

Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi

N. Gómez-Moreno^a, D. Orozco-Beltrán^b, C. Carratalá-Munuera^b y V. Gil-Guillén^b

Objetivo. Valorar la tendencia en la relación de atención primaria (AP) y especializada (hospital) en 2 momentos diferentes de la reforma sanitaria, al inicio (1992) y tras una fase de consolidación (2001).

Diseño. Estudio cualitativo basado en la técnica Delphi modificada.

Emplazamiento. Comunidad Valenciana.

Participantes. Se seleccionó a un total de 196 profesionales de la Comunidad Valenciana (103 coordinadores de AP, 43 directores médicos hospitalarios y de AP, y 50 jefes de servicio de medicina interna/urgencias).

Resultados. Se enviaron 196 cuestionarios, con una tasa de respuesta del 38%. Desde AP los problemas se mantienen, con un empeoramiento en la desmotivación del personal sanitario (+1,34), la falta de visión integral del paciente (+1,10) y la masificación asistencial (+1,06), y un mejoría en la presencia de especialistas de ambulatorio no integrados (-1,32). Desde el ámbito hospitalario empeora la falta de visión integral del paciente (+0,51), pero destaca la mejoría generalizada de los problemas, sobre todo la falta de comunicación y diálogo (-1,14).

Las soluciones que aumentan su demanda desde AP son una historia clínica única informatizada (+1,50), la elaboración de protocolos comunes (+0,86) y las rotaciones periódicas de los médicos de AP (MAP) por servicios hospitalarios (+0,85), con una disminución de las derivaciones burocráticas a AP (-0,60) y la necesidad de especialistas en AP como consultores (-0,36). Desde el ámbito hospitalario, todas las soluciones disminuyen su valoración y entre ellas destaca facilitar el acceso de MAP para el seguimiento de los pacientes ingresados (-2,44) y la realización de guardias hospitalarias por MAP (-2,30).

Conclusiones. Los problemas y las soluciones siguen siendo los mismos que en 1992, pero en AP se observa una tendencia a empeorar y en el ámbito hospitalario se detecta una visión más positiva.

Palabras clave: Gestión sanitaria. Área profesional. Atención especializada y primaria.

INTER-PROFESSIONAL RELATIONSHIP BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE (PHC) AND SECONDARY CARE (HOSPITAL) IN 1992 AND 2001. A DELPHI STUDY

Aim. To evaluate the trends in the inter-professional relationship between primary health care (PHC) and secondary care (hospital) at 2 different moments of the health reform, at its start in 1992 and after a phase of consolidation (2001).

Design. Observational study based on modified Delphi technique.

Setting. Valencia Community, Spain.

Participants. One hundred and ninety six professionals from Valencia Community were selected (103 PH centre administrators, 43 hospital and PC medical directors, and 50 heads of internal medicine or emergency services).

Results. One hundred and ninety six questionnaires were sent out, with a response rate of 38%. In PHC problems remained the same, but the following got worse: "lack of motivation" (+1.34), "lack of overall vision of patients" (+1.10), and "overuse of medical services" (+1.06). The existence of non-integrated out-patient specialists got better (-1.32). In hospitals, "lack of overall vision of patients" got worse (+0.51), but in general problems got better, especially in "lack of communication and dialogue" (-1.14). PC increased its demand for "a single computerized clinical record" (+1.50), drawing up of common protocols (+0.86), and periodic rotations of PC doctors through hospitals (+0.85), but bureaucratic referrals to PC (-0.60) and the need for specialists in PC as consultants (-0.36) diminished. In hospitals all solutions showed lower scores, particularly access of PC doctors to monitoring of admitted patients (-2.44) and PC doctors doing hospital cover (-2.30).

Conclusions. Problems and solutions from PHC and hospitals remain the same, but there is a trend to the worse in PHC, whereas in hospitals the trend is more positive.

Key words: Health management. Professional area. Specialist care and primary care.

^aCentro de Salud Hospital Provincial. Área de Salud 16. Comunidad Valenciana. Alicante. España.

^bUniversidad Miguel Hernández. Cátedra de Medicina de Familia. Campus de San Juan. Alicante. España.

Correspondencia:
D. Orozco Beltrán.
Universidad Miguel Hernández.
Departamento de Medicina
Clínica. Cátedra de Medicina de
Familia.
Ctra. Alicante-Valencia, N-332,
km. 87. 03550 San Juan. Alicante.
España.
Correo electrónico:
atención.primaria@umh.es

Manuscrito recibido el 16 de junio de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2005.

El presente manuscrito forma parte de la Tesis Doctoral «Relación entre atención primaria y especializada» leída el 5 de diciembre de 2003 en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

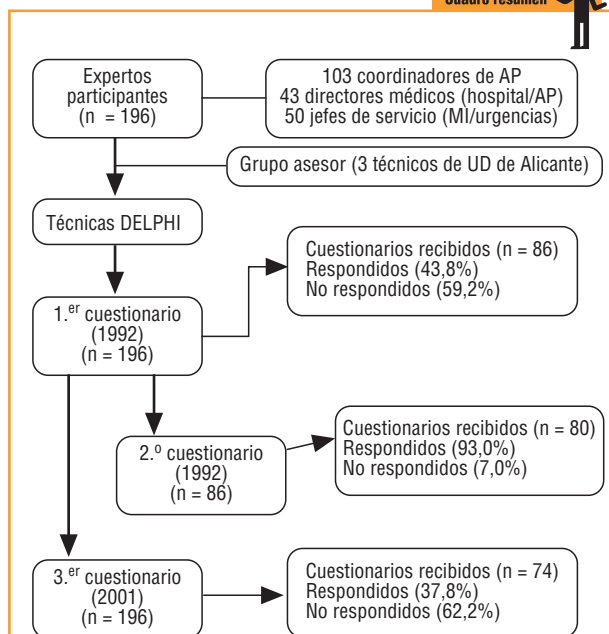
Introducción

En el año 1986, con la publicación de la Ley General de Sanidad (LGS)¹, se definen las áreas de salud como las «estructuras fundamentales del sistema sanitario». En su artículo 65 se indica que «se establecerán las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes ámbitos asistenciales». Se pretende que en el Área de Salud, tanto los centros de salud como su hospital de referencia trabajen de una forma coordinada por un objetivo común, que es la prestación integral de salud a toda su población. Parece coherente pensar que la asistencia sería de mayor calidad si se hiciera de forma coordinada y complementaria entre ambos ámbitos asistenciales². Los países que disponen de procedimientos más eficientes tienen un sistema de derivación que otorga al médico de atención primaria (AP) el papel de puerta de entrada (*gatekeeper*) del sistema sanitario^{3,4}. En un estudio previo⁵, realizado en 1992, se identificaron los problemas más importantes en la relación médico de AP/hospital, así como las soluciones posibles para mejorarlas, existentes en aquella época de inicio de la reforma. El objetivo del presente estudio es valorar la tendencia en la relación de AP y especializada (hospitalaria) en 2 momentos diferentes de la reforma sanitaria, al inicio (1992) y tras una fase de consolidación (2001).

Pacientes y método

Se utiliza un diseño observacional. Para la recogida de datos se emplea la técnica Delphi modificada. Es un estudio de tendencias realizado en 2 momentos diferentes: una vez iniciada la reforma (1992) y tras una fase de consolidación (2001). La técnica Delphi⁶ es una técnica de consenso. Mediante el envío de una serie de cuestionarios por correo se pretende conocer la opinión de un grupo de expertos de la Comunidad Valenciana, que poseen información implícita para la identificación de los problemas más prioritarios en la relación entre el médico de AP y el del hospital, así como las soluciones que estaban dispuestos a apoyar para que éstas mejoraran. El panel de expertos se constituyó por profesionales sanitarios que estaban relacionados con la práctica clínica y con tareas de gestión, tanto de AP como del hospital. Se realizó a partir de las propuestas de un grupo asesor, que estaba formado por 3 técnicos superiores y 1 coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Alicante. La selección se realizó de acuerdo con las siguientes dimensiones: profesionales de ambos sexos sin límite de edad que estuvieran ejerciendo en todo el territorio de la Comunidad Valenciana y que cubrieran los siguientes ámbitos de prácticas: médicos de AP que ejercieran de coordinadores, directores médicos de AP, directores médicos hospitalarios, jefes de servicio de medicina interna y de urgencias del servicio público de la Conselleria de Sanitat. De acuerdo con estas características se seleccionó a un total de 196 profesionales de la Comunidad Valenciana, con la siguiente

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional basado en una técnica Delphi para recoger datos a través de encuestas, y conocer así el grado de consenso entre un grupo de expertos de atención primaria y hospitalaria de la Comunidad Valenciana, sobre las relaciones entre ambos ámbitos asistenciales, en 2 momentos diferentes de la reforma sanitaria (1992/2001).

distribución: 103 coordinadores de AP, 43 directores médicos (hospitalarios y de AP) y 50 jefes de servicio (medicina interna/urgencias). En 1996 se publicó la primera fase de este estudio realizado por nosotros⁵, donde se describe la metodología empleada. En la segunda fase, en el año 2001 se utilizó la misma metodología, que se caracteriza por el envío del tercer cuestionario (el mismo que el segundo cuestionario que se envió en el año 1992) (tabla 1). Los participantes debían priorizar su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem, puntuando del 0 al 10 según el grado de importancia que le dieran (0 = poco importante, 10 = muy importante). Se calculó la puntuación media obtenida por cada uno de los ítems. Se agruparon las respuestas recibidas en 2 grupos según fueran de AP (coordinadores de AP, directores médicos de área) o de especialistas (directores médicos hospitalarios, jefes de servicio de medicina interna, y jefes de servicio de urgencias). Para establecer consenso se escogió una de las propuestas realizadas por Fink⁷ y se seleccionaron las 10 respuestas que obtuvieron una mayor puntuación. Para valorar las diferencias encontradas entre las respuestas dadas en la primera fase (1992) y las dadas en la segunda (2001), se calculó la diferencia de las medias obtenidas en cada ítem, y se consiguió una diferencia positiva y, por tanto, una desviación hacia la derecha en aquellos ítem cuya media fue más valorada en 2001

TABLA 1 Problemas prioritarios en la relación atención primaria/especializada y soluciones más valoradas para mejorarla

Problemas prioritarios	Soluciones más valoradas
1. Desconocimiento de las actividades realizadas en el otro ámbito asistencial Tanto desde el punto de vista personal como profesional	1. Elaboración de protocolos comunes y consensuados de tratamientos, criterios de derivación
2. Falta de comunicación y de diálogo	2. Creación de comisiones mixtas para la realización de reuniones organizativas
3. Masificación de la asistencia en ambos ámbitos	3. Reuniones entre coordinadores de centros de salud/jefes de servicio y directores de atención primaria/ gerentes de hospital
4. Falta de consideración profesional del hospital/especializada hacia la atención primaria	4. Ampliación de técnicas diagnósticas en atención primaria
5. Desmotivación del personal sanitario	5. Mejora de los circuitos de pacientes
6. Desinterés de algunos médicos de atención primaria (MAP) por cambiar su modo de actuación	6. Listas negativas de derivación en lugar de las listas positivas, enfermedades que no hay que derivar a un determinado especialista
7. Poca accesibilidad del hospital para el médico de atención primaria	7. Primera prescripción/recetas de larga evolución/ILT/citación por parte del especialista
8. Presencia de especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital, como una barrera. Desconexión de especialistas ambulatorio/hospital	8. Presencia de una dirección conjunta única (especialistas/atención primaria)
9. Falta de un coordinador/director único de atención primaria y especializada	9. Desaparición de los especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital
10. Falta de uniformidad de criterios al no haber protocolos de actuación comunes	10. Acceso directo de los pacientes a oftalmología y ginecología
11. Mala organización de las urgencias, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario	11. No realizar derivaciones burocráticas al CAP
12. Pocos centros de salud con atención continuada	12. Montaje de urgencias por el servicio de urgencias hospitalario
13. Exceso de lista de espera en el centro de especializada	13. Reuniones lúdico-deportivas
14. Prescripción delegada al MAP por el especialista	14. Educación sanitaria
15. Persistencia de consultorios/ambulatorios y pocos centros de salud	15. Autocitación de especializada
16. Falta de medios administrativos	16. Presencia de un especialista de interconsulta con el CAP
17. Escasez de personal	17. Acceso de los MAP a pacientes ingresados en el hospital
18. Falta de planes de educación sanitaria	18. Realización de guardias por el MAP en el hospital
19. Falta de impulso por la Administración a la formación continuada	19. Mejorar la comunicación de forma bidireccional. Control de calidad del intercambio de información
20. Falta de seguimiento del MAP a pacientes ingresados en hospital. Falta de cauces de información rápidos y eficaces (p. ej., teléfono)	20. Historia clínica única informatizada
21. Interconsultas injustificadas al especialista	21. Cursos de formación continuada para el MAP o mixtos de temas de especializada
22. Distinto concepto de salud en hospital y atención primaria	22. Sesiones clínicas conjuntas
23. Rechazo de interconsultas por parte de los especialistas de forma injustificada	23. Rotaciones periódicas de los MAP en el hospital por los distintos servicios, consultas externas, urgencias
24. Falta de visión «integral» del paciente	24. Realización de cursos periódicos por correspondencia
25. Lejanía física entre el hospital y la atención primaria	25. Creación de grupos de trabajo conjuntos

ILT: incapacidad laboral transitoria; CAP: centro de atención primaria.

que en 1992 y una desviación hacia la izquierda cuando los ítems fueron menos valorados en 2001 que en 1992.

Resultados

De los 196 cuestionarios que se remitieron, se recibieron 74 (tasa de respuesta del 37,8%).

Por provincias, la que menos participó fue la de Valencia, con un 31,4% de participación, seguida de Castellón con

un 35,3%. La que más participó fue Alicante, con un 46%.

La participación de los jefes de servicio fue del 56% (28/50), la de los coordinadores de AP del 34% (35/103) y la de los directores médicos del 25,6% (11/43).

Después de efectuar las correspondientes pruebas de homogeneidad, en las que se compararon las características del panel de participantes y de los abandonos, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en cuanto al perfil profesional.

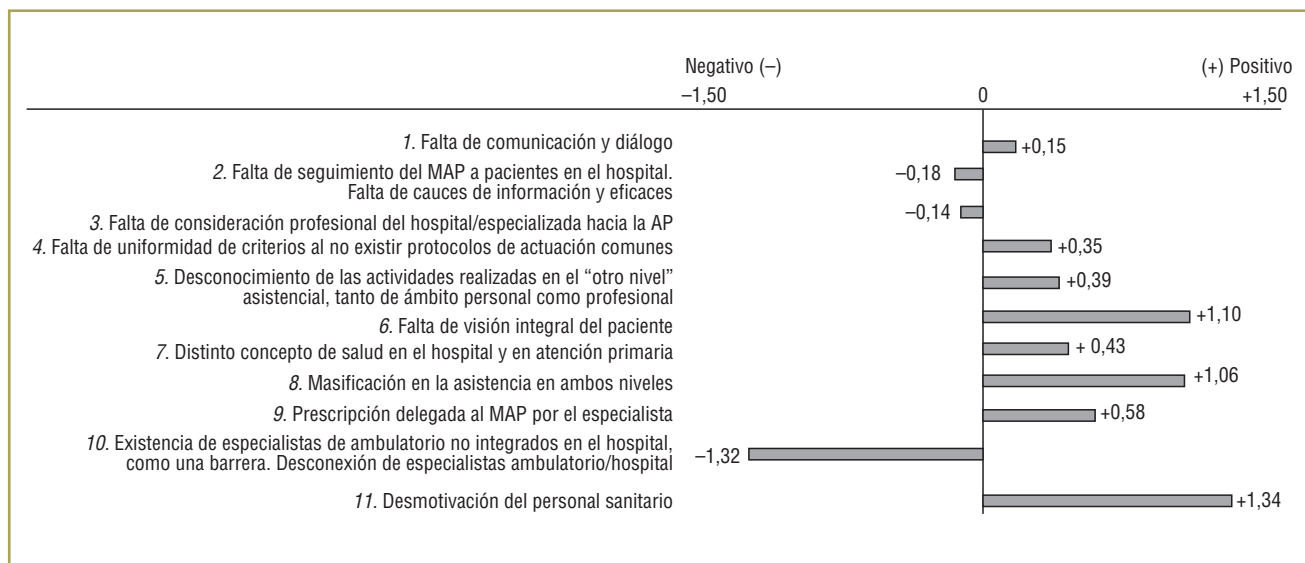


FIGURA 1

Principales problemas planteados por atención primaria (diferencias 2001/1992).

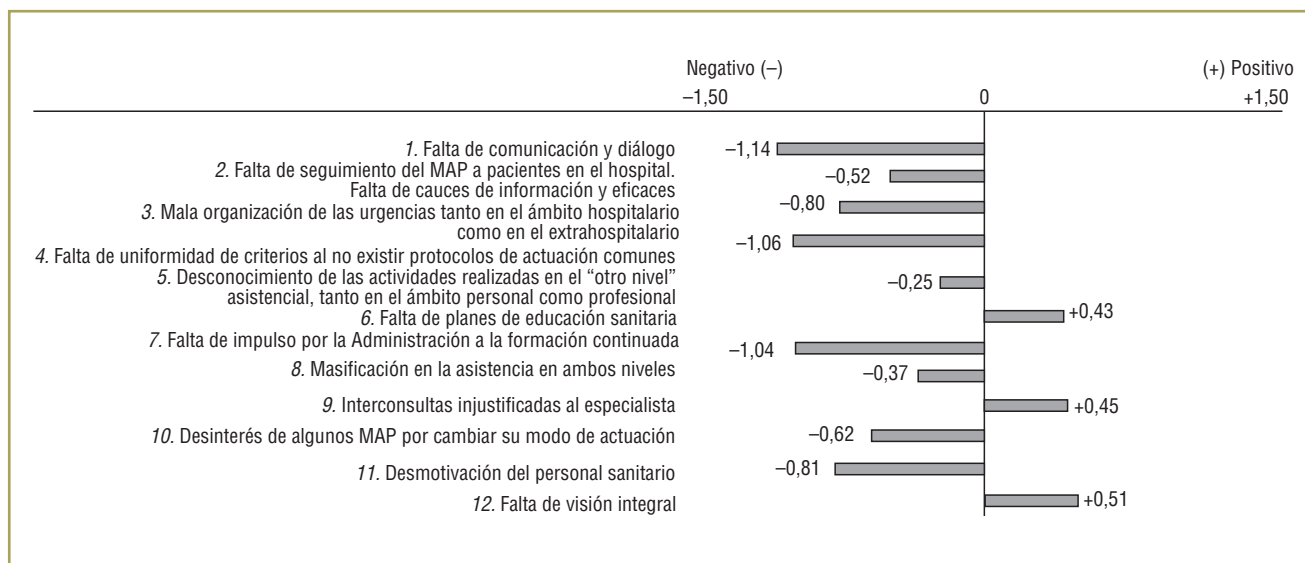


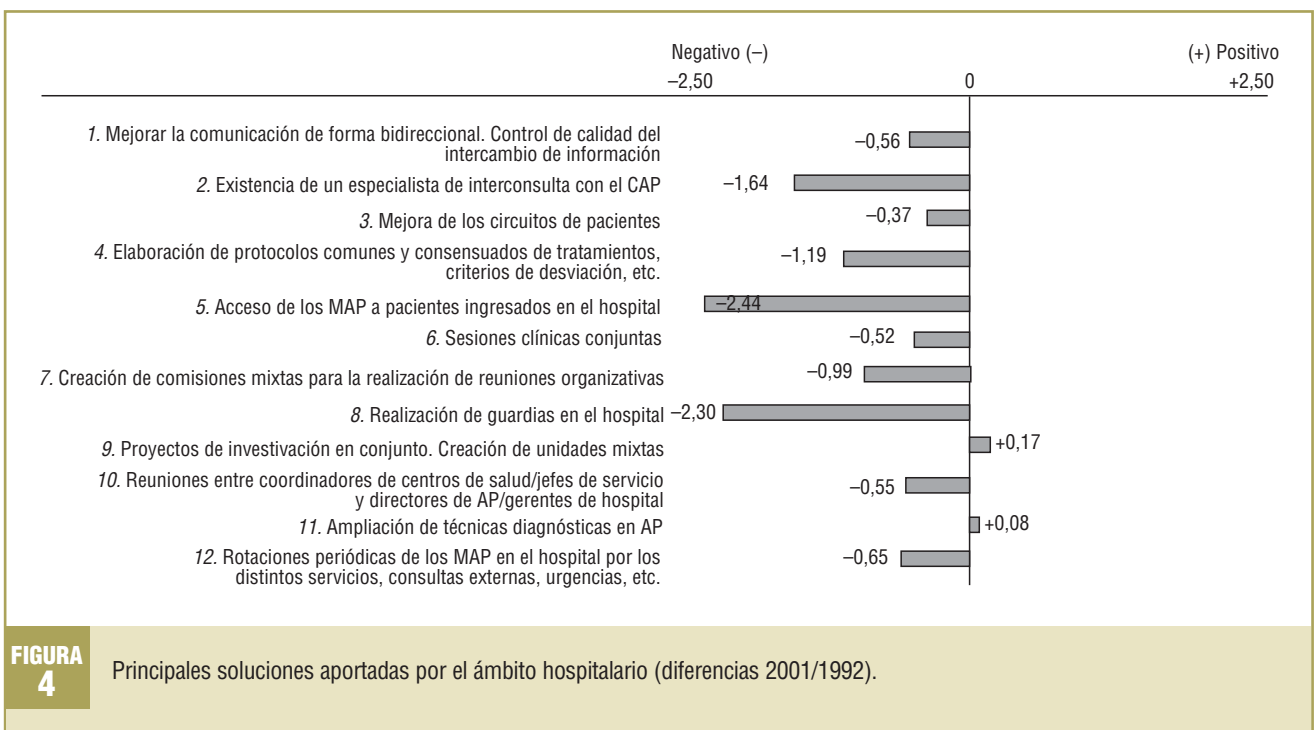
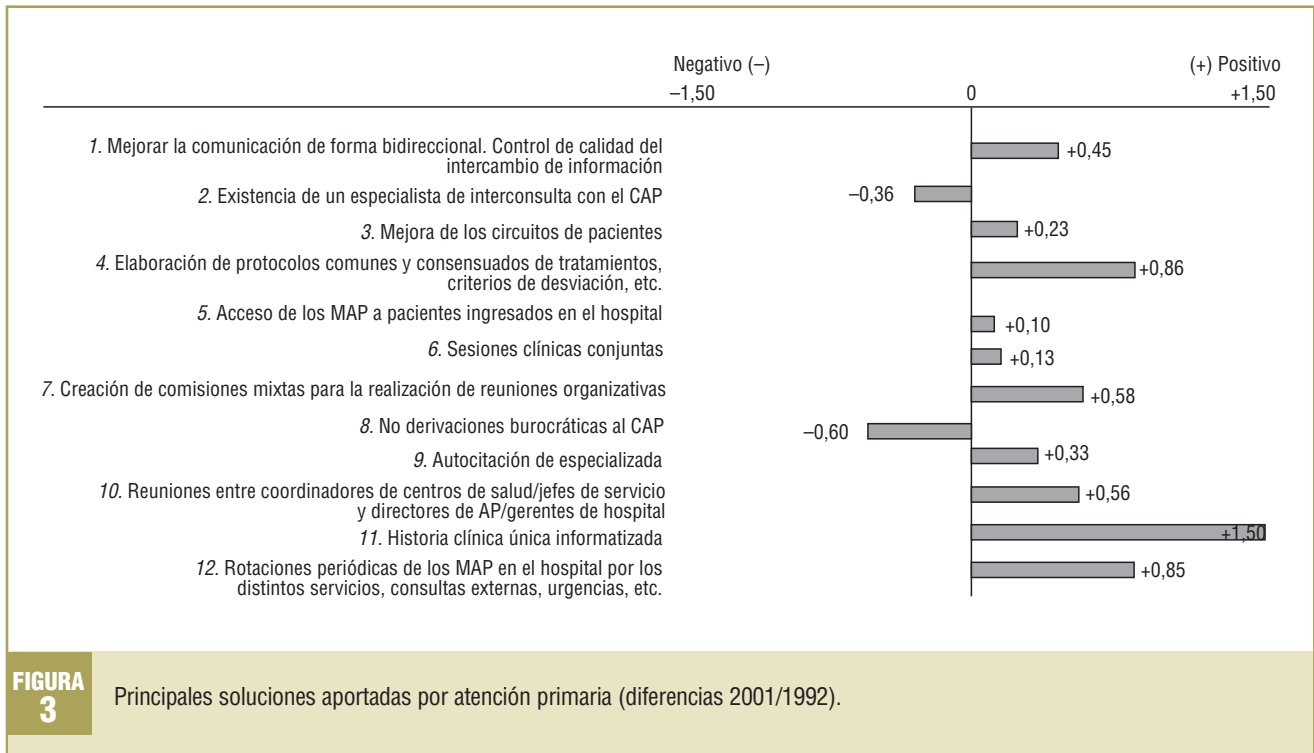
FIGURA 2

Principales problemas planteados por el ámbito hospitalario (diferencias 2001/1992).

En relación con las diferencias encontradas entre 2001 y 1992 en cuanto a los problemas planteados por AP, las más significativas son: empeoran la mayor desmotivación del personal sanitario (+1,34), el aumento de la falta de visión integral del paciente (+1,10) y el crecimiento de la masificación asistencial en ambos ámbitos (+1,06), y mejora la presencia de especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital (-1,32) (fig. 1). En relación con el ámbito hospitalario, empeoran la falta de visión integral del paciente

(+0,51) y las interconsultas injustificadas al especialista (+0,45), pero destaca la mejoría casi generalizada de los problemas, sobre todo la falta de comunicación y diálogo (-1,14) (fig. 2).

En cuanto a las diferencias encontradas en las soluciones aportadas por AP, se reivindica más una historia clínica única informatizada (+1,50), la elaboración de protocolos comunes (+0,86) y las rotaciones periódicas de los médicos de AP por los distintos servicios hospi-



talarios (+0,85), con una disminución de las derivaciones burocráticas a AP (-0,60) y la necesidad de especialistas en AP como consultores (-0,36) (fig. 3). En el ámbito hospitalario, en el año 2001 parece que las soluciones ya han sido implementadas, pues todas dismi-

nuyen su valoración; entre ellas destacan el hecho de facilitar el acceso de los médicos de AP para el seguimiento de sus pacientes ingresados (-2,44) y la realización de guardias hospitalarias por médicos de AP (-2,30) (fig. 4).

Discusión

En las últimas 2 décadas se ha producido un salto cualitativo que ha ocasionado una profunda transformación en AP y en sus estructuras en toda España (con diferencias según las comunidades autónomas), así como la sustitución de los ambulatorios por centros de salud, la incorporación de nuevos profesionales y la ampliación de la cartera de servicios^{8,9}. A pesar de estas modificaciones, en la relación entre ámbitos asistenciales sigue persistiendo como primer problema detectado la falta de comunicación y diálogo entre ambos. Para acercarnos a la realidad actual y detectar los posibles cambios entre la relación de médicos AP-hospital, tras la reforma sanitaria se diseñó este estudio Delphi, donde se recogen las opiniones de expertos sobre el tema de estudio. No obstante, hemos de reconocer algunas limitaciones. En primer lugar de la propia técnica, pues al usar una técnica de consenso, los resultados obtenidos en este estudio dependen de la visión personal de los participantes, eliminándose otros posibles resultados. Asimismo, la obligación de llegar a un consenso, objetivo príncipes del proceso Delphi, tiene el efecto de dejar de lado posiciones extremas, aunque éstas pudieran ser ideas interesantes.

El número de respuestas finales fue de 74, las cuales se consideran suficientes, ya que según la metodología de los estudios Delphi, el número de participantes puede oscilar entre 10-40 cuando se trata de grupos homogéneos.

Es un método adecuado para la detección de problemas, ya que a través del consenso entre diferentes profesionales con distintos puntos de vista nos acerca a la realidad, y una de las ventajas mejores de esta técnica de recogida de datos es el anonimato entre los participantes, que impide las influencias del grupo¹⁰.

En cuanto a las limitaciones en los resultados, vemos que los participantes en la primera fase (1992) no son los mismos que en la segunda (2001), ya que 9 años después y con un cambio político en el país es posible que muchos de los cargos que estaban en 1992 no permanecieran en 2001. Pero lo que importaba era la opinión de los expertos que ocupaban en ese momento esos cargos, más que mantener la opinión de la misma persona.

Los hallazgos y los resultados del estudio fueron devueltos a los participantes con el fin de obtener retroalimentación y comprobar que se sentían representados en los resultados finales. No se recibió ninguna carta al finalizar el estudio en la que se hiciera alguna reclamación o sugerencia en contra de los resultados.

El estudio está enmarcado en una comunidad concreta y desconocemos si en otro contexto obtuviésemos los mismos resultados. Desde este estudio se abren nuevas vías de investigación, ya que sería interesante comprobar la «aplicabilidad» en otras comunidades.

Al comparar las puntuaciones de las respuestas dadas en las 2 fases del estudio se ha encontrado que en la valoración

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El patrón epidemiológico y la conjunción de criterios de efectividad, satisfacción y costes son los que configuran la organización sanitaria en ámbitos sanitarios.
- La interrelación entre los ámbitos asistenciales, AP/ hospital, no es satisfactorio.
- La desmotivación del personal sanitario va en aumento.

Qué aporta este estudio

- La reforma sanitaria no ha supuesto mucha variación en los problemas entre ambos ámbitos asistenciales y se continúan reivindicando las mismas soluciones que al inicio de ésta.
- Hay que mejorar las interrelaciones entre ambos ámbitos asistenciales con el fin de conseguir una atención integral al paciente.

de «los problemas para los médicos de AP», tras la reforma, se aprecia un ligero empeoramiento de la valoración respecto a los problemas detectados en 1992, ya que ha habido un desplazamiento hacia la derecha (diferencias positivas) y se ha dado una mayor puntuación en 2001 que en 1992; por tanto, se observa un agravamiento de los problemas.

Los problemas en los que estas diferencias son más evidentes son:

1. Desmotivación del personal sanitario: llama la atención el aumento en la desmotivación del personal médico. Aunque el objetivo del estudio no es el de detectar su causa, posiblemente influya la decepción por la falta de resolución y la persistencia de gran parte de los problemas detectados al inicio de la reforma.

Esta desmotivación ha sido apuntada también por otros autores; así, Martín et al^{11,12} reflejan un creciente desánimo en los profesionales que trabajan en la parte reformada de la AP.

2. Falta de visión «integral» del paciente: en el tiempo transcurrido se sigue detectando en la atención hospitalaria una desconsideración mayor hacia el paciente en cuanto a una falta de perspectiva biopsicosocial. El aspecto biológico, psicológico y social permanece independiente, posiblemente debido a la creciente «especialización» y a la mayor fragmentación de los problemas de salud cuando un paciente entra en contacto con el ámbito hospitalario.

3. Masificación de la asistencia en ambos ámbitos: el aumento de la vida media poblacional, el mayor diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, el aumento de los recursos sanitarios y la relación insuficiente entre la población total atendida y los recursos de médico por habitante, la gratuidad del sistema y las expectativas de la población en la resolución de sus problemas son posibles causas del aumento de la frecuentación y puede justificar la masificación en ambos ámbitos asistenciales. Esto es compartido también con otros autores¹¹.

También ha habido un empeoramiento, aunque en menor grado, en el resto de los problemas detectados al inicio de la reforma, excepto en la presencia de especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital, como una barrera. Así, la «desconexión de especialistas ambulatorio/hospital» obtiene una valoración menor en la segunda fase y, por tanto, una desviación hacia la izquierda.

En cuanto a las «soluciones aportadas por la asistencia primaria», tras la reforma siguen siendo las mismas que antes de ésta, pero en primer lugar como solución más consensuada está el apoyo de la «historia clínica única informatizada». En el mismo sentido, Sandúa et al^{13,14} establecen lo efectivo y posiblemente eficiente que es el hecho de informatizar las comunicaciones entre ambos ámbitos asistenciales, ya que con ello se mejora el conocimiento del paciente, dando lugar a un número significativamente menor de pruebas complementarias y hospitalizaciones innecesarias.

Se sigue reivindicando la elaboración de protocolos diagnósticos-terapéuticos consensuados entre ambos ámbitos, así como las rotaciones periódicas de los médicos de AP por los distintos servicios del hospital de referencia.

En cuanto a los problemas para el ámbito hospitalario, se detecta, en general, una menor valoración de los problemas tras la reforma, lo que indica que hay una visión más positiva de éstos excepto en la creciente falta de visión «integral» del paciente. Del mismo modo, se aprecia un creciente número de interconsultas injustificadas a los especialistas, resultado que coincide con algunos estudios realizados por especialistas¹⁵⁻¹⁸ en los que se refleja que un porcentaje alto de las derivaciones se acompañó de un informe escaso en datos y, además, se trataba de una enfermedad leve y tratable desde AP. Además, se responsabiliza de su demora global a la AP. En contra con estos datos, en un análisis prospectivo Delphi¹⁹ se refleja que tras la reforma se detecta una disminución en la derivación a la atención especializada.

En cuanto a las soluciones propuestas por el ámbito hospitalario, siguen siendo las mismas que en 1992, aunque con una valoración menor en soluciones, como la facilitación del acceso a los de médicos de AP para visitar a sus pacientes ingresados, el que los MAP realicen guardias en el hospital y que roten por los distintos servicios hospitalarios, la presencia de un especialista de interconsulta con

el centro de atención primaria y la elaboración de protocolos comunes y consensuados de tratamientos y criterios de derivaciones.

Vemos que hay acuerdo entre los 2 ámbitos asistenciales en un importante número de ítems, aunque el orden de priorización es diferente; destacan la falta de visión integral del paciente y la necesidad de protocolos comunes.

Conclusión

Las opiniones expresadas por los expertos en los 2 momentos en los que se realizó este estudio (2001/1992), en cuanto a los problemas detectados en la relación AP-hospital, tuvieron características cuantitativas muy similares; cualitativamente se aprecian las siguientes variaciones: creciente desmotivación del personal sanitario, falta de visión integral del paciente, aumento de la masificación asistencial y mayor número de interconsultas injustificadas al especialista.

En cuanto a las soluciones, la más valorada por los médicos de AP ha sido la implantación de una historia única informatizada para ambos ámbitos asistenciales, mientras que en el hospital las soluciones que se continúa reivindicando son las mismas que en la primera fase del estudio⁵. Con este trabajo pretendemos iniciar una nueva línea de investigación con una metodología cualitativa-cuantitativa para mejorar las interrelaciones entre ambos ámbitos asistenciales, con el fin de conseguir una atención integral del paciente.

Bibliografía

1. Ley 14/1986. Ley General de Sanidad, del 25 de abril. BOE n.º 102 de 26 de abril de 1986.
2. Gené J, Duran J. Gestión en atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica en atención primaria. 4.ª ed. España: Harcourt Brace de S.A., 1999. p. 75-6.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33.
4. Mathers N, Hodgkin P. The gatekeeper and the wizard: a fairy tale. *BMJ* 1989;298:172-4.
5. Gómez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1997;20:25-33.
6. Pineau R, Daveluy C. La planificación sanitaria conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987. p. 170-81.
7. Fink A. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health*. 1984;74:979-83.
8. Grupo de trabajo de la SemFYC. Relaciones entre niveles asistenciales. Oviedo: Documentos SemFYC n.º 5; 1995.
9. Grupo de trabajo de la SemFYC. Nuevos modelos de gestión: las fundaciones. Oviedo: Documentos SemFYC n.º 16; 2000.
10. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ*. 2000;321:425-8.

11. Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria*. 2000;25:48-54,56-8.
12. Grupo de trabajo de la SemFYC. Medidas de motivación e incentivar en atención primaria. Oviedo: Documentos SemFYC n.º 1; 1993.
13. Sandúa JM, Escolar F, Sangrós FJ, Elvira T. Comunicación informatizada entre un centro de salud y su hospital de referencia. *Aten Primaria*. 2000;26:579-80.
14. Grupo de trabajo de la SemFYC. Informatización en atención primaria. Oviedo: Documentos SemFYC n.º 13; 1999.
15. Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrate D, Gómez M, Barquín JL. Derivaciones desde atención primaria a traumatología: el punto de vista del especialista. *Aten Primaria*. 1997;20:570-1.
16. Elcuaz R, Beorlegui J, Cortés F, Goñi C, Espelosin G, Sagrado T. Análisis de las derivaciones urgentes a dermatología. *Aten Primaria*. 1998;21:131-6.
17. Pantoja L, Baz R, Losada S, Ortiz de Caracho L. Derivación de pacientes desde atención primaria a una consulta de reumatología de un hospital comarcal. *Aten Primaria*. 2000;26:429-30.
18. García-Testal A, Sancho F, Julve R, Puche E, Rabanaque G. Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia hay entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? *Aten Primaria*. 1998;22:233-8.
19. Artells JJ, Martínez JA. Perfil, actitudes y expectativas de los profesionales de atención primaria en el s. XXI. *Cuadernos de Gestión*. 1999;5, Supl 1:1-124.