

## ORIGINAL

# Conocimiento y opinión sobre medidas de gestión en profesionales de atención primaria

López García AC <sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Licenciado en Psicología. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Coordinador de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Distrito Sanitario Costa de Granada.*

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento de los profesionales de Atención Primaria sobre medidas de gestión contempladas en el Contrato Programa (CP) de 1998 y Plan Estratégico (PE) del Servicio Andaluz de Salud 1997-2000.

Conocer sus principales fuentes de información sobre las innovaciones en gestión y fiabilidad de las mismas.

**Diseño:** Transversal descriptivo.

**Población:** Médicos y enfermeros del Distrito Sanitario Costa de Granada.

**Intervenciones:** Cuestionario autoadministrado y tres grupos focales.

**Resultados:** Se obtuvo una tasa de respuesta del 92%.

**CP:** sólo el 1,2% de los profesionales conocía todas las medidas contempladas y el 29,3% ninguna. El 71% ignoraba qué profesionales componen las Unidades Clínicas (UC) y el 84% cuántas bolsas de productividad.

**PE:** sólo el 3,78% conocía las medidas propuestas y el 36,6% ninguna de ellas. El 78% desconocía que prevé la creación de centros diagnósticos y el 77% ignoraba que no contempla la privatización de los servicios sanitarios.

Las principales fuentes de información fueron: *los directores de Zona Básica de Salud, los compañeros de trabajo y los sindicatos.*

Las fuentes más fiables fueron *las revistas científicas y las asociaciones científicas.* La menos los *representantes farmacéuticos.*

**Conclusiones:** El nivel de conocimiento de los médicos y enfermeros de Atención Primaria sobre el CP es muy bajo. De las UC desconocían su composición y que recursos podrían gestionar en ellas.

El PE es desconocido para ellos, sólo tenían algún conocimiento aquéllos que habían realizado actividades de formación relacionadas con este tema (fundamentalmente directores).

Los directores de Zona Básica son su principal fuente de información, mientras que otros directivos del Servicio Andaluz de Salud no son valorados como una fuente de información importante.

La mayor fiabilidad de la información es otorgada a las revistas científicas y a las asociaciones científicas, y la menor a los representantes farmacéuticos.

**Palabras clave:** Atención Primaria, Gestión, Unidades Clínicas, Contrato Programa.

## KNOWLEDGE AND OPINION OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS ON MANAGEMENT MEASURES

**Goals:** To evaluate primary care professionals' knowledge about management measures included in the 1998 Contract Program (CP) and the Andalusian Health Service's (SAS) 1997-2000 Strategic Plan (SP).

To learn about their main sources of information on managerial innovations and the reliability of those sources.

**Design:** Descriptive cross-sectional.

**Population:** Doctors and nurses from Granada's Costa Health District

**Interventions:** Self-administered questionnaire and three focus groups.

**Results:** A response rate of 92% was obtained.

**CP:** Only 1.2% of the professionals were familiar with all of the measures contemplated and 29.3% were not familiar with any of them. 71% of them were unaware of which professionals made up the Clinical Units (CU) and 84% were unaware of the incentives.

**SP:** Only 3.78% knew about the proposed measures and 36.6% knew nothing about any of them. 78% were unaware of plans to create diagnostic centers and 77% didn't know that it didn't contemplate privatization of the health services.

The main sources of information were: *directors in the Basic Health Zone, professional colleagues, and unions.*

The most reliable sources were *scientific journals* and *scientific associations.* The least reliable were *drug company representatives.*

**Conclusions:** Primary care doctors and nurses' level of knowledge regarding the CP is very low. They did not know who made up the CUs or what resources could be managed by them.

The SP is unknown to them, and only those who had participated in training activities related to that topic (mostly directors) had some knowledge of it.

Directors in the Basic Health Zone are their main source of information, while other SAS managers are not considered to be an important source of information.

The highest degree of reliability was given to scientific journals and associations, the lowest was given to drug company representatives.

**Key Words:** Primary care, management, clinical units, contract program, strategic plan.

Recibido el 05-05-2001; aceptado para su publicación el 23-07-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 3: 216-222

## Introducción

Los cambios económicos, políticos y sociales a los que asistimos actualmente plantean nuevas y complejas situaciones, que necesitan respuestas por parte de los servicios públicos. Los ciudadanos demandan cada día unos servicios sanitarios más efectivos en cuanto a la resolución de problemas y de una mayor calidad asistencial; y por otra parte, políticos, gestores y profesionales plantean un mejor uso de los recursos sanitarios (eficiencia).

Para diseñar estrategias de influencia en tales objetivos (calidad y eficiencia) es importante tener presente que las prácticas de los profesionales sanitarios constituyen el eje central del sistema y que la mayor parte de los recursos sanitarios son asignados por los médicos<sup>1, 2</sup>. Por tanto, encontrar vías para coordinar, motivar e involucrar a los profesionales se convierte en el aspecto fundamental de la gestión de los servicios sanitarios.

En los últimos años en Atención Primaria (AP), y en Andalucía fundamentalmente a partir del año 1992 con la instauración del CP, se han introducido diferentes medidas de gestión encaminadas a mejorar los servicios, intentando implicar a los profesionales en los mismos, así como responsabilizándolos de sus actos<sup>3</sup>, sin que se hayan conseguido los resultados esperados.

Teniendo en cuenta que el CP de 1998 considera a las UC como el lugar de encuentro entre los ciudadanos y la organización<sup>4</sup>, que en ellas se desarrolla la gestión clínica, nivel básico y principal de gestión<sup>5</sup>, y que se ven necesarias para acercar más los servicios al usuario y facilitar la coordinación entre diversos organismos e instituciones<sup>6</sup>, se considera fundamental analizar el conocimiento y la opinión de estos profesionales, por ser ellos en última instancia los artífices de la viabilidad de éstas.

En relación a los hospitales y centros de AP, se ha seguido un enfoque descafeinado articulado en torno al CP y al desarrollo de sistemas de información sobre costes y actividad, minimizando los costes políticos que un cambio de más enjundia en la regulación pudiera acarrear<sup>7</sup>.

Conceptualmente las nuevas experiencias en gestión se enmarcan bajo el paradigma de la denominada "competencia gestionada": la idea central es separar la financiación y regulación de la provisión y producción de servicios. En España los esquemas de competencia gestionada se articulan y formulan a nivel político a partir del Informe Abril de 1991<sup>8</sup> que propone la separación de estas funciones y la configuración de los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera, por tanto, del ámbito del derecho administrativo.

Estas propuestas estarían incluidas en lo que se puede denominar como enfoque de gestión empresarial de los servicios sanitarios<sup>9</sup>, basado, fundamentalmente, en la in-

corporación a éstos de un sistema de valores y un conjunto de técnicas propias del mundo empresarial; este enfoque se ha constituido a lo largo de las últimas décadas en «pensamiento único»: los servicios sanitarios son una empresa, o mejor, deberían serlo. La hegemonía de esta perspectiva es tal que, actualmente, cuando se habla de gestión parece que éste fuera el único enfoque posible.

Otra línea de interpretación y análisis de los servicios sanitarios es lo que se denomina como enfoque de gestión centrado en las relaciones profesional/ciudadano<sup>9</sup>, que constituyen el centro de los servicios sanitarios. Estas relaciones son además el marco donde se producen las decisiones y en el que se gasta un alto porcentaje del dinero destinado a estos servicios. Esta es otra forma de pensar en la gestión sanitaria; no es que los servicios sanitarios no sean una empresa, pero o son algo más que eso o son una empresa bastante atípica, ya que sus «propietarios» no poseen el control ni del proceso ni del producto final.

Dentro del marco anterior, este estudio se plantea un doble objetivo: por un lado evaluar el conocimiento y opinión que tienen los médicos y enfermeros del Distrito Sanitario Costa de Granada sobre algunas medidas de gestión contempladas en el CP y PE del SAS, y por otro conocer cuáles son para estos profesionales las principales fuentes de información a través de las cuales acceden al conocimiento de estas medidas de gestión y el grado de fiabilidad que les merecen las mismas.

Los resultados de este trabajo pueden detectar áreas en las que sea posible influir, y ayudar a diseñar estrategias que permitan la necesaria confluencia entre dos de los actores principales del sistema: los gerentes y los profesionales.

## Sujetos y métodos

Estudio transversal descriptivo. Diseño mixto, cuantitativo a través de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia, y cualitativo mediante la realización de tres grupos focales.

La población de estudio han sido los profesionales médicos y de enfermería del Distrito Sanitario de AP Costa de Granada (115 profesionales): 63 médicos y 52 enfermeros. De ellos 5 no cumplían los criterios de inclusión citados a continuación, y 21 no estaban disponibles (10 por vacaciones y 11 por encontrarse de baja por enfermedad), por lo que se ha contado con una población de 89 profesionales (44 médicos y 45 enfermeros).

Los criterios de inclusión han sido: médicos o enfermeros titulares e interinos que llevaran más de un año trabajando en AP en Andalucía y sustitutos que llevaran más de un año trabajando en este Distrito.

El período de recogida de información fue entre el 22 de Julio y 13 de Agosto de 1998.

Variables estudiadas.—Independientes:

— Edad en años cumplidos.

— Sexo.

— Categoría profesional: médico/enfermero/director de Zona Básica de Salud (ZBS).

- Años de ejercicio en AP en Andalucía.
- Años de ejercicio en el Distrito.
- Lugar de trabajo: centro de salud/consultorio/ambos.
- Especialización post-grado para médicos vía MIR.
- Cargo de responsabilidad en la ZBS: no/director/adjunto de enfermería.

Dependientes:

Objetivo 1.

— Nivel de conocimiento de medidas contempladas en el CP del SAS de 1998:

- 1.—Profesionales que componen las UC en AP.
- 2.—Bolsas de productividad contempladas en el CP.
- 3.—Indicador de mayor peso en la productividad.
- 4.—Conocimiento de la cuantía de la productividad de los Coordinadores de Distrito en relación a la de médicos y enfermeros.
- 5.—Distribución de las bolsas de productividad sobre las distintas categorías profesionales de la ZBS.

— Nivel de conocimiento de medidas contempladas en el PE del SAS:

- 1.—Creación de Centros de Diagnóstico (Rx, laboratorio...) independientes de AP y Hospitales.
- 2.—Privatización de los servicios sanitarios.
- 3.—Posibilidad de la creación de Centros de Salud como empresas privadas de profesionales.
- 4.—Compra de servicios por parte de AP a los Hospitales.
- 5.—Mayor poder (relevancia) a los médicos de AP.

Objetivo 2.

— Principales fuentes de información de las propuestas de cambio en la organización y gestión de AP: sindicatos; asociaciones científicas; prensa médica; revistas científicas; prensa común; directores de ZBS; otros directivos del SAS; asistencia a cursos, jornadas o congresos; representantes farmacéuticos; compañeros de trabajo.

— Grado de fiabilidad que tienen cada una de estas fuentes. Cada una de ellas medida con una escala de Likert de 7 grados (1 nada fiable y 7 muy fiable).

*Fases del estudio:* En la fase de elaboración del cuestionario, tras una búsqueda bibliográfica, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profesionales considerados informantes clave de Centros de Salud de Granada (3 médicos y 3 enfermeros) y 2 profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Se utilizó un guión de entrevista, se grabaron en cinta magnetofónica y se transcribieron posteriormente a papel. El objetivo de estas entrevistas fue establecer las distintas variables dependientes y sondear las medidas de gestión más relevantes para los profesionales de AP. Las entrevistas se realizaron en los centros de trabajo de cada uno de ellos, entre el 18 de junio y 10 de Julio de 1998.

A continuación se elaboró un borrador de cuestionario que fue sometido a la opinión de 6 expertos, tras lo cual se confeccionó el cuestionario para el pilotaje. Este se realizó con 15 profesionales médicos y enfermeros de Centros de Salud urbanos y rurales de Granada, buscando en los participantes similares características a la población de estudio.

Con el análisis de los datos, los comentarios de los profesionales y una segunda ronda de opinión de profesores de la EASP, se realizó la validación de contenido, en su aspecto de comprensión de las preguntas<sup>10</sup>, y la redacción del cuestionario definitivo.

En la fase de recogida de información, los cuestionarios fueron entregados personalmente en mano a cada uno de los profesionales de la población de estudio que cumplían los criterios de inclusión. Además de una carta de presentación del cuestionario se incluyó un sobre en blanco para introducir el mismo una vez relleno y depositarlo en el mostrador de entrada de los centros sanitarios, con el objeto de reforzar la sensación de confidencialidad en las respuestas de los profesionales. Se entregaron 89 cuestionarios. La información se introdujo en una base de datos creada con el programa estadístico SPSS 7.5.

Además se realizaron tres grupos focales: con los directores de las ZBS (al que acudieron los 6 citados); con médicos generales y pediatras (acudiendo 5 de los 8 convocados) y con enfermeros, incluyéndose los adjuntos de enfermería de las ZBS (acudieron 7 de los 9 citados).

Para la selección de los participantes se tuvo en cuenta que pertenecieran a las distintas ZBS del Distrito y que tuvieran una experiencia de trabajo de mas de 5 años en éste. Se siguió un guión de entrevista con las cuestiones que se deseaban estudiar. La discusión del grupo se grabó en cassette a través de micrófono ambiental, y se transcribió posteriormente a texto, utilizando para ello el procesador de textos Word.

*Análisis de la información:*

— Descriptivo: distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Media, moda, desviación estándar y distribución de frecuencias para las variables cuantitativas continuas.

— Bivariado: Chi-cuadrado, T-Student y pruebas no paramétricas, Prueba de Kruskal-Wallis y Test de Friedman.

— Cualitativo de los grupos focales: Primero se realizó una transcripción a papel de las cintas grabadas, a continuación se estableció una plantilla con las variables y sus dimensiones, después se identificaron los distintos fragmentos de opiniones relevantes del texto correspondientes a cada una de las casillas de plantilla anterior y, por último, se agruparon los distintos textos correspondientes a cada dimensión de estudio obteniéndose de ellos los datos. De la interpretación de los mismos se obtuvieron los resultados.

## Resultados

Contestaron al cuestionario 82 profesionales (41 médicos y 41 enfermeros), lo que supone una tasa de respuesta del 92%.

La edad media de la población estudiada es de 40,35 años (41,29 los médicos y 39,41 los enfermeros), con un 54,9% de mujeres. El tiempo medio de trabajo en este Distrito es de 7,8 años. Respecto a la situación laboral, el 61% es fijo. El 72% trabaja en Centro de Salud, el 23% en consultorio y el 5% en ambos. El 44% de los médicos tiene especialidad vía MIR. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al respecto de estas variables con los profesionales que no participaron en el estudio por encontrarse de baja o vacaciones.

*Conocimiento del Contrato Programa:*

Sólo el 1.2% de los profesionales conoce las cinco medidas propuestas y el 29.3% no conoce ninguna, siendo la moda conocer una medida. Tabla 1.

Respecto a la media de medidas conocidas, sólo se han obtenido diferencias significativas para la variable categoría profesional: médicos  $\bar{X}$ (Media)=1.13 medidas, enfermeros  $\bar{X}$ =1.36 medidas, y directores  $\bar{X}$ =3.40 medidas ( $p=0.004$ ). Gráfico 1.

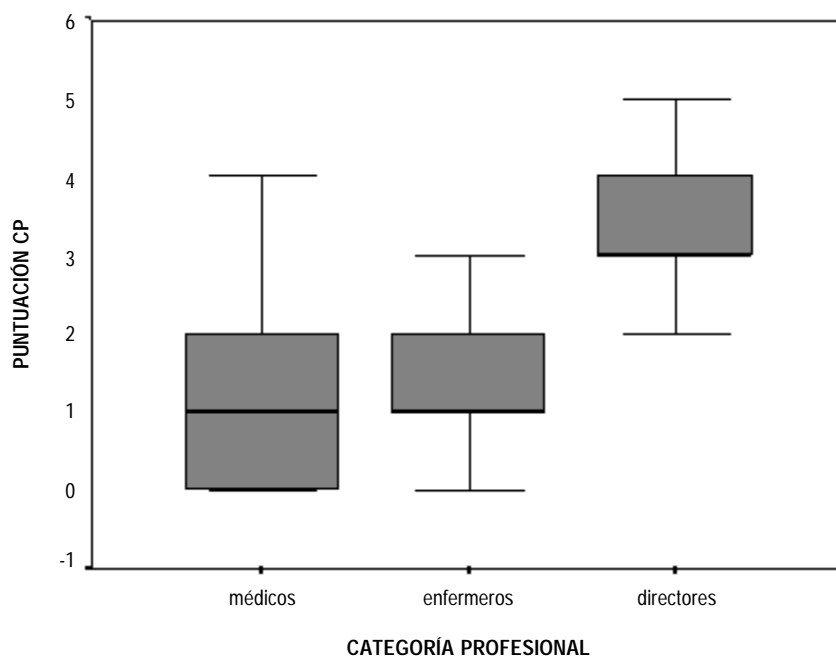
El 71% no conoce qué profesionales pueden componer las UC, incluso el 40% de los directores desconoce esta medida; el 84% ignora cuántas bolsas de productividad contempla el CP y el 62% qué indicador tiene más peso para la productividad. El 93% no conoce que la productividad de los Coordinadores de Distrito es menor que la suya y el 52% desconoce que las bolsas de productividad

**TABLA 1**  
NÚMERO DE MEDIDAS CONOCIDAS DEL CP DE 1998 Y PE, POR CATEGORÍA PROFESIONAL

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL PROF.	NÚMERO DE MEDIDAS CONOCIDAS											
		0 MEDIDAS		1 MEDIDA		2 MEDIDAS		3 MEDIDAS		4 MEDIDAS		5 MEDIDAS	
		CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE	CP	PE
Médicos	39	16	16	10	4	4	9	7	3	1	4	0	2
Enfermeros	39	8	14	16	11	10	4	3	6	2	4	0	0
Directores	5	0	0	0	0	1	1	2	1	1	2	1	1
TOTAL	82	24	30	26	15	15	14	12	10	4	10	1	3

CP: Contrato programa.

PE: Plan estratégico.



CP: Contrato programa,

Gráfico 1: Diagrama de cajas del número medidas conocidas del Contrato Programa por categoría profesional.

no afectan por igual a todas las categorías profesionales de la ZBS.

Las opiniones recogidas en los grupos focales muestran una visión del CP como un mero trámite administrativo, que no contempla la realidad de cada ZBS, que tiene poco que ver con los objetivos a cumplir a fin de año, y que fundamentalmente sirve para que los directivos de Distrito cobren más productividad:

E1: «Otras cosas son ilógicas, porque te piden el 100% y es imposible conseguirlo, está hecho mucho desde un despacho, desde muchos despachos distintos y cada una partiendo de cosas que no tienen relación con otras».

E7: «Luego te llega la memoria con unos objetivos distintos, que no tienen nada que ver con lo que has estado haciendo».

M4: «...si significa que es para que luego los directores de distrito se lleven 2.000.000 de ptas. y nos den 50.000 a los que estamos en primera línea, es mucho más aberrante».

M4: «El concepto ese nuevo, las unidades clínicas, a mi me lo han propuesto constituirme en eso, he pedido que me informen de qué va esto, yo me subo en globo sabiendo que va para arriba, que me expliquen por escrito qué es una unidad clínica, que condiciones voy a tener».

*Conocimiento del Plan Estratégico:*

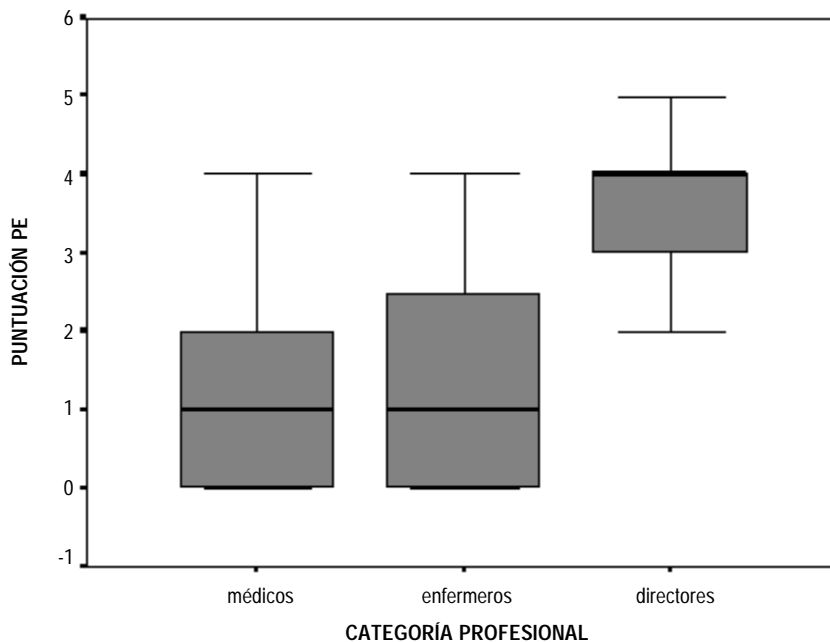
El 3.8% de los profesionales conoce las cinco medidas y el 36.6% no conoce ninguna de ellas, siendo la moda no conocer ninguna. Tabla 2.

En cuanto a la media de medidas conocidas sólo se han encontrado diferencias significativas para la variable categoría profesional: médicos X=1.50 medidas, enfermeros X=1.36 medidas y directores X=3.60 medidas ( p=0.02). Gráfico 2.

**TABLA 2**  
FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDIDAS DE GESTIÓN Y GRADO DE FIABILIDAD DE ÉSTAS

FUENTES DE INFORMACIÓN	FRECUENCIA DE ELECCIÓN		GRADO DE FIABILIDAD
	N	%	X en escala Likert de 7 grados
Directores de ZBS	55	67,1	4,61
Compañeros de trabajo	54	65,9	4,29
Sindicatos	40	48,8	3,76
Prensa Médica	33	40,2	4,41
Prensa Común	17	20,7	3,11
Asistencia a cursos...	14	17,1	4,64
Otros Directivos del SAS	10	12,2	3,83
Asociaciones Científicas	6	7,3	4,79
Revistas Científicas	6	7,3	4,83
Representantes farmacéuticos	3	3,7	2,56

ZBS: Zoa básica de salud.  
SAS: Servicio Andaluz de Salud.



SAS: Servicio Andaluz de Salud.  
PE: Plan estratégico.

Gráfico 2: Diagrama de cajas del número medidas conocidas del Plan Estratégico del SAS por categoría profesional.

El 78% de los profesionales no conoce que el PE prevé la creación de centros diagnósticos independientes de AP y Hospitales, el 77% desconoce que no contempla la privatización de los servicios sanitarios y el 77% que no posibilita la creación de Centros de Salud como empresas privadas de profesionales. El 48% no conoce que el PE establece la compra de servicios por parte de AP a los Hospitales y el 63% que pretende dar mayor poder (relevancia) a los médicos de AP.

Fuentes de información y su fiabilidad:

Las principales fuentes de información a través de las que conocen estos profesionales las propuestas de cambio en la organización y gestión de AP son: los directores de ZBS, los compañeros de trabajo y los sindicatos.

La mayor fiabilidad para los profesionales las tienen las revistas científicas, las asociaciones científicas y la asistencia a cursos, congresos y jornadas. En el otro extremo las menos fiables son los representantes farmacéuticos, prensa común y los sindicatos. Tabla 2.

## Discusión

Este trabajo se ha realizado con una metodología complementaria cuantitativa y cualitativa. El abordaje cualitativo ha sido a través de grupos focales, técnica cada vez más utilizada en los procesos de evaluación de servicios sanitarios en los que se pretenda incorporar la percepción de los profesionales o de los usuarios<sup>11</sup>. Esta técnica basa su fortaleza en que permite explorar puntos de vista espontáneos y sin ninguna restricción a las opiniones. Por otro lado el punto más débil de esta técnica es la subjetividad del investigador para interpretar las opiniones.

En lo que respecta a la utilización de encuestas, como señala Carr-Hill<sup>12</sup>, los cuestionarios sólo obtienen respuesta a preguntas preseleccionadas y no permiten la libertad de opinión del encuestado, éste es el punto débil de esta técnica cuantitativa; lo interesante es que permite una tabulación más objetiva de los datos.

Puesto que la tasa de respuesta al cuestionario ha sido muy elevada, y no se encontraron diferencias significativas en las variables independientes entre los sujetos perdidos y los participantes, puede asumirse que los resultados de este estudio son válidos para toda la población de médicos y enfermeros de este Distrito.

Como se comentó en sujetos y métodos, el pilotaje del cuestionario se realizó con profesionales de otros distritos de Granada de similares características. Los resultados de estos cuestionarios fueron similares a los obtenidos en la población de estudio, no habiéndose encontrado diferencias significativas en los análisis estadísticos realizados. Salvando el sesgo que supone que estos profesionales no suponen una muestra representativa de los

profesionales del resto de distritos de Granada, podemos asumir que estos resultados son extrapolables a otros distritos de similares características al estudiado.

El escaso conocimiento que los profesionales de AP tienen del CP y el poco valor que le asignan como instrumento de gestión en AP, contrasta con la importancia que la estructura directiva del SAS otorga a este instrumento como pieza clave en la gestión de este nivel asistencial<sup>4,5</sup>. Esta desvalorización del CP puede ser explicada por el análisis que González Páramo JM hace del mismo: «*Esta figura no es, sin embargo, un contrato entre dos agentes jurídicamente distintos o autónomos, ni delega decisiones esenciales sobre presupuestos, personal o inversiones en los equipos directivos, sujetas al riesgo de interferencia política, ni ha roto la asignación de recursos sobre bases incrementalistas*»<sup>13</sup>. Esto nos debería llevar a replantear tanto la forma como los contenidos del CP, orientándolo hacia la adaptabilidad a la realidad y necesidades concretas de cada ZBS, y hacia mayores grados de delegación de decisiones presupuestarias y de personal.

El desconocimiento en relación a las bolsas de productividad recogidas en el CP, consideradas como eje central del CP por la estructura del SAS en cuanto a incentiva-ción de los profesionales, nos lleva a pensar que o bien la cuantía carece de relevancia para ellos, o que realmente los incentivos económicos no son tan motivadores como se cree. Lo que es coherente con la tesis de que los incentivos monetarios actúan fundamentalmente sobre las necesidades básicas, y que, una vez cubiertas éstas, tendrían un efecto limitado<sup>15, 16, 17</sup>. Por todo esto sería muy interesante que esta organización estableciera otro tipo de incentivos que fueran mejor percibidos y más motivadores para estos profesionales.

Es relevante comentar que las fuentes de información a las que mayor fiabilidad otorgan los profesionales son las revistas y asociaciones científicas, contrastando con la poca fiabilidad que tiene para ellos la información que surge de la estructura jerárquica del SAS. Esto puede ser explicado por la existencia de un sistema profesional, que se desarrolla externamente a la organización sanitaria. Y es este sistema el que regula tanto la forma adecuada del ejercicio profesional como de su relación con la estructura sanitaria<sup>14</sup>, mas que la pertenencia a la organización en la que desarrolla su actividad. Esto no significa que, en realidad, lo más importante para los profesionales sean las revistas, sino que expresa un «valor» en el sentido de cultura de un sistema profesional: es lo que su sistema profesional señala que «debería ser» lo más relevante. Es fundamental tener en cuenta este aspecto, tanto para estudiar la conveniencia de la utilización de otros canales más fiables para vehicular la información a los profesionales, como para establecer una relación mas estre-

cha con los agentes del sistema profesional que permita a las propuestas de cambio penetrar con unas mayores posibilidades de aceptación y por tanto de llevarse a la práctica.

## Bibliografía

1. Eisenberg JM. Doctor's decisions and the quality of medical care. 1.ª Ed. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press Perspectives; 1986.
2. Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. 1.ª Ed. Barcelona: Ediciones EUGE; 1990.
3. Violán Fors C, Pérez Cayuela P, Abad Bassols A. Descentralización de la gestión en los equipos de Atención Primaria (I). Centro de Salud 1995; 3: 173-6.
4. Plan Estratégico: Una propuesta de gestión pública diferenciada. Sevilla. Borrador 2.º. Servicio Andaluz de Salud; 1998.
5. Contrato Programa. Distritos del SAS. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 1998.
6. Violán Fors C, Pérez Cayuela P, Abad Bassols A. Descentralización de la gestión en los Equipos de Atención Primaria (II). Centro de Salud 1995; 3: 257-61.
7. Martín Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias de gestión sanitaria. En: Catalá-Villanueva FJ, Manuel Keenoy E, (Ed). La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: EASP; 1998. p. 404-39.
8. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Julio 1991.
9. López Fernández LA, Jiménez Martín JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. Gestión Hospitalaria 1997; 1: 34-9.
10. Comín Bertrán E. Validación de encuestas. Aten Primaria. Mayo 1990; 7: 386-90.
11. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ 1995; 311: 109-12.
12. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14: 249-63.
13. González Páramo JM. Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: IV Seminario: la gestión del cambio en los servicios sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública 6 y 7 de Noviembre 1996. Granada; 1996.
14. Guillén MF, Rodríguez JA. Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1992; 9-18.
15. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J y Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. Aten Primaria. 1997; 19: 301-6.
16. Morell L. La motivación y los incentivos en atención primaria. Medfam 1995; 3: 143-9.
17. Gervás J. ¿Qué nos mueve? El médico 1994; 519: 12-13.