Results:** The questionnaire response rate was 48%. No conceptual objections were made to the clinical-management model. For all the fields the "results" dimension had the highest weight (500 points), followed by the "structure" dimension (330 points) and the "process" dimension (170 points). For the clinical area, there was agreement in establishing that "scientific-technical quality", "coordination and continuity of care" and "process improvement" were the most important aspects for both groups and that "written procedures" and "research and training" were the least important.

**Conclusions:** The management contract model was conceptually accepted by doctors and managers. The assessment system developed may provide a meeting point for managers and doctors to drive the organization toward total quality.

**Key words:** Healthcare management. Clinical management. Management contract. Contract program. Quality in health care. Total quality management.

plicación de los profesionales en la gestión. Sin embargo, clínicos y gestores pueden diferir en el significado de "hacer bien las cosas" y, por tanto, pueden tener distintas perspectivas de la importancia relativa (o peso) que debería otorgarse a cada uno de los aspectos pactados<sup>5</sup>.

Afortunadamente, las nuevas concepciones e instrumentos de la calidad nos aportan una nueva visión de la calidad total que debería servirnos de punto de encuentro. En este sentido, en Europa ha adquirido especial predicamento el Modelo Europeo de Excelencia de la Calidad (EFQM), adoptado por gran número de empresas públicas y privadas<sup>6</sup>. Este

modelo permite obtener una valoración auténticamente global de la calidad de la organización mediante un sistema de evaluación ponderado de cada uno de los componentes de la calidad.

La adaptación consensuada de un modelo de calidad de estas características a las peculiaridades del sistema sanitario podría constituir el ansiado punto de encuentro entre clínicos y gestores. Para ello, sería preciso convenir qué peso relativo se asigna a cada uno de los componentes de la calidad y la forma de evaluarlos.

Además, sería aconsejable diseñar un modelo de “pacto de gestión clínica” y un sistema de evaluación que sirviera de base a los distintos centros hospitalarios de un mismo servicio de salud. La unificación, tanto de los elementos pactados como de su evaluación, mejoraría la eficiencia del proceso y permitiría una mayor homogenización a la hora de evaluar los logros obtenidos por los servicios y centros respecto a la política de incentivos y al sistema de carrera profesional.

El objetivo del presente estudio es conocer la opinión de los 2 actores fundamentales en un pacto de gestión, los clínicos y los gestores, con 2 fines determinados:

1. Diseñar una estructura homogénea de “pacto de gestión clínica” que garantice un modelo similar que sirva de base para los distintos centros hospitalarios y servicios clínicos pertenecientes a la Dirección de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O).

2. Desarrollar un sistema piloto de ponderación de los distintos elementos que forman parte de los pactos de gestión, que posibilitara la obtención de un porcentaje final de cumplimiento por cada área de responsabilidad (servicio clínico, área clínica y hospital).

## Métodos

Estudio observacional descriptivo transversal a partir de una encuesta remitida a una población total de 115 profesionales pertenecientes a 2 colectivos diferenciados. Por un lado, se envió el cuestionario a la totalidad de facultativos con responsabilidad en gestión clínica (83 personas) en el ámbito de la atención especializada del SNS-O (jefes de servicio y de unidad) y, por otro, a todas las personas que ocupaban el puesto de director o subdirector de atención especializada y de servicios centrales (32 personas). Debido al reducido número de personas, se decidió no realizar un muestreo.

El trabajo de campo tuvo lugar entre junio y octubre del año 2001.

El vehículo de transmisión utilizado para hacer llegar la información fue un cuestionario enviado por correo electrónico a los directivos, y por correo electrónico más correo convencional a los jefes de servicios clínicos.

Se envió una carta a los participantes explicando los objetivos del estudio, y se le adjuntó un glosario de términos y 3 cuestionarios (para el ámbito de un hospital, un servicio clínico tradicional y un área clínica) con las mismas áreas de objetivos (tabla 1) para ponderar.

Se solicitó que se puntuase los diferentes ítems asignando a cada ámbito un total de 1.000 puntos. En la información facilitada a los participantes, se hizo especial hincapié en que no se trataba de una autoevaluación de su organización o servicio, sino de puntuar la importancia relativa que para ellos tenían los distintos ítems. De esta forma, se deberían asignar mayores puntuaciones a los aspectos que, según su opinión, tenían o deberían tener más importancia.

Los contenidos del cuestionario reflejaban algunos aspectos recogidos en el EFQM, contextualizados al sector de la salud, y se estructuraron según el esquema clásico de Donabedian: estructura, procesos y resultados.

Aunque en el cuestionario se proporcionaban unos ítems preestablecidos, se dio opción a que los participantes los eliminaran, los modificasen o añadieran otros nuevos, y así poder contemplar esas modificaciones en la segunda vuelta.

La encuesta no fue anónima, aunque la información recogida era confidencial y el análisis de los datos sólo se realizó de forma agrupada. No se optó por el anonimato ya que se trataba de emplear una metodología que potenciaría el consenso en las puntuaciones otorgadas. De hecho, tras cada vuelta se proporcionaba a los participantes su puntuación, junto con la media de los puntos otorgados por las personas que pertenecían a su mismo grupo (clínico o directivo), y se indicaba si las puntuaciones del participante discrepaban, desde el punto de vista estadístico, de la media de su grupo.

Para mejorar la tasa de respuesta, el cuestionario enviado fue reforzado mediante 3 recordatorios para la primera vuelta y 2 para la segunda<sup>7</sup>. En su conjunto y para los datos definitivos (segunda vuelta), la tasa de respuesta fue del 48%, y en ambas vueltas la participación de los directivos (un 78% en la primera vuelta y un 56% en la segunda) superó a la de los clínicos (un 49% en la primera vuelta y un 45% en la segunda).

En general, los datos de la segunda vuelta fueron muy similares a los de la primera (la mayor variación alcanzada fue del 6%) tanto cuando se compararon los valores medios como cuando se analizaron los resultados individualmente. Por ello, se consideraron como resultados definitivos los que hacen referencia a la segunda y última vuelta.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS 11.5 para Windows. Para el análisis de las diferencias entre 2 medias se utilizó el test estadístico *t* de Student para datos independientes, y cuando el contraste se realizó entre más de 2 medias se utilizó el ANOVA de un factor. Se consideró que el resultado era estadísticamente significativo con un valor de *p* < 0,05.

## Resultados

El primer objetivo que se pretendía con este estudio era el diseño de una estructura de pacto de gestión clínica que fuese común para todos los centros sanitarios pertenecientes a la red de asistencia pública de Navarra. En este sentido, se consideró que el armazón de pacto de gestión clínica propuesto podría llegar a ser un modelo válido, ya que los participantes (tasa de respuesta total cercana al 50%) no realiza-

Tabla 1. Aspectos evaluados y ponderados

Objetivos estratégicos	Descripción
<b>Estructura</b>	
1. La cartera de servicios horizonte	Es una relación de los servicios (es decir, las acciones o actividades que realiza el servicio clínico siempre que éstas representen un valor añadido para el paciente o para un usuario interno) y que va acompañada de unas normas de calidad a modo de garantía. Ejemplo: si el servicio que se ofrece es la realización de litotritias, se garantiza que se consigue eliminar el cálculo en el 90% de los pacientes tratados con esta técnica.
2. Áreas de mejora	Fase de la planificación, que consiste en determinar los objetivos de mejora. Puede ser, por ejemplo, la adaptación del servicio a la ambulatorización de procesos, a la implantación de técnicas no invasivas, etc.
3. Organización funcional	Puede incluir aspectos como la organización transversal sobre la participación en comisiones o grupos. Organización vertical: tareas, delimitación de responsabilidades, equipos de trabajo flexibles, equipos de trabajo de multidisciplinarios y/o de alto rendimiento, etc.
4. Sistemas de información y evaluación	Sistemas de información y evaluación para la gestión de pacientes ingresados y ambulatorios. Evaluación de indicadores de resultados basados en GDR, actividad ambulatoria, etc. Citación y registro de los pacientes atendidos y de las pruebas relevantes realizadas.
5. Normas y procedimientos escritos	Protocolos, guías, vías de práctica clínica. Sistematización en la revisión y actualización de los mismos.
<b>Procesos</b>	
6. Mejora de procesos	Diseño y puesta en marcha de procesos de mejora. Incluye aspectos como la gestión de las altas de los procesos más frecuentes, la hospitalización a domicilio, la gestión del hospital de día, la cirugía mayor ambulatoria etc. También la mejora de procesos no estrictamente clínicos: mejora en el proceso de la transmisión de la información a los pacientes, etc. Utilización de métodos y estrategias innovadoras para organizar el trabajo, a fin de mejorar la forma de llevarlo a cabo.
7. Coordinación y continuidad de los cuidados	Coordinación con otros servicios del propio hospital (traslados, interconsultas) o la atención primaria, los servicios sociales, etc.
<b>Resultados</b>	
8. Satisfacción y orientación al paciente	Resultados de indicadores a partir de diferentes sistemas de información: encuesta (encuestas de consultas, de ingresos, de listas de espera), información de los servicios de atención al paciente, etc. Resultados de planes o programas de mejora del bienestar, información al usuario, etc.
9. Satisfacción del propio personal	Resultados de indicadores a partir de diferentes sistemas de información: encuestas (encuestas de comunicación, de clima laboral, de satisfacción), absentismos, quejas, etc.
10. Satisfacción del resto de servicios del hospital y de atención primaria	Resultados de indicadores de encuestas de clientes internos (unos servicios clínicos del hospital y de atención primaria evalúan a otros para la detección de oportunidades de mejora en el área de coordinación; ejemplo: evaluación de la derivación, etc.).
11. Docencia e investigación	No se realizó ningún comentario adicional.
12. Resultados en el binomio "actividad-lista de espera"	Se evaluarán los 2 conceptos de manera conjunta. Se trata de un binomio, ya que la actividad y la lista de espera, <i>per se</i> y consideradas aisladamente, no son buenos indicadores de resultados. La actividad por la actividad no interesa (al menos en teoría, uno podría autogenerarse actividad, o incluso realizar actividad en aspectos considerados como no prioritarios), y la lista de espera de manera aislada no puede considerarse una responsabilidad exclusiva de la atención especializada (un porcentaje importante de la demanda procede de atención primaria).
13. Resultados económicos	Se incluyen aspectos: cuenta de resultados, cumplimiento presupuestario, ingresos de terceros, etc.
14. Resultados de la calidad técnica	Incluye aspectos como el porcentaje de complicaciones (infecciones nosocomiales, embolia pulmonar postoperatoria o iatrogénica, trombosis venosa profunda durante el ingreso, caídas, úlceras de presión, etc.), porcentaje de reingresos no programados, etc.

GDR: grupos diagnósticos relacionados.

ron modificaciones al diseño. Solamente uno de los participantes comentó la posibilidad de que el apartado de docencia podría estar en más de una dimensión.

El segundo objetivo pretendía conocer el peso de los distintos elementos que forman parte de los pactos de gestión. Para ello, los participantes otorgaron un peso a cada uno de los elementos planteados en los 3 ámbitos de actuación –se repartieron 1.000 puntos entre los distintos objetivos–, con la finalidad de obtener un porcentaje final del cumplimiento de objetivos para cada área de responsabilidad. Debido a la gran variedad de posibilidades en el análisis de los datos, hemos agrupado los resultados en 4 grandes bloques por considerarse los más relevantes:

#### **Puntuaciones de cada ámbito por dimensión y agente**

Cuando se comparan las 3 grandes dimensiones (estructura, procesos y resultados) en cada uno de los 3 ámbitos seleccionados (servicio clínico tradicional, área clínica y hospital) para cada uno de los principales agentes (directivos y clínicos), se obtienen los datos reflejados en la tabla 2. Al analizar las puntuaciones obtenidas, se comprueba que hay ítems que alcanzan valores medios de 118 puntos e ítems con valores medios de 43 puntos. Si los sujetos no discriminasesen un aspecto de otro, la puntuación que recibiría cada ítem sería de 71,4 (1.000 puntos para los 14 aspectos). Sin embargo, se puede observar que tanto los clínicos como los directivos, aunque estos últimos en mayor medida, discriminan los ítems evaluados otorgándoles puntuaciones diferentes.

#### **Puntuaciones de cada dimensión por ámbito**

Si agrupamos las puntuaciones de los gestores y los clínicos para cada dimensión y ámbito se puede destacar lo siguiente:

- En cuanto a las dimensiones, para todos los ámbitos, la de mayor peso es la que hace referencia a los resultados (50%), seguida de la estructura (33%) y, por último, la de procesos (17%).

– La puntuación media otorgada a las distintas dimensiones (estructura, procesos y resultados) no varía de forma significativa en función de los ámbitos.

Cuando se comparan las puntuaciones otorgadas por los distintos agentes, se ha observado que, para todos los ámbitos, los gestores otorgan una mayor puntuación que los clínicos a los procesos y los resultados y, por tanto, menor a la estructura. A pesar de ello, solamente adquieren significación estadística la estructura (cuando se compara con los procesos y con los resultados) en los 3 ámbitos, y los procesos (cuando se compara con los resultados y con la estructura) en el ámbito del servicio clínico.

#### **Variabilidad en las puntuaciones en función de los agentes**

Cuando se estudió la variabilidad de las puntuaciones otorgadas entre los miembros de un mismo grupo (variabilidad intragrupo), se observó que los clínicos proporcionaban puntuaciones más homogéneas que los directivos. A modo de ejemplo para el ámbito del área clínica, aunque es similar para el resto de los ámbitos, los clínicos discrepaban sobre todo en 2 ítems: la actividad-lista de espera y los resultados de calidad científico-técnica (coeficiente de variación [CV] > 40%). Los gestores discreparon (CV > 40%) en 5 aspectos: mejora de procesos, docencia e investigación, coordinación y continuidad, satisfacción con el resto de los servicios y resultados en la calidad científico-técnica.

#### **Ámbito de un área clínica: comparación de las puntuaciones otorgadas por clínicos y directivos**

Aunque se podrían analizar los resultados de cada ámbito, nos centraremos en el estudio del área clínica, por ser el ámbito en el que se pueden conseguir las mejores condiciones para la práctica de la gestión clínica.

En conjunto, podríamos decir que los aspectos que reciben mayor o menor importancia, según los distintos agentes, son los recogidos en la tabla 3.

Tabla 2. Elementos más y menos importantes en un área clínica. Comparación entre clínicos y gestores

<b>Clínicos</b>			
	<b>Más importantes</b>	<b>Importancia media</b>	<b>Menos importantes</b>
Gestores			
Más importantes	Resultados de la calidad técnica Coordinación y continuidad de los cuidados Mejora de los procesos	Satisfacción y orientación al paciente	
Importancia media	Cartera de servicios	Actividad-lista de espera Satisfacción del personal Detección de áreas de mejora Organización funcional Sistemas de información y evaluación	Satisfacción del resto de los servicios Resultados económicos Normas y procedimientos escritos Docencia e investigación
Menos importantes			

Tabla 3. Puntuación de cada dimensión para cada ítem y ámbito realizada por los clínicos y directivos

	Servicio clínico		Área clínica		Hospital	
	Directivos	Clínicos	Directivos	Clínicos	Directivos	Clínicos
Estructura	285	360	288	353	298	346
Cartera de servicios	77	84	80	80	65	76
Detección de áreas de mejora	57	71	59	69	70	65
Organización funcional	49	69	46	69	47	68
Sistemas de información y evaluación	54	67	55	70	69	73
Normas y procedimientos escritos	48	69	48	66	47	64
Procesos	205	156	209	163	180	160
Mejora de procesos	106	86	118	84	106	83
Coordinación y continuidad de los cuidados	99	70	91	79	74	77
Resultados	510	484	504	485	522	494
Satisfacción y orientación al paciente	93	72	91	71	94	73
Satisfacción del personal	65	74	63	75	62	73
Satisfacción del resto de servicios	73	62	64	64	56	64
Docencia e investigación	43	64	52	65	49	68
Actividad-lista de espera	79	72	77	70	92	74
Resultados económicos	68	54	72	61	94	68
Resultados de la calidad técnica	89	86	85	81	75	74
Puntuación total	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Ambos colectivos otorgaron prácticamente la mitad de los puntos a los resultados (el 50,4 y el 48,5% para directivos y clínicos, respectivamente). En las figuras 1 y 2 se reflejan las puntuaciones medias otorgadas por cada agente para cada objetivo, junto con el intervalo de confianza (IC) del 95%.

Con respecto a la estructura, hay una convergencia en las puntuaciones otorgadas por los 2 colectivos en el ítem que hace referencia a la cartera de servicios, que además es el aspecto que recibe la mayor puntuación. En el resto de los apartados las puntuaciones de los clínicos superan a las otorgadas por los directivos.

En cuanto a las puntuaciones acerca de los procesos, las de los directivos superan a las de los clínicos en los 2 aspectos evaluados.

Finalmente, con respecto a las puntuaciones sobre los resultados, se puede observar que los directivos conceden mayor importancia que los clínicos a la satisfacción y la orientación a los pacientes, la calidad técnica, la actividad-lista de espera y los resultados económicos. Por el contrario, los clínicos puntúan más que los directivos la satisfacción de los propios profesionales y la docencia e investigación. Ambos colectivos otorgan la misma importancia a la satisfacción del resto de los servicios, es decir, la satisfacción de los usuarios internos.

## Discusión

A pesar de la creciente importancia que se está concediendo en los últimos años a la gestión clínica, se ha encon-

trado escasa bibliografía que haga referencia a la evaluación de los contratos y los pactos de gestión. Todo ello podría indicar que el desarrollo de este tipo de instrumentos tiene una gran potencialidad. El modelo propuesto podría servir de instrumento de evaluación; no obstante, es aconsejable que a la hora de aplicar las conclusiones a un modelo real se realice un *mix* con las puntuaciones de clínicos y gestores. Por ejemplo, en el caso de un hospital, la opinión de los directivos podría tener más peso que la de los clínicos, y en un área clínica, lo contrario.

Desde el punto de vista metodológico, algunos de los elementos evaluados podrían encuadrarse en más de un ámbito, lo que puede suponer una limitación a la hora de asignar las puntuaciones. A modo de ejemplo, la docencia e investigación también podría haberse clasificado en estructura o procesos. No obstante, durante el diseño del trabajo se consideró que este aspecto no era clave, ya que lo verdaderamente importante era la obtención de puntuaciones para cada uno de los componentes y no tanto las puntuaciones medias de las grandes dimensiones.

Es posible que el número de elementos que conforman cada dimensión, y no sólo la importancia de cada uno de ellos, influya en los pesos medios obtenidos, ya que se observa una correlación positiva entre el peso otorgado y el número de elementos de procesos (2), estructura (5) y resultados (7).

Asimismo, los resultados obtenidos podrían ser diferentes si se hubiera preguntado a todos los clínicos en vez de solicitar información a los que ostentaban jefaturas de servicio

Figura 1. Puntuación media e intervalo de confianza (IC) del 95% de los distintos objetivos.

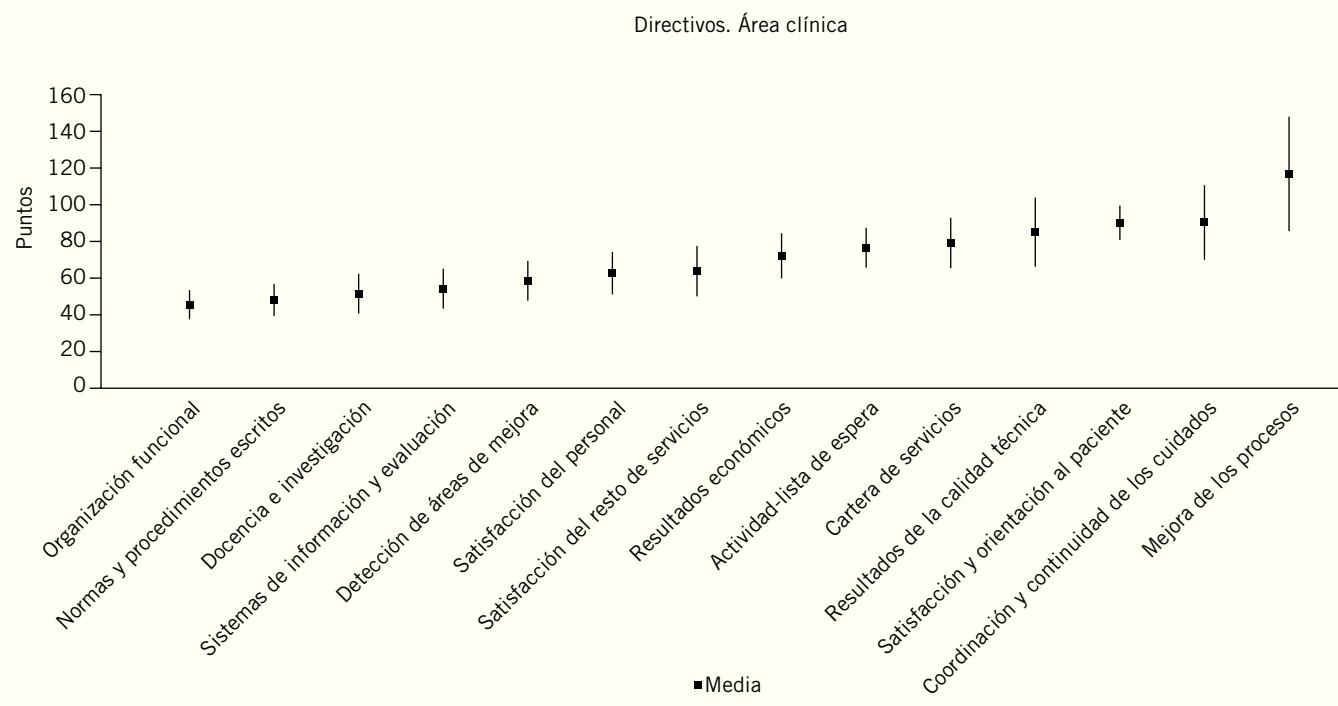
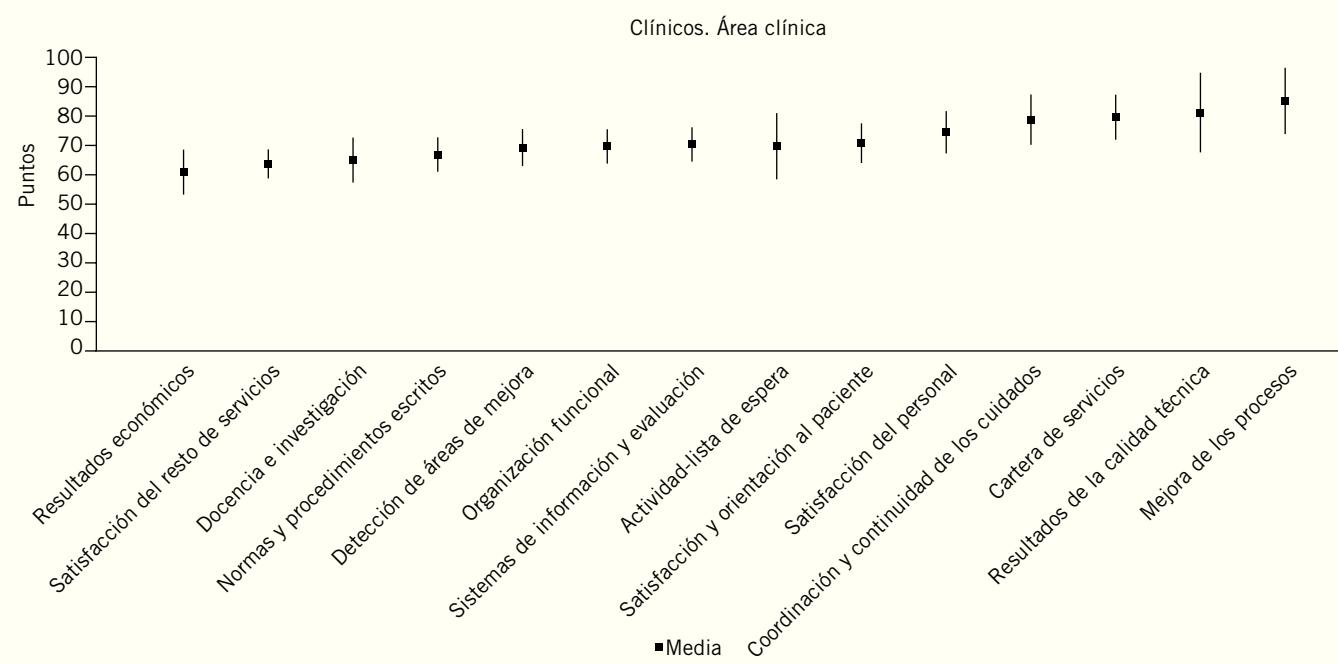


Figura 2. Puntuación media e intervalo de confianza (IC) del 95% de los distintos objetivos.



o de sección. Se optó por estos últimos por ser los jefes clínicos los que verdaderamente firman los acuerdos y pactos con la dirección.

Se consideró que el tipo de cuestionario no iba a inducir que los participantes se sintieran "juzgados" en función de las puntuaciones que otorgaran a los distintos ítems. Sin embargo, es posible que el hecho de que la encuesta no fuera anónima haya podido tener alguna influencia en la asignación de puntuaciones.

La mayor discriminación que realizan los directivos, con respecto a los clínicos, sobre los distintos elementos y ámbitos, puede deberse a que los primeros están más acostumbrados a hacer este tipo de análisis. También podría ser que los clínicos opinen que los distintos elementos tienen un valor semejante, independientemente del ámbito organizativo.

En este estudio se ha observado que los aspectos en que discrepaban los clínicos eran diferentes de los de los gestores, salvo la calidad científico-técnica. Ello podría indicar las distintas percepciones de ambos agentes y la necesidad de clarificar un poco más el concepto y el sistema de medición de la calidad científico-técnica.

En el marco en el que se ha realizado el estudio, se puede apreciar que tanto los clínicos como los directivos tienen opiniones diferentes y conceden distinta importancia a cada componente de la calidad. Sin embargo, se constata que las diferencias son menores que lo que cabría esperar según la tradicional imagen economicista que se asigna a los gestores o del sesgo tecnocrático atribuido a los clínicos<sup>8-16</sup>.

Es probable que los gestores no puedan dejar de reconocer la importancia relativa de la calidad técnica o de la satisfacción del personal propio aunque, lamentablemente, no es habitual que le presten demasiada atención. Otro tanto podría decirse respecto a la importancia que los clínicos otorgan a la calidad percibida o a los aspectos económicos. En nuestra opinión, los resultados obtenidos pueden ir en la dirección de la tesis que defiende que las diferencias observadas en la realidad entre clínicos y gestores obedecen, en gran parte, al papel que cada uno de ellos desempeña en el propio sistema sanitario y no tanto a las diferencias conceptuales insalvables entre ambos colectivos.

## Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Cristina Urdin por su colaboración en el trabajo de campo.

## Bibliografía

1. Meneu R, Bernal R, Pradas F, Peiró S, Rida M. Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. Revista de la Sociedad Valencia de Medicina Familiar y Comunitaria 1999. Monografía Gestión de Atención Primaria, n.º 6.
2. Guerra Aguirre JX. Contratos de gestión. Insalud. Subdirección General de Atención Primaria. Atención primaria en el Insalud: diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa, 2002.
3. Servicio Andaluz de Salud. Plan estratégico. Contrato programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud 2001-2004. Sevilla, 2002.
4. Del Llano J, Martínez-Cantarero JF, Gol J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. Gac Sanit 2002;16:408-16.
5. Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit 2003; 17:150-6.
6. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, García IEE, et al. Autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: MSD, 2001. ISBN 84-607-1886-7.
7. Saturno PJ. Unidad temática 36. Métodos de administración de una encuesta. Análisis y control del sesgo de no respuesta. Presentación de resultados. Máster de gestión de la calidad en los servicios de salud. Murcia: Universidad de Murcia.
8. Davies H, Hodges CL, Rundall TG. Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. BMJ 2003; 326:626-8.
9. Davies H, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. BMJ 2003;326:646-9.
10. Smith R. What doctors and managers can learn from each other. BMJ 2003;326:610-1.
11. Degeling P, Maxwell S, Kennedy J, Coyle B. Medicine, management, and modernisation: a "danse macabre"? BMJ 2003; 326:649-52.
12. Nash DB. Doctors and managers: mind the gap. BMJ 2003; 326:652-3.
13. Malcolm L, Wright L, Barnett P, Hendry C. Building a successful partnership between management and clinical leadership: experience from New Zealand. BMJ 2003;326:653-4.
14. Crosson FJ. Kaiser Permanente: a propensity for partnership. BMJ 2003;326:654.
15. Atun RA. Doctors and managers need to speak a common language. BMJ 2003;326:655.
16. Thomas H. Clinical networks for doctors and managers. BMJ 2003;326:655.