View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk
brought to you by CORE
provided by Elsevier - Publisher Connector

La investigación y la evolución reciente de la atención primaria

L. Palomo
Centro de Salud de Coria. Cáceres.
Red Española de Atención Primaria (REAP).

Correspondencia: Dr. Luis Palomo Cobos. Centro de Salud de Coria.
Cervantes s/n. 10800 Coria (Cáceres)
Correo electrónico: luis.palomo@hspa.es

Recibido: 4 de septiembre de 2001.
Aceptado: 14 de enero de 2002.

(Research and the recent evolution of primary health care)

Resumen

La atención primaria en España ha pasado de una etapa de desarrollo florido, en la década de los ochenta, a otra de estancamiento en los noventa, caracterizada por la escasa creatividad, por la rutinización de las tareas y por la puesta en marcha de carteras de servicios y contratos programa. Por otra parte, los recientes cambios en la orientación de la investigación promovida desde la administración sanitaria, a favor de la investigación básica y en detrimento de la investigación en servicios y la epidemiología clínica, contrastan con la importancia de la atención primaria como ámbito natural de abordaje de numerosos agentes causales y prácticas de riesgo para la salud.

A pesar de estas limitaciones, la cultura de la investigación ya se ha instalado en un buen número de centros de salud y de farmacias, y la investigación en atención primaria ha ido teniendo una mayor presencia en las revistas científicas. Sin embargo, es necesario gestionar la investigación, también desde las estructuras de atención primaria, de manera específica y diferenciada, favoreciendo la priorización, la evaluación y la responsabilidad mediante fórmulas organizativas flexibles y sistemas de información específicos. Ello debería incluir fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación, siquiera a tiempo parcial, así como modelos de carrera profesional que reconozcan las actividades de investigación y docencia. Las asociaciones científicas y profesionales de la atención primaria tienen ante sí el reto de mantener proyectos de investigación activos, incrementar su presencia entre los profesionales, emitir su opinión ante los problemas del sector y reforzar su organización y comunicación.

Palabras clave: Atención primaria. Investigación. Docencia. Sociedad científica. Asociación profesional.

Summary

Primary care in Spain has undergone a burgeoning phase in the 80's, followed by a decade of stagnation in the 90's, with little creativity, a routinisation of tasks, and the set up of service port-folios and program-contracts. On the other hand, the recent changes in the orientation of the research promoted by the health administration, in favor of basic research, at the expense of health services research and clinical epidemiology, are in contrast with the importance of primary care as a natural setting for the management of many causal agents and risk factors for health.

Despite such limitations, the culture of research has become present in many primary care centres and pharmacies, and primary care research is increasingly present in scientific journals. Nevertheless, it is necessary, also for the case of primary care, to manage research, in differentiated and specific ways, favoring priorization, evaluation and responsibility through flexible organisational formulas and information systems. This should include contracting procedures allowing for at least part-time research, as well as professional career models acknowledging research and teaching activities. Scientific and professional associations in primary care face the challenge of maintaning research projects, of increasing their presence among professionals, of formulating opinions regarding the problems of their sector, as well as of reinforcing their organizational and communication capabilities.

Key words: Primary care. Research. Teaching. Scientific society. Professional association.

Introducción

En los últimos años el debate político-ideológico sobre la organización, las funciones y el compromiso social de la atención primaria en España se ha alejado de la cotidianidad. La efervescencia discursiva de los años ochenta y primeros noventa ha terminado por disolverse y ha dejado paso a la rutina de las tareas habituales, sobre todo de las asistenciales, relegándose otras iniciativas que tuvieron mucha presencia, al menos retórica, en los primeros años de la reforma. Me refiero, por ejemplo, a la promoción de la salud y a la investigación. Puede que los médicos

residentes de medicina de familia, y sus tutores de los centros de salud, tengan una percepción más animosa pero, en mi opinión, la sensación de atonía en torno de la atención primaria es la percepción más acusada entre los profesionales en activo; atonía salpicada sólo por algunos brotes recientes de rebeldía cuya trascendencia es prematuro dilucidar.

En situaciones de crisis y de restricciones presupuestarias, las políticas públicas de investigación, que de por sí no suelen recibir un tratamiento generoso, son las primeras en sufrir las carencias económicas y la falta de estímulos de todo tipo.

La situación sanitaria general

Según Pérez-Giménez[1], en los últimos 20 años la política sanitaria se ha desarrollado a partir de cuatro procesos clave: *a)* diseño del Sistema Nacional de Salud (1982-1986), caracterizado por el inicio de las transferencias, por el refuerzo y la reforma de la atención primaria y por el dibujo de Sistema Nacional de Salud (universalización, financiación basada en impuestos generales, unificación de las redes de centros, normativa legislativa transferencial); *b)* desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986 (1987-1991), etapa en la que se profundiza en aspectos como la universalización de los servicios, la distribución equitativa, la solidaridad, la financiación pública, la integración de recursos, la consideración de las políticas de prevención y promoción junto a asistencia y farmacia y la extensión del proceso de traspaso de competencias a las comunidades autónomas (CCAA); *c)* la denominada reforma de la reforma se produce entre 1992-1996, sobre todo a partir de las recomendaciones del Informe Abril y del tratado de Maastricht, que señalan el comienzo de las tendencias neoliberales que matizan el derecho a la salud, y *d)* aumento de la gestión y de la provisión privadas (1996-1999), etapa caracterizada por el incremento de las medidas liberalizadoras, cuyo símbolo es la habilitación de nuevas formas de gestión, las denominadas fundaciones.

En este último período, debido a la reducción de la sustantividad del derecho a la salud y a su progresiva transformación en mercancía, ha empeorado la equidad en la distribución de recursos y en los niveles de salud entre colectivos y regiones; se ha incrementado el gasto; ha aumentado la preocupación por la ineficiencia del sistema; se han detectado variaciones injustificadas en la actividad clínica y en sus costes unitarios; se sigue incrementando la descoordinación entre niveles (atención primaria y especializada); las listas de espera y las demoras en el acceso son la norma; el incremento del gasto tiene poco impacto en la mejora de la salud de la población y se observa una medicalización creciente de problemas sociales y más insatisfacción ciudadana por la impersonalidad y el burocratismo en la provisión de servicios.

¿Cómo está la atención primaria?

La participación de la atención primaria en el presupuesto sanitario varía entre el 21,37% de Cataluña y el 37% del territorio INSALUD[2]; los teóricos incrementos lo son a expensas del gasto de farmacia asignado a la atención primaria, que ha experimentado un crecimiento importante, y las inversiones están por debajo de las del nivel especializado, e incluso han disminuido. Todo ello explica la parálisis de la reforma y la falta de medidas para corregir las deficiencias que padecen la mayor parte de los centros.

Las consultas de atención primaria están masificadas. En algunas áreas de salud la demanda de asistencia de la población ha crecido el 27% entre 1994 y 1999[3]. La elevada presión asistencial que padecen los médicos tiene como consecuencia que la mayor parte del tiempo se destine a consultas a demanda en los centros de salud, en detrimento de la actividad programada, de la atención domiciliaria y de las actividades no asistenciales. El número de profesionales no se ajusta a las necesidades y la falta de tiempo para atender a los pacientes determina un abuso de la prescripción. La masificación, la falta de tiempo para realizar una consulta adecuada y las trabas a la solicitud de pruebas diagnósticas, además de disminuir la calidad y la capacidad resolutiva de las consultas, contribuyen a la desincentivación profesional y a la aparición del «síndrome del médico quemado».

La implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos; la creación de equipos sobredimensionados, con un número de profesionales muy superior al considerado ideal[4]; o el incremento del número de residentes de medicina de familia, sobre todo a partir de 1995, que ha sobrecargado las estructuras docentes de la especialidad[5], son otros aspectos que no han favorecido la dedicación a tareas que no sean las puramente asistenciales.

Podemos decir que la atención primaria española ha pasado de una etapa de desarrollo florido, en la década de los ochenta, a otra de estancamiento en los noventa, caracterizada ésta por la escasa creatividad, por la rutina de las tareas y por la puesta en marcha de la cuestionada cartera de servicios y de los contratos programa[6].

Los principales actores en la atención primaria –médicos, enfermeros y farmacéuticos de oficina de farmacia– han vivido esta evolución de diferentes maneras, que comento brevemente.

La presión del paro profesional entre los especialistas, de la tecnología médica, de los fuertes intereses económicos de las empresas aseguradoras y del sec-

tor asistencial privado (y la actividad política proclive a esos intereses), unida al menor peso proporcional de los médicos de familia con relación al resto de los especialistas (menos del 40% de los médicos del sector público, según el catálogo elaborado por la fundación Confederación Estatal de Sindicatos Médicos[7]), a la división en las organizaciones de legitimación social y profesional (hay tres sociedades científico-profesionales: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad Española de Medicina General; [SEMERGEN, SEMFYC y SEMG, respectivamente], que frecuentemente mantienen posturas contradictorias, cuando no abiertamente enfrentadas), está minando poco a poco las esencias de la atención primaria, además de su propio espacio laboral.

No debería pasar más tiempo sin que el acuerdo y el empuje de las sociedades de primaria coloquen la figura del médico de cabecera en el lugar que le corresponde como elemento esencial en el fortalecimiento de los aspectos clave de una atención primaria potente. Me estoy refiriendo a la longitudinalidad, a la accesibilidad, a su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario y al hábil manejo de la incertidumbre en el proceso asistencial.

Por el momento, entre los médicos, en una situación de deterioro y de carencia de iniciativas estimulantes, la reivindicación de 10 min por consulta es un eslogan con marcado efecto simbólico, ya que plantea un tema básico para mejorar la atención primaria, porque la falta de tiempo impide poner en marcha otras iniciativas de mejora de la calidad o dedicarse a tareas docentes o investigadoras. Disponer de un tiempo adecuado es esencial para garantizar una asistencia correcta, mejorar la capacidad resolutiva y establecer una buena relación médico-paciente.

Si pensamos en la «bestia negra» del gasto sanitario –el gasto farmacéutico–, a riesgo de simplificar cabe decir que, dentro de las políticas de contención del gasto y de introducción de competencia en el sector farmacéutico, donde la factura por medicamentos supone entre el 18-22% del gasto sanitario total, destacan los sucesivos recortes del margen de beneficios a las oficinas de farmacia, los intentos de liberalizar la venta de productos en grandes superficies, la legislación de distintas autonomías para aumentar la implantación de oficinas y, más recientemente, el establecimiento de precios de referencia, medida que tendrá efectos negativos atenuados sobre los beneficios de los laboratorios farmacéuticos. El gasto en medicamentos, es obvio decirlo, no es responsabilidad de los farmacéuticos, aunque ellos sean beneficiarios. De hecho podrían rebajar los márgenes a cero y el gasto no dejaría de ser un problema. Por tanto, las medidas sobre las oficinas es una presión en el eslabón más débil de la cadena desde el punto de vista reivindicativo.

Los farmacéuticos de oficina de farmacia, un colectivo profesional y unas instalaciones cuyo potencial como agentes de salud no ha sido suficientemente aprovechado para beneficio del sistema sanitario, se han ido organizando lentamente, en torno de su entusiasmo por la investigación (REAP), alrededor de la atención farmacéutica o, recientemente, en relación con intereses profesionales y científicos, en la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Comunitaria (SEFaC), sociedad esta que no dudamos será un referente importante para el enriquecimiento de la profesión.

Por su parte, enfermería debería organizar su evolución profesional trabajando con población formalmente asignada, ofertando servicios, mejorando las bases científicas de su ejercicio, utilizando la información derivada de los registros de actividad, controlando la calidad y la eficiencia de los cuidados y promoviendo la investigación orientada hacia la fundamentación teórica y la mejora de los cuidados[6].

La política pública de investigación

El esfuerzo financiero en investigación (I + D) que realiza España está muy por debajo del que le corresponde por su ubicación en la economía planetaria. No llega al 1% del PIB, menos de la mitad que lo que destinan los países de la OCDE, de forma que seguimos dependiendo tecnológicamente del exterior, pagando mucho dinero por importar patentes, mucho más del que se dice no disponer para investigación: ¿cómo se entiende esto? Siguen denunciándose la «fuga de cerebros», la incapacidad para recuperar a los talentos emigrados, las precarias condiciones laborales y la inestabilidad de los investigadores en España. A pesar de todo, en el sector sanitario la aportación científica española ha aumentado en los últimos años, a juzgar por el número de publicaciones y por su impacto[8].

La investigación promovida desde la Administración sanitaria ha cambiado de objetivos. El impulso que vivió desde mediados de los ochenta hasta 1996, debido a la potenciación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) y al apoyo a la investigación de servicios y a la epidemiología clínica, y cuya figura organizativa fueron las unidades de investigación[9], se ha ido abandonando en favor de la investigación básica, de mayor repercusión mediática y rentabilidad política, pero muy costosa de poner en marcha y de dudosa competitividad, ya que tendrá que medirse en resultados con centros y líneas de investigación de probada excelencia de otros países.

Es posible que esa competitividad esté al alcance de los Parques Científicos o de los Centros Nacionales de Investigación, pero no son organismos en los que la atención primaria vaya a tener una presencia destacada. Como tampoco la tiene en los proyectos promovidos por

la industria farmacéutica, ya que sólo el 4% de los ensayos clínicos que se aprueban por los comités éticos se realizan en atención primaria[10]. Sin embargo, la atención primaria es el ámbito natural donde estudiar los agentes causales o las prácticas de riesgo que originan algunas de las enfermedades que más años de vida perdidos ocasionan, como son el tabaco, el consumo de alcohol, la práctica de sexo sin protección, los accidentes laborales, el consumo de drogas ilegales, la contaminación, la hipertensión arterial o la inactividad física.

Ideas, formación, tiempo y dinero

La investigación en atención primaria nunca ha sido un competidor de los hospitales o de la universidad en la obtención de fondos (nunca ha alcanzado el 5% de los proyectos financiados por el FIS, por ejemplo), y mientras la financiación de la investigación se retroalimente de los factores de impacto de las publicaciones, mal lo tiene la atención primaria. En el trabajo de Camí et al[8], sólo 12 revistas españolas de biomedicina aparecen en el Science Citation Index; de ellas únicamente *Medicina Clínica* y la *Revista Clínica Española* están cerca del campo científico de la atención primaria.

A pesar de la falta de financiación, y de otras deficiencias y propuestas de mejora repetidamente señaladas[11-16], el crecimiento de originales publicados ha sido notable con la creación de la especialidad de medicina de familia y, a partir de 1984, con la aparición de la revista *Atención Primaria*. Si aceptamos la idoneidad de MEDLINE como instrumento bibliométrico, esta revista alcanza el 14% de los documentos indizados en el grupo de 13 publicaciones del área temática Family Practice[17].

Aunque el refuerzo que pudo suponer la creación de las unidades de investigación clinicoepidemiológica se frustró por el cambio de política antes referido, la cultura de investigación ya se ha instalado en buen número de centros de salud y de farmacias, convirtiéndose en una actividad necesaria y estimulante para muchos profesionales, a lo que también han contribuido algunas asociaciones científicas[18]. Entre 1990-1997 se produjo un incremento de la producción científica de los profesionales de atención primaria, a juzgar por los artículos recuperables por MEDLINE, incremento que alcanza el 73,7% de los artículos publicados en *Atención Primaria*, el 22,6% en otras revistas nacionales y el 3,7% en revistas extranjeras[19].

Si bien se ha consolidado un fuerte movimiento de investigación y docencia que hace de la medicina general/de familia española una de las más sólidas en estos aspectos, la formación continuada sigue en manos de la industria farmacéutica, salvo excepciones; las actividades de formación continuada en los propios centros de salud son escasas, y desconocido su impacto en la calidad del trabajo clínico[20]. Existe un programa de acreditación de actividades formativas promovido por SEMFYC y por SEMERGEN, y recientemente se ha dotado en Barcelona una cátedra de atención primaria, patrocinada por una fundación científica ligada a la industria farmacéutica.

La primera cátedra de medicina general/de familia del mundo se creó en Edimburgo en 1963, y en 1952 se fundó la Academia (Inglesa) de Médicos de Familia/Generales. Estos dos hechos demuestran la larga tradición que tiene la medicina de familia y los médicos de cabecera en el Reino Unido. También en Dinamarca y en los Países Bajos los médicos generalistas gozan de prestigio social histórico; entre ellos hay científicos clínicos de reconocido prestigio y sus departamentos universitarios, colegios y asociaciones profesionales y científicas disponen de gran cantidad de recursos editoriales y formativos, lo que les convierte en grandes productores de conocimiento y de reconocimiento[21]. Por el contrario, hasta ahora, en España, medicina de familia es una de las pocas especialidades médicas que no tiene asignatura propia en la licenciatura, ni departamento en la universidad, circunstancias que, de subsanarse, podrían ejercer un importante estímulo a la investigación: señalando ideas y líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno de la medicina de familia/general.

También en el Reino Unido, donde la atención primaria atrae la atención del gobierno y de los partidos políticos, el 14% del dinero público destinado a investigación y desarrollo es reservado para la investigación en atención primaria[22].

En un reciente artículo sobre la gestión de la investigación en los centros sanitarios, un grupo nominal formado por directivos y responsables de centros hospitalarios u organizaciones de investigación expresaba su acuerdo con la necesidad de gestionar la investigación biomédica de manera específica y diferenciada, favoreciendo la priorización, la evaluación y la responsabilidad mediante fórmulas organizativas flexibles y sistemas de información específicos[23]. Estas iniciativas, referidas preferentemente al ambiente hospitalario, también podrían aplicarse a las estructuras de atención primaria, y mejorarían la situación actual de los equipos de investigación españoles, porque sus estructuras organizativas carecen de estrategia, su configuración es jerárquica y endogámica, la multidisciplinaridad es escasa, los recursos están fragmentados, no tienen interés por transferir los resultados a la práctica clínica y carecen de evaluaciones externas sobre la relevancia, la calidad y la ética de la investigación[23].

Aunque la investigación en atención primaria va adquiriendo relevancia, todavía es una actividad que se

practica aisladamente. Cuando la mayoría de los médicos de familia/generales nos convenzamos de la necesidad de elaborar conocimiento propio mediante la investigación (y no limitarnos a la simple imitación) y mejore el flujo por los canales de comunicación con la atención especializada y con la universidad –ahora poco permeables– podremos aspirar a organizar la investigación con una cultura de servicio primero y gerencial después. Pero necesitamos obtener personal, dinero y tiempo, mediante fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación siquiera a tiempo parcial, para que el desarrollo de proyectos no se base solamente en el voluntarismo. De hecho, en una reciente encuesta a médicos del Reino Unido, el 41% se muestran interesados en investigar; de ellos, el 92% identifican como barrera principal para investigar la falta de tiempo, el 73% la falta de personal para recoger datos y el 71% la falta de financiación[24].

Otro aspecto a destacar es el de la consideración que la investigación debe tener en la carrera profesional. En el estudio Delphi sobre atención primaria realizado en España, el 91% de los participantes se muestra de acuerdo en primar la investigación y la docencia en la valoración de méritos para la provisión de plazas[25].

En un contexto caracterizado por las corrientes privatizadoras en sanidad, y por la hegemonía de las leyes del mercado, por el estancamiento de la atención primaria, por la falta de inversiones en investigación, por la retirada de recursos de investigación en las áreas de salud, por la pérdida de interés institucional en la investigación clinicoepidemiológica y de servicios, las asociaciones científicas y profesionales de atención primaria tienen ante sí el reto de mantener proyectos de investigación activos, incrementar su presencia entre los profesionales, emitir su opinión ante los problemas del sector y reforzar su organización interna. En este sentido, se deben procurar estructuras organizativas diferenciadas para acoger los recursos, las tareas y el tiempo profesional dedicados a investigar en atención primaria (grupos de investigación en atención primaria dentro del FIS; secciones de investigación de las sociedades científicas; redes de centros investigadores; unidades docentes, unidades de investigación, departamentos universitarios); dotarlas de gestión específica, someterlas a evaluación y apoyarlas en figuras administrativas y funcionales que favorezcan la obtención de recursos, la autonomía y la flexibilidad de la gestión de la investigación[23].

Los investigadores, las sociedades científicas y otras estructuras de investigación en atención primaria que pudieran existir deberían perfeccionar sus sistemas de comunicaciones, mejorar el funcionamiento de sus comisiones, favorecer los contactos con otras organizaciones similares internacionales y nacionales y ampliar y difundir sus actividades (publicaciones, becas de investigación, reuniones, actividades de formación, apoyo y asesoramiento) y, sobre todo, deben incrementar su producción científica mediante proyectos de investigación propios.

Bibliografía

1. Pérez-Giménez R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: Adelantado J, coordinador. Cambios en el Estado de Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España. Barcelona: Icaria y Universidad Autónoma de Barcelona, 2000; p. 251-84.
2. El Médico. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2001;792 (Supl.): p. 176-93.
3. Martín García M. La atención primaria en Galicia: una reforma inacabada. Salud 2000 2001;81:10-2.
4. Gené J. Diez años de trabajo en equipo. Aten Primaria 1994;14:529-31
5. Gervas J, Palomo L, Pastor R, Pérez M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria 2001;28:472-7.
6. Corrales D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. Aten Primaria 1996;18:577-9.
7. El Médico. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2001;792 (Supl.):156-74.
8. Camí J, Zulueta MA, Fernández MT, Bordons M, Gómez I. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud durante el período 1990-1993 (Science Citation Index) y comparación con el período 1986-1989. Med Clin (Barc) 1997;109:481-96.
9. Pozo F, Lázaro P, De la Cal MA y Centro Coordinador REUNI. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de la Salud (III): Red de Unidades de Investigación del Sistema Nacional de la Salud (REUNI). Med Clin (Barc) 1996;107:500-8.
10. Juan Payán M. Los ensayos clínicos en atención primaria, ¿investigación o promoción? El Médico 1999;702: 32-40.
11. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Martín E, Ricoy JR. Análisis de los proyectos de investigación sanitaria durante 1991. Aten Primaria 1993;8-15.
12. López LA, Martínez JI, García MM, March JC. La investigación en atención primaria en España. Rev San Hig Pub 1993;3: 135-54.
13. Palomo L. Propuestas para impulsar la investigación en el Sistema Nacional de Salud. Salud 2000 1995;51:27-31.
14. Starfield B. Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria. Cuadernos de Gestión 1997;3:201-10.
15. Jiménez Villa J. Investigación y atención primaria. Aten Primaria 1999;23(Supl 1);66-70.
16. Palomo L. Mitos y realidades de la investigación en atención primaria. Primer Nivel 2001;5:35-9.
17. Simó J, Gaztambide M, Latour J. La revista *Atención Primaria* en MEDLINE: análisis de los siete primeros años de indización (1998-1995). Aten Primaria 1999;23(Supl 1): 5-13.
18. Investigación médico-farmacéutica en atención primaria. Una visión a través de las publicaciones de la REAP. Monografías Dr. Antonio Esteve, n.º 25. Barcelona: Fundación Doctor Antonio Esteve, 1999.
19. Simó J, Gaztambide M, Latour J. Producción científica de los profesionales españoles de atención primaria (1990-1997). Un análisis bibliométrico a partir de MEDLINE. Aten Primaria 1999;23 (Supl 1): 14-28.

20. Ortún V, Gérvas J. Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000; p. 363-9.
21. Boerma WGW, Jong F, Mulder PH. Cuidados de salud y atenciçón primaria en Europa. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1997.
22. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
23. Peiró S, Artells Herrero JJ. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante técnica de grupo nominal. Gac Sanit 2001;15:245-50.
24. Jowett SM, MacLeod J, Wilson S, Hobbs FD. Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. Br J Gen Pract 2000;50:387-9.
25. Artells JJ, director. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi». Cuadernos de Gestión 1999; 5(Supl 1);89.