



Elementos relacionados con la efectividad y eficiencia del trabajo del médico de familia: un estudio Delphi en la provincia de Alicante*

J. Simó Miñana¹ / M. Á. García Alonso²

¹Centro de Salud Altavista-Elche (Alicante). ²Dirección Territorial de la Conselleria de Sanitat (Alicante)

Correspondencia: Juan Simó Miñana. Avenida Labradores n.º 1, esc-1, D-4. 03204-Elche (Alicante).
E. mail: juan.simo@altavista.net

*Este proyecto de investigación se realizó con una beca (N.º Expediente: 96/040) concedida por la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana, a través del Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública. Una versión previa del mismo fue presentada a las XVIII Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Vitoria los días 27, 28 y 29 de mayo de 1998.

Recibido: 9 de abril de 1998
Aceptado: 16 de febrero de 1999

(Factors related with the family y physician work's effectiveness and efficiency: a Delphi study in the province of Alicante)

Resumen

Objetivo: Detectar los elementos que más directamente restringen la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico de familia/cabecera en el centro de salud y aportar propuestas de cambio que contribuyan a aumentar dicha efectividad y eficiencia.

Método y participantes: Metodología de consenso utilizando la técnica Delphi. Se solicitó la participación a 30 expertos: 15 coordinadores médicos de Centros de salud; siete directores de área de Atención primaria y cinco jefes de servicio de Medicina Interna. Todos ellos procedentes de centros sanitarios públicos de la provincia de Alicante. Mantuvieron activa su participación durante todas las fases del proyecto 24 expertos, lo que significa una participación del 80%.

Resultados: Los problemas identificados con mayor consenso (apoyados por al menos el 83% de los participantes) son: dificultades en la relación y comunicación entre primaria y especializada; ausencia de incentivos o motivación en la política de recursos humanos; programas sanitarios verticales poco realistas y descoordinados; medicalización progresiva de la sociedad; deficiencias en la asignación de población al médico de cabecera; influencias políticas en la gestión; burocratización de la consulta; deficiencias en la formación continuada; inexistencia de objetivos y de estándares de calidad prefijados; diferente formación e implicación entre los profesionales; limitación en el acceso a pruebas diagnósticas y escasa educación sanitaria de la población. Las soluciones propuestas con mayor consenso (apoyadas por al menos el 92% de los participantes) son: mejorar la comunicación entre niveles; asignar pacientes a cada médico y adecuar las plantillas en función de variables sociodemográficas de la población y funciones (asistencial, gestión, docencia, investigación,...) del profesional; protocolizar la práctica clínica; diseñar programas de formación continuada obligatorios para los profesionales; incentivar y motivación de los profesionales; pro-

Summary

Objective: To detect factors that more directly restrict effectiveness and efficiency of the family physician's work in the health center. Made proposals for change which will contribute to increase this efficiency and effectiveness.

Method and participants: Consensus method by Delphi technique. Thirty experts, from different settings of the National Health System at the province of Alicante, were requested for participate in this study: 15 health center co-ordinators, 7 directors of district primary care services and 8 chairmen of internal medicine hospital services. Twenty-four experts maintained their participation in all phases of the project, that means 80% of participation.

Results: The factors identified with a larger consensus (supported by at least 83% of the participants) were: difficulties in the relationship and communication between primary and secondary care levels; lack of incentives or motivation in manpower policy; vertical health programs not realistic and not well co-ordinated; a society each time more medicalized; deficiencies in the makeup of the general practitioners patients lists; political influences in management; excessive bureaucracy on consultations; deficiencies in continuing medical education; lack of prefixed aims and previously set criteria of standards; different training and involvement levels among professionals; limited access to diagnostic tests and a limited health education level among the population. The solutions proposed with a larger consensus (supported by at least 92% of the participants) were: to improve and increase communication between primary and secondary care levels; to makeup the patient list of every general practitioner and to adjust the staff of the health centers according to sociodemographic population variables and professional duties (practice, management, teaching, research,...); to design programs of continuing medical education with obligatory attendance for professionals; to incentive and to motivate professionals; to pro-

fesionalizar y despolitizar la gestión; desburocratización de la consulta mediante informatización de algunas tareas; implantación de la Tarjeta Individual Sanitaria; autonomía de gestión de centros; aumentar el nivel de resolución de problemas en primaria; libre elección de especialista consultor por parte del médico de cabecera; desbloquear el acceso del médico a determinadas pruebas diagnósticas; mejorar determinados servicios sociales y mayor tiempo de dedicación a tareas de gestión por parte de los coordinadores.

Conclusiones La mayor parte de los problemas identificados y de las soluciones propuestas tienen que ver con factores organizativos, de gestión y de política de recursos humanos. No se cuestionan las esencias del nuevo modelo de atención primaria. Muchos de los problemas identificados y soluciones propuestas han sido referidas ya en otras publicaciones nacionales que también exploraban la opinión de los profesionales. Esta coincidencia y el alto grado de acuerdo alcanzado por los participantes en los problemas detectados y soluciones presentadas puede indicar que los elementos que más restringen la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico de cabecera/familia en el centro de salud están claramente planteados y es necesario abordar decididamente su solución.

Palabras clave: Eficiencia. Efectividad. Médico de familia. Atención Primaria.

professionalize and depoliticize management; reduction of unnecessary bureaucracy on consultations by computing some tasks; to establish guidelines in practice; to introduce the Individual Health Card; self-management in health centers; to increase the primary care capacity in solving health problems; freedom of choice of the specialist consultant by the general practitioner; to release the access for the general practitioners to certain diagnostic tests; to improve certain social services and to increase the time that health center co-ordinators devote to managerial tasks.

Conclusions: Most of the problems identified and the solutions proposed were linked either with organisational or managerial factors or with human resources management. The essences of the new primary care model are not questioned. Other Spanish publications which investigated the opinion of health professional as well, have identified similar problems and proposed similar solutions. This coincidence and the high degree of agreement reached by the participants in designing problems and in proposing solutions, may indicate that factors that most restrict the effectiveness and the efficiency of the family physicians work in health centers are clearly explained and it is necessary to deal with the solutions resolutely.

Introducción

En los últimos años se han producido avances sustanciales en el conocimiento de la productividad de los servicios sanitarios, la evaluación de su efectividad y la eficiencia de los distintos prestadores. Los médicos asignan el 70% de los recursos en el sector sanitario en millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas cotidianamente en condiciones de incertidumbre, y para ello gestionan: coordinan y motivan a otras personas del propio servicio o de servicios centrales o de apoyo¹.

Han transcurrido más de 10 años desde que en 1984 se inició el establecimiento de un nuevo modelo de atención primaria en España. Desde entonces, éste ha ido sustituyendo progresiva y lentamente a las antiguas estructuras, incapaces ya de hacer frente de manera satisfactoria a los actuales problemas de salud y exigencias de los ciudadanos. La población cubierta por el nuevo modelo ha ido creciendo paulatinamente; en la Comunidad Autónoma Valenciana es actualmente superior al 70%.

La reforma de la atención primaria ha mejorado las condiciones de trabajo materiales del médico de cabecera (salario, despacho, dotación,...) y alargado su tiempo de trabajo. Además, le ha integrado con otros compañeros y profesionales en el centro de salud y ha facilitado la interacción entre todos ellos. Se han introducido, también, pautas preventivas y protocolos con la idea de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de aumentar su calidad. Sin embargo, la impre-

sión general es que los nuevos centros no han alcanzado su pleno desarrollo ni los profesionales toda su potencialidad.

Los médicos de cabecera son los profesionales fundamentales en atención primaria, como los médicos especialistas lo son en los hospitales. Por ello, los objetivos del presente trabajo son, por un lado, identificar los elementos de cualquier tipo (organizativos, estructurales, financieros, legislativos, técnicos, política de personal, etc.) que más directamente restringen la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico de familia en la parte reformada del nuevo modelo de atención primaria de la provincia de Alicante y, por otra parte, a la vez que se identifican estos elementos, se pretende recopilar una serie de propuestas destinadas a mejorar la efectividad y eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. La metodología empleada para la consecución de estos objetivos ha sido la técnica Delphi.

Método y participantes

La técnica Delphi

Para la recopilación de información en un estudio de identificación de problemas, necesidades y eventuales alternativas de solución, las técnicas grupales son de particular interés². Los métodos de consenso constituyen una alternativa para obtener información útil para la investigación de servicios sanitarios³. Estos métodos

permiten que las personas que cuentan con buena información propongan soluciones acertadas, válidas y de mayor credibilidad, en temas controvertidos o sobre los que existe un alto grado de incertidumbre^{4,5}. En este estudio, se ha empleado la técnica Delphi para la detección de problemas y generación de ideas y soluciones.

Los participantes en un estudio Delphi son encuestados por correo con sucesivos cuestionarios. Cada cuestionario se formula a partir del análisis de las respuestas dadas al precedente. Aunque no se comunican directamente entre ellos, cada participante influye sobre la información emitida por los demás, de tal forma que se llega a un consenso sin que haya habido discusión entre ellos. El grupo director del estudio Delphi escoge los participantes, elabora los cuestionarios, trata la información, sintetiza los resultados para proporcionar cada retorno y elabora los resultados finales²⁻⁵.

Ámbito del estudio y selección de los participantes expertos

Cuando se inició este estudio, en la provincia de Alicante existían siete áreas de salud, ocho hospitales acreditados para docencia en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Mediante tabla de números aleatorios y a partir de un listado oficial de la Conselleria de Sanitat se seleccionaron al azar 15 centros de salud de entre los 52 existentes en la provincia de Alicante. Se solicitó la participación como expertos a los siete directores de área de la provincia de Alicante; a los jefes de servicio de Medicina Interna (MI) de estos ocho hospitales; y, también, a los coordinadores médicos de estos 15 centros de salud. Por tanto, fueron 30 los expertos a los que se solicitó la participación en el proyecto.

La participación de profesionales del ámbito hospitalario se consideró necesaria y se decidió que una buena representación de los mismos podrían constituirlos los jefes de servicio de MI de los distintos hospitales acreditados para formación posgrado en MFyC de la provincia. Por un lado, los médicos residentes de esta especialidad, están adscritos durante sus rotaciones hospitalarias a estos Servicios. Por otra parte, la mayor parte del rotatorio hospitalario de estos residentes se realiza por las distintas secciones de los mismos. Además, a estos participantes, su calidad de jefes de servicio, les proporcionaba una perspectiva *de gestión* que también considerábamos importante para los objetivos de nuestro estudio.

Todos los participantes llevaban a cabo, en mayor o menor grado, funciones de gestión. La mayoría de ellos realizaban funciones asistenciales y algunos, al mismo tiempo, participaban en la docencia postgrado de futuros médicos de cabecera especialistas en MFyC. Las funciones y responsabilidades asistenciales, de gestión y docentes eran distintas entre los diferentes grupos par-

ticipantes y, precisamente, por esta diversidad fue por lo que se decidió esta composición del panel. Por ello, el grupo de participantes en este Delphi puede considerarse como un panel multidisciplinario⁶. Para aumentar la participación de los profesionales con una experiencia más próxima al concepto de médico de cabecera/familia en el contexto del nuevo modelo de atención primaria, se decidió que el número de coordinadores fuera mayor y, en conjunto, comparable al resto de expertos. Este tipo de composición facilitaba, como elemento enriquecedor, que las opiniones de los coordinadores se vieran matizadas por las de los otros participantes en el caso de que las opiniones de los primeros pudieran ser muy distintas a las del resto, y viceversa.

Desarrollo de la técnica

El estudio se inició en octubre de 1996 con la selección y captación de los participantes y finalizó en agosto de 1997 con la recepción de las respuestas al tercer y último cuestionario, análisis de la información y elaboración del informe final.

1. Captación de participantes: La captación de profesionales se realizó mediante entrevista telefónica en la que a cada uno de ellos se le solicitaba su participación y, en caso de aceptación, se le informaba de que en breve recibiría una carta de presentación junto con el primer cuestionario del estudio. En esta entrevista, los 30 expertos seleccionados aceptaron participar en el estudio por lo que el primer cuestionario se remitió a todos ellos.

2. Primer cuestionario: Constaba de dos partes. Se solicitaba la respuesta en texto libre (aunque se sugerían respuestas en puntos o frases cortas) a cada una de las siguientes dos preguntas:

— *¿Cuáles son, a su entender, los problemas o elementos que más restringen la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico de cabecera/familia en el centro de salud?*

— *¿Qué propuestas de solución haría Ud. para mejorar la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico de cabecera/familia en el centro de salud?*

En este cuestionario, y para «saber de qué estábamos hablando», se presentaron a todos los participantes los siguientes conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia. Se entendió por *eficacia* la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos a través de una actuación sanitaria o médica en condiciones ideales o experimentales, y por *efectividad* esta misma relación pero en condiciones reales. La *eficiencia* se entendió como la expresión que mide la capacidad de una actuación de lograr el cumplimiento de los objetivos previstos minimizando el empleo de recursos.

El eventual abandono de algunos participantes es una amenaza constante durante el proceso Delphi^{2,4,5}.

Por ello, el recuerdo telefónico se utilizó como mecanismo antiabandono. A pesar de ello, cuatro directores de área, un jefe de servicio de MI y un coordinador médico no respondieron a este primer cuestionario. Los 24 participantes restantes sí respondieron, lo cual significó un 80% de participación, la cual mantuvieron activa durante todas las fases del proyecto hasta su finalización.

3. Segundo cuestionario: Con las respuestas al primer cuestionario se confeccionaron un total de 264 ítems referidos a problemas (ítems-problema) y un total de 233 ítems referidos a soluciones (ítems-solución). Los ítems se redactaron respetando los términos utilizados por los participantes. Tras su agrupamiento en opciones similares resultaron 191 ítems-problema y 186 ítems-solución. Durante esta fase del trabajo pretendimos no *contaminar* en la medida de lo posible las opiniones de los expertos mediante excesivas agrupaciones efectuadas por nosotros que pudieran significar la pérdida de matices que la lectura de las propias respuestas de los participantes podría ofrecer al lector. El segundo cuestionario constaba de dos partes: una de ellas recogía los 191 ítems-problema y la otra los 186 ítems-solución. En este cuestionario se solicitaba a cada participante que seleccionara, los que a su juicio eran, los 15 ítems más importantes de cada una de las dos partes (15 ítems-solución y 15 ítems-problema) y que, una vez seleccionados, los ordenara de mayor a menor importancia desde el 1.º al 15.º.

4. Tercer cuestionario: Tras recibir las respuestas al segundo cuestionario, se procedió a ordenar de mayor a menor importancia los 191 ítems-problema y los 186 ítems-solución de acuerdo con la selección y ordenación realizada por los participantes. El tercer cuestionario, al igual que los anteriores, constaba de dos partes. La primera recogía los 50 ítems-problema más importantes de entre los 191 iniciales según la selección y ordenación realizada por los expertos en el segundo cuestionario. La segunda recogía, también, los 50 ítems-solución más importantes de entre los 186 iniciales de acuerdo con esa misma selección y ordenación. En este tercer cuestionario se solicitaba a cada participante que reflejara su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una puntuación entre -10 (máximo desacuerdo) y +10 (máximo acuerdo) con cada uno de los 50 ítems-problema y con cada uno de los 50 ítems-solución. La indiferencia en el acuerdo (reflejada por una puntuación de «cero») no estaba permitida, por lo que cada participante tuvo que manifestar, en mayor o menor medida, acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems presentados en este tercer cuestionario.

5. Análisis de los resultados e informe final: La puntuación definitiva de cada ítem se calculó restando las puntuaciones negativas a las positivas emitidas por los participantes en el tercer cuestionario para cada uno de los 100 ítems finales (50 ítems-problema y 50 ítems-

solución). De acuerdo con esta puntuación definitiva se reordenaron los 100 ítems finales. Se calculó, también, el número de participantes que estaban de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de estos 100 ítems. Se remitieron a los participantes los resultados preliminares.

Resultados

De las respuestas al tercer cuestionario se seleccionaron los 30 problemas (tabla 1) y las 30 soluciones (tabla 2) más importantes para los participantes, de acuerdo con la puntuación final emitida en este último cuestionario. Los problemas presentados han alcanzado un apoyo de al menos el 83% de los participantes, mientras que el apoyo a las soluciones presentadas ha sido de al menos el 92%. Obviamente, existen otros numerosos problemas y soluciones señaladas por los participantes a lo largo del estudio que no vienen reflejadas en este apartado de resultados ni se comentan en la discusión.

Discusión

Limitaciones del estudio

Una limitación importante de nuestro estudio deriva del propio método utilizado pues la obligación de llegar a un consenso, objetivo *princeps* del proceso Delphi, tiene el efecto de dejar de lado posiciones extremas, aunque estas pudieran ser ideas interesantes. En nuestro estudio, la falta de participación de algunos de los expertos ya se inició con la no contestación al primer cuestionario. Durante el proyecto no se produjo el abandono de ninguno de los participantes. Probablemente, no supimos *motivar* desde el inicio a todos ellos y el recuerdo telefónico, empleado durante todas las fases del estudio, surtió efecto entre los que iniciaron su participación. La de nuestro estudio, 80% de la prevista, puede considerarse buena, aunque la menor participación de los directores de área haya podido significar un menor peso de sus aportaciones. El carácter local del estudio podría considerarse otra limitación a la hora de hacer extensivos los resultados al ámbito nacional. La selección de los participantes podría haber sido otra pero las razones de nuestra selección ya han sido expuestas y es posible que otro panel distinto de participantes pudiera haber ofrecido resultados diferentes. Pensamos, sin embargo, que todos los participantes de nuestro estudio son buenos conocedores del tema de discusión, al menos desde alguna perspectiva. El término *experto* puede llevar al error conceptual de que

Tabla 1. Los 30 problemas que más consenso han obtenido entre todos los participantes en el proyecto

Problema	Puntos	N.º participantes de acuerdo (%)
1.º Mala relación con especializada: El médico hospitalario trabaja de espaldas al médico de cabecera al que no considera para nada excepto en la coetilla de «control por su médico de cabecera». Los especialistas siguen sin entender que la solución a muchos de sus problemas pasa por conseguir la máxima efectividad y eficiencia de la atención primaria.	174	23 (95,8)
2.º La Dirección de Atención Primaria y la Dirección de Especializada son dos mundos totalmente distintos que trabajan separadamente, que tienen objetivos distintos y que en muchas de las ocasiones dan lugar a claros enfrentamientos entre profesionales y autoridades sanitarias. Problemas que deberían ser comunes (como, por ejemplo, las listas de espera) no se manejan como tales. Nos encontramos con profesionales de especializada y de primaria que, a pesar de trabajar en una misma área sanitaria, no tienen nada en común a la hora de planificar, establecer objetivos, optimizar los recursos y priorizar los problemas del área.	167	24 (100)
3.º Descoordinación en la misma Administración al poner en marcha programas de salud (p. ej. cribado carcinoma de cérvix) incidiendo sobre la población (folletos, medios comunicación,...) para que acudan al médico demandando el servicio y al mismo tiempo demoras de 1 año o más para recoger el resultado de una citología.	161	24 (100)
4.º El trabajo profesional del médico de familia/cabecera se encuentra poco incentivado: no hay incentivos (individuales o de grupo) económicos, profesionales (carrera), sociales ni científicos que «premién» el trabajo bien hecho.	161	22 (91,6)
5.º Ausencia absoluta de reconocimiento del logro. No se reconoce el trabajo que sobrepasa al trabajo tradicionalmente considerado «normal» del médico de cabecera. No se reconoce a aquella persona que cumple más que «los mínimos» y que además lo hace bien. Si esto no se recompensa-reconoce-incentiva, al final, el profesional se agota. Los cargos de gestión de dirección de área se equivocan al no considerar a las personas, a los profesionales, el primer capital de «la empresa».	149	24 (100)
6.º Ausencia de criterios unificados de actuación diagnóstica, terapéutica, y protocolos de derivación comunes, sobre todo en patologías crónicas, entre atención primaria y especializada.	147	23 (95,8)
7.º Medicalización de la sociedad. Mucha gente acude a consulta por problemas banales y con expectativas de recibir siempre tratamiento farmacológico, o de recibir atención «urgente» cuando ésta no está justificada.	144	23 (95,8)
8.º Falta de relación y/o comunicación entre primaria y especializada.	144	23 (95,8)
9.º Puesta en marcha de programas de salud incompletos, poco aplicables a la realidad de la zona e implantados con pocos recursos humanos y materiales (por ej. Programa del Climaterio, sin poder contar con ginecólogo).	143	22 (91,6)
10.º El actual sistema retributivo no reconoce las diferencias en los rendimientos, se incentiva por ello la picaresca (comportamientos oportunistas).	141	23 (95,8)
11.º La distribución por cupos no significa que todos los médicos tengan el mismo número de pacientes asignados, el número de pacientes asignados a cada médico actualmente no tiene nada que ver con sus responsabilidades en el centro de salud (docencia, gestión, formación,...) sino que es fruto del azar.	139	24 (100)
12.º Excesiva demora en las listas de espera a especializada, sobre todo en primeras visitas y en la realización de determinadas pruebas solicitadas por especialista (mamografía, TAC, EMG,...)	138	22 (91,6)
13.º No todos los facultativos de los centros de salud están interesados en la mejora de la calidad asistencial prestada en el centro, el compromiso con este objetivo es, en general, bajo, a pesar de que algunos médicos sí manifiestan un gran interés en este sentido.	137	22 (91,6)
14.º En ocasiones no hay buena relación con los especialistas de referencia o, más comúnmente, no existe una respuesta adecuada a las consultas hechas por los médicos de cabecera. No perjudica claramente las decisiones o planteamientos de los médicos y ocasiona nuevas consultas o derivaciones al hospital.	136	22 (91,6)
15.º No se prima a quien trabaja bien ni se penaliza a quien trabaja mal. Falta de sanción ante faltas graves. «Aquí no pasa nada, ni si lo haces bien ni si lo haces mal, hagas lo que hagas da igual».	134	22 (91,6)
16.º La gestión no está profesionalizada y por ello se suceden demasiados cambios de estrategias influenciadas más por el ideario político que por auténticas estrategias técnicas de gestión de recursos. Son estas mismas influencias políticas las que condicionan hasta la propia definición de los objetivos sanitarios más que incluso las auténticas necesidades de salud de la población. Todo ello puede generar desmotivación y pérdida de credibilidad de los gestores ante los médicos.	133	21 (87,5)
17.º Determinados servicios jerarquizados favorecen la discontinuidad en los procesos de diagnóstico y de tratamiento en un mismo paciente, en ocasiones con disparidad de criterios en la valoración del mismo. Esto, junto con la deficiente comunicación escrita entre niveles, genera angustia en el paciente y confusión en su médico de cabecera. (P. ej. Médico: —¿Qué le ha dicho el traumatólogo?, Paciente: —¿Yo qué se, doctor, cada vez que voy me ve uno y nadie me aclara nada!).	132	21 (87,5)
18.º Deficiente programación y planteamiento en la formación continuada. Se debería tener en cuenta las necesidades de cada profesional y sus deficiencias formativas.	129	22 (91,6)
19.º Falta un desarrollo de la carrera profesional.	129	22 (91,6)
20.º La cantidad de población asignada a cada médico no se hace en función de las variables que más influyen en la necesidad y demanda de servicios sanitarios, como por ejemplo la edad, nivel socioeconómico, marginalidad,...	125	23 (95,8)
21.º El médico no se siente identificado con la empresa (SERVASA o similar) no existe sentimiento de pertenencia (cierto <i>orgullo</i> de pertenecer o trabajar en una determinada organización). Probablemente existan motivos más que suficientes para que esto sea así y para que el médico no se sienta ni esté implicado en la gestión (ni aunque sólo sea para dar su opinión sobre algunas pocas cosas). Irremediablemente esto ha conducido a que el médico no considere las consecuencias económicas de sus decisiones y anteponga a éstas su actuación clínico-asistencial de la cual es el único responsable legal.	125	22 (91,6)
22.º Excesivo trabajo burocrático en la consulta: hojas derivación (distintas a veces para cada especialista), hoja rosa, verde y amarilla de analíticas normales, analíticas especiales en hojas diferentes, P-10, ILT, certificado para la empresa de asistencia a consulta del trabajador, EDO, SIGAP, recetas,... Esto resta tiempo al médico en la consulta, que en ocasiones se convierte en una «oficina de registros» más que en actuación clínica.	125	20 (83,3)
23.º Escasa formación continuada facilitada por la empresa hacia los trabajadores.		
24.º La puesta en marcha de la enfermería comunitaria (enfermería de distrito) ha hecho desaparecer el concepto equipo médico-enfermera. El hecho de que el médico desconozca, sobre todo en los centros medianamente grandes, qué enfermera tiene el paciente dificulta la comunicación entre ambos profesionales y la coordinación de actividades.	119	20 (83,3)
25.º Procedencia, por lo que respecta a formación, muy heterogénea de los médicos. Existen unos pocos médicos de familia, otros médicos APD, otros médicos de cupo y otros sin dedicación exclusiva porque tienen privada. Esto influye muchísimo en la forma de trabajar de unos y otros, con hábitos muy arraigados y difíciles de cambiar, todo ello va en detrimento de las actividades que se deben organizar y realizar en equipo.	116	22 (91,6)
26.º En muchos casos existe un excesivo número de usuarios asignados a cada médico.	113	22 (91,6)
27.º No existen preestablecidos objetivos y estándares de calidad que permitan una adecuada y justa evaluación de los resultados.	110	21 (87,5)
28.º Se limita excesiva e injustificadamente el acceso del médico de cabecera a determinadas pruebas diagnósticas. El médico de cabecera está cada vez más capacitado para el manejo de patologías más complejas y que, al no poder acceder a determinadas pruebas, no puede profundizar y llegar a diagnósticos y, por ello, debe remitir a especializada. Se generan así retrasos diagnósticos y listas de espera injustificados.	108	22 (91,6)
29.º Escasez de recursos materiales que podrían facilitar tareas administrativas: informatización, archivados,...	107	21 (87,5)
30.º La escasa educación sanitaria de los ciudadanos que les lleva mal utilizar los diferentes servicios.	104	22 (91,6)

Tabla 2.- Las 30 soluciones que más consenso han obtenido entre todos los participantes en el proyecto

Problema	Puntos	N.º participantes de acuerdo (%)
1.ª Exigir informe ESCRITO de especializada a primaria al igual que de primaria a especializada.	191	24 (100)
2.ª El médico de cabecera es responsable de sus decisiones y no debería responder de las decisiones de otros, por ello: recitación a especializada sin necesidad de nuevo volante emitido por médico de cabecera puesto que éste no decide la recitación; la petición de pruebas analíticas o complementarias indicadas por especialista debe realizarlas el propio especialista en su consulta puesto que él las indica; cumplimentación de recetas por el especialista en hospital, consultas externas o centro de especialidades puesto que él las indica.	190	24 (100)
3.ª Adecuación de las plantillas en base a datos socio-demográficos lo más ajustados a población real. A ello ayudaría la implantación de la Tarjeta Individual Sanitaria. Asignaciones de población por médico en la banda de 1200-1500 tarjetas individuales teniendo en cuenta datos demográficos como edad, nivel socioeconómico, marginalidad, dispersión geográfica,...	189	24 (100)
4.ª Consecución de protocolos de las patologías más prevalentes y las enfermedades crónicas más frecuentes para dar respuesta a éstas de un modo más homogéneo disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. Esto permite tener un respaldo legal a los médicos y es la base de una futura evaluación de resultados. Además permite aconsejar sobre el uso adecuado de los medicamentos, con la trascendencia económica que esto conlleva.	185	24 (100)
5.ª Establecimiento de Programas de Formación Continuada obligatorios y dotados de la continuidad y coherencia necesarias para garantizar la permanente competencia clínica de los profesionales y en los que el contenido se ajuste a las necesidades de la administración sanitaria y a las necesidades de sus profesionales.	182	24 (100)
6.ª Incentivación (económica, días libres, asistencia a congresos,...) de aquellos trabajadores que cumplan los objetivos de la empresa y participen de forma activa en la organización de la misma.	180	24 (100)
7.ª Profesionalización de la gestión y despolitización de la misma. Son necesarios profesionales de la gestión con formación específica o especializada.	178	23 (95,8)
8.ª Mejorar y fomentar la formación médica continuada: rotaciones por hospital, congresos, reuniones, jornadas, cursos (de gestión, de garantía de calidad, entrevista clínica, educación para la salud, actualización clínica,...).	177	24 (100)
9.ª La decisión y responsabilidad de remitir o no a otro nivel asistencial corresponde al médico de cabecera. Toda alteración de esta NORMA debe negociarse y consensuarse si es que se quiere disponer de PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN UNIFICADOS. Para ello se deberían consensuar con especializada los criterios de derivación y actuaciones a realizar en cada nivel para permitir un intercambio fluido de información entre ambos niveles. La participación de los profesionales en la elaboración de estos acuerdos es fundamental.	174	24 (100)
10.ª Mayor contacto entre primaria y especializada: Sesiones clínicas conjuntas, visita del médico de cabecera a sus pacientes hospitalizados,...	174	24 (100)
11.ª Reducir drásticamente el «papeleo»: Única hoja de interconsulta; único impreso para analíticas y exploraciones; modelo de receta con posibilidad de prescribir varios fármacos en una sola receta (fármacos, posología y duración del tratamiento); etiquetas con datos del paciente para pruebas complementarias, hojas interconsulta, etc; recetas que lleven impreso el nombre y n.º col. del médico o bien código de barras; informatización de la historia clínica: ILT con establecimiento de un n.º de días estándar de baja según patología únicamente modificable por indicación médica sin necesidad de partes de confirmación; ILT informatizada.	173	24 (100)
12.ª Implantación en la Comunidad Valenciana de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), con supresión de la Cartilla de la Seguridad Social como documento sanitario. TIS informatizada y con posibilidad de lectura magnética y de introducción de datos en ella. Esto evitaría el posible fraude en el número de usuarios y en su catalogación como pensionista, o su alta o baja de la Seguridad Social actualizada. También posibilitaría: la gestión informatizada de las citas, el conocimiento del número e identificación de los pacientes asignados al médico, la gestión de eventuales pagos capitativos, mejor conocimiento del «denominador» a la hora de evaluar resultados de actividades y programas.	172	24 (100)
13.ª Encontrar modelos de contratación laboral que permitan la estabilidad e incentivación del trabajador que cumple objetivos de actividad y calidad racionales y en su defecto lo contrario.	168	24 (100)
14.ª Plantear guías de actuación sobre los 10 principales problemas de salud en atención primaria (HTA, diabetes, artritis, EPOC,...) donde se defina la periodicidad de las revisiones y auditar las conductas de los médicos a este respecto.	159	24 (100)
15.ª De forma sosegada, ordenada y progresiva, procurar una real y eficaz coordinación a nivel de los directivos y, sobre todo, de los equipos facultativos, entre hospital, centro de especialidades y centro de salud.	156	24 (100)
16.ª Desarrollar procesos de incentivación económica y no económica.	156	23 (95,8)
17.ª Inversión importante en informática: Informatización de historias clínicas, recetas, ILT, cita previa, solicitud de pruebas y analíticas,... con objeto de desburocratizar el trabajo de los profesionales.	156	24 (100)
18.ª.-Libre elección de especialista consultor por parte del médico de cabecera.	155	23 (95,8)
19.ª Cursos de formación continua aplicados con criterio de mejorar materias de interés solicitadas por los mismos médicos en función de las necesidades diarias en la consulta, y no tanto en relación a un programa cerrado de materias que se ofrecen en la actualidad.	152	24 (100)
20.ª Obligatoriedad del manejo de la Historia de Salud de Atención Primaria por parte de los profesionales de atención primaria.	152	24 (100)
21.ª Informar y concienciar a usuarios del coste de los servicios que consumen.	151	24 (100)
22.ª Establecer «cupos» máximos: cifrar en un máximo de 1.500 personas las asignadas a cada médico. La disminución de la presión asistencial se asocia a una mejor calidad de la asistencia y a un uso más racional del medicamento, de pruebas complementarias y de derivaciones a especializada y a una mayor satisfacción del paciente y del profesional.	151	23 (95,8)
23.ª Se debe aumentar el nivel de resolución de problemas en primaria. Los médicos de cabecera deben asumir más responsabilidad en el proceso de atención a sus pacientes y evitar caer en situaciones fáciles que supongan derivar en exceso por no implicarse más en este proceso.	147	23 (95,8)
24.ª Desbloquear el acceso del médico de familia a algunas pruebas diagnósticas (TAC, mamografía, endoscopia, urografía, prueba esfuerzo,...) para que éste las pueda solicitar con la única limitación de que se cumplan y acrediten suficientemente los criterios clínicos que justifiquen la petición correspondiente, desechando aquellas peticiones que no estén debidamente justificadas o que no estén consensuadas en la literatura científica.	147	23 (95,8)
25.ª Autonomía de gestión: iniciar experiencias de autogestión en algunos centros de salud, constituyendo a éstos como centros de gasto para que gestionen y por tanto se responsabilicen de sus propios recursos.	147	22 (91,6)
26.ª Implantar mecanismos ágiles que permitan la apertura, cierre o creación de plazas en función de los movimientos de población o crecimientos urbanísticos (muchos centros de salud han sido construidos en los barrios periféricos de ciudades) que se generen en una determinada área o zona de salud.	144	23 (95,8)
27.ª Dimensionar las plantillas de los centros en cuanto a su distribución por estamentos profesionales en base a la carga real del trabajo, con crecimiento proporcional del personal auxiliar.	143	23 (95,8)
28.ª Organización asistencial (UNIDAD ASISTENCIAL) de médico-enfermera haciendo coincidir en horario a los integrantes de ese equipo, perteneciendo ambos a un cupo común de pacientes, eliminando por tanto los distritos de enfermería.	143	22 (91,6)
29.ª Mejorar otros servicios de índole social, ayuda domicilio, hospitalización de día, pisos tutelados, apoyos familiares puntuales, toxicomanías, que evitarían la medicalización de problemas que no tienen solución puramente médica.	142	24 (100)
30.ª Los coordinadores deberían dedicar más tiempo a la labor de gestión y coordinación lo cual a veces no es posible por la labor asistencial que se ven obligados a realizar.	142	24 (100)

las conclusiones del panel de expertos son las opiniones de los más reputados especialistas en un tema. Así, manejado con precisión el término de *experto*, hay que diferenciarlo bien del término *especialista*, ya que no necesariamente se requieren ultraespecialistas en la materia, para componer un panel adecuado⁶.

Relación entre niveles

El tipo de relación entre niveles se considera una de las causas más importantes de ineficiencia e inefectividad del trabajo del médico de cabecera/familia. Varios problemas (1.º, 6.º, 8.º, 14.º y 17.º) recogen diferentes matices de cómo es considerada esta relación. El carácter de la misma se considera un problema no sólo en el ámbito de los facultativos sino que también alcanza al ámbito de los cargos directivos. Las soluciones aportadas intentan mejorar las relaciones entre los facultativos (1.ª, 2.ª, 9.ª y 10.ª) y entre los cargos directivos (solución 15.º) de ambos niveles. Una propuesta de unificación de las direcciones de atención primaria y especializada en una sola, aunque apoyada por el 87% de los participantes, contó con la oposición de los tres directores de área por lo que la misma no llegó a situarse entre las 30 primeras soluciones. Probablemente, esta propuesta se perciba como un *riesgo* de que la gestión de primaria pueda ser *decidida* desde el hospital. La libre elección de especialista consultor por parte del médico de cabecera (solución 18.ª) ha obtenido un consenso importante siendo apoyada por casi todos los participantes. Por otra parte, en algunas publicaciones^{7,8} se ha propuesto la creación de la figura de médico de familia consultor como uno de los niveles de una carrera profesional para el médico de atención primaria. Sin embargo, en nuestro estudio, la propuesta de creación de la figura del médico de familia/cabecera consultor, aunque apoyada por el 75% de los participantes, contó con la oposición de tres jefes de servicio y 3 coordinadores por lo que la misma no llegó a situarse entre las 30 primeras soluciones. La relación entre niveles ha motivado algunas publicaciones⁹⁻¹² y se ha considerado la *asignatura pendiente*¹¹ de nuestro sistema sanitario. Una de las investigaciones más recientes¹², realizada en nuestra Comunidad Autónoma y también mediante técnica Delphi, intenta aportar consenso en torno a este problema. Existe una importante coincidencia de resultados entre este trabajo y los de nuestra investigación, sobre todo, en cuanto a las soluciones propuestas.

Política de recursos humanos:

Se han identificado problemas relacionados con la política de recursos humanos, y más concretamente con

la ausencia de elementos motivadores e incentivos (problemas 4.º, 5.º, 10.º, 15.º y 19.º). Es destacable el matiz del problema 15.º que señala, además, la posible efectividad de actuaciones penalizadoras hacia aquellos profesionales que «trabajan mal». Se proponen soluciones (6.ª, 13.ª y 16.ª) en la línea de la incentiviación económica y no económica para aquellos profesionales que «cumplan los objetivos de la empresa y participen en su organización».

Actuaciones de la Administración Autónoma

Se cuestionan algunas actuaciones de la Administración sanitaria a la hora de implementar algunos programas de salud (problemas 3.º y 9.º) o de formación continuada (problemas 18.º y 23.º). Se ofrecen las soluciones 5.ª y 19.ª que se diferencian en la obligatoriedad o no de la realización de estos programas o en el carácter abierto o cerrado de sus contenidos. Entre las fórmulas de formación continuada propuestas destaca la solución 8.ª referida a eventuales estancias de los médicos de cabecera por distintos servicios especializados, fórmula a la que ya pueden optar los tutores extrahospitalarios de MFyC de la Comunidad Valenciana desde 1994¹³.

Influencias políticas en la gestión

El problema 16.º señala las influencias políticas en la gestión y la ausencia de profesionalización de la misma en el ámbito de atención primaria. Se propone la «profesionalización de la gestión y la despolitización de la misma» y se señala la necesidad de «profesionales de la gestión con formación específica o especializada» (solución 7.ª). Llama la atención que mientras el problema de la «politización de la gestión» es el más importante para los jefes de servicio de MI, no lo es tanto ni para los directores de área ni para los coordinadores, aunque entre estos últimos la «despolitización de la gestión» es la 2.ª solución más votada.

Asignación de pacientes al médico y de personal a los centros

El modo de asignación de población al médico se considera inadecuado (problemas 11.º y 20.º) ya que no tiene en cuenta variables de la población asociadas a la demanda de cuidados ni considera otras funciones no asistenciales (investigación, docencia, gestión), que el médico pudiera tener. La cantidad de personas asignadas al médico se considera excesiva (problema 26.º), apreciación ya referida en otro trabajo¹⁴ que evaluaba la implantación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana. Se pro-

pone que la asignación oscile entre 1.200 y 1.500 personas y se efectúe considerando las variables citadas (soluciones 3.^a y 22.^a). La Tarjeta Individual Sanitaria facilitaría estas asignaciones y su implantación constituiría un importante instrumento de gestión (solución 12.^a). La composición de las plantillas de los distintos grupos de profesionales del centro de salud se considera que debe ser «proporcional a la carga real de trabajo de cada estamento» (solución 27.^a) y se proponen mecanismos ágiles de redistribución de plazas en función de eventuales movimientos de población dentro de una determinada área de salud (solución 26.^a).

Medicalización de la sociedad y educación sanitaria

Ante las expectativas de los usuarios de obtener servicios médicos ante problemas que no tienen solución «puramente médica» se propone mejorar algunos servicios sociales. La educación sanitaria de la población se considera escasa y relacionada con la inadecuada utilización de los distintos servicios (problema 30.^o). La propuesta de «informar a los usuarios del coste de los servicios que consumen» (solución 21.^a) es la única que, involucrando directamente a los mismos, ha llegado a situarse entre las 30 primeras. Una propuesta de «mayor participación de la sociedad en los centros de salud, creando las comisiones necesarias para conectar el centro de salud con los usuarios», aunque apoyada por el 87% de los participantes, no llegó a situarse entre las 30 primeras al contar con la oposición de tres de ellos.

Las actitudes de los médicos de primaria

Algunos problemas se relacionan con las actitudes de los médicos de atención primaria a los que se considera desigualmente comprometidos con la calidad de la atención prestada (problema 13.^o). La falta de «identificación con la empresa» y de un «sentimiento de pertenencia» a ésta (problema 21.^o), hacen que la misma se perciba en muchos casos como algo ajeno. El problema 25.^o señala que la desigual formación de los profesionales y el simultáneo ejercicio privado de la profesión, en algunos casos, condicionan «hábitos muy arraigados y difíciles de cambiar».

Enfermería comunitaria o de distrito y consultas de enfermería

Sólo un problema entre los 30 primeros (problema 24.^o) involucra específicamente a enfermería. Se propone abandonar la organización del trabajo de enfermería basada en distritos (solución 28.^a) ya que se dificulta la comunicación entre profesionales y la organización de tareas conjuntas. Sin embargo, un proble-

ma que señala la poca efectividad de las consultas de enfermería con los pacientes crónicos, aunque apoyado por el 75% de los participantes, no ha llegado a situarse entre los primeros 30 al contar con la oposición de seis de ellos.

Nivel de resolución de la atención primaria y acceso a pruebas diagnósticas

Se señala que la atención primaria debe aumentar su nivel de resolución para que enfermos o situaciones clínicas que debieran encontrar solución en atención primaria no se deriven a otros niveles (solución 23.^a). La limitación impuesta al médico de cabecera en el acceso a determinadas pruebas diagnósticas se considera excesiva, injustificada y una de las causas de que se generen retrasos diagnósticos e injustificadas listas de espera a especializada (problema 28.^o). La solución 24.^a propone desbloquear el acceso a estas pruebas.

Registros y carga burocrática

Por su carga burocrática, la consulta ha sido comparada a una «oficina de registros» (problema 22). La baja utilización de la informática está perpetuando esta situación (problema 29). Se propone reducir «el papeleo» e invertir en aplicaciones informáticas (soluciones 11.^a y 17.^a) que reduzcan el tiempo dedicado a tareas burocrático-administrativas. Sin embargo, se considera obligada la utilización de la Historia Clínica durante todos los episodios de atención al paciente (solución 20.^a).

Medir el producto

La inexistencia de «objetivos preestablecidos ni de estándares prefijados de calidad» dificulta una adecuada evaluación de los resultados (problema 27.^o). Se sigue recomendando el desarrollo de protocolos o guías de práctica clínica de los problemas crónicos de salud más importantes en atención primaria señalando, además, que la evaluación de la atención se lleve a cabo tomando como base estas guías (soluciones 4.^a y 14.^o). Aunque no se especifica a qué tipos de resultados se refiere el problema 27.^o, así expresada, este tipo de evaluación pensamos que afectaría más al proceso y a la actividad y menos a los resultados tal y como se plantea en el problema.

Autogestión y coordinadores

Las propuestas de «autogestión» (solución 25.^a) han sido más importantes para los directores de área que

para los otros dos grupos y figuran entre sus propuestas más votadas. Sin embargo, una propuesta de «fomentar la competencia entre centros», aunque apoyada por el 83% de los participantes, no llegó a situarse entre las 30 primeras al contar con la oposición de 3 jefes de servicio de MI y un coordinador médico. En nuestro estudio se propone que el coordinador médico disponga de más tiempo para la coordinación aunque no se concreta cómo aumentar ese tiempo (solución 30.^a). Sin embargo, pese a que los coordinadores significan casi el 60% de la composición definitiva del panel, no se ha presentado ninguna propuesta que señale la necesidad de que el coordinador asuma mayores competencias, mayor capacidad de decisión y, por tanto, mayores responsabilidades de gestión. Pensamos que sin este mayor protagonismo del coordinador difícilmente podrán llevarse a cabo las anteriores propuestas de «autogestión».

En un análisis estructural¹⁵ cuyo objetivo era identificar las variables de importancia estratégica que caracterizan al nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana, así como las posibilidades de intervención sobre ellas, se identificaron como tales las relacionadas con la gestión, la organización y la política de recursos humanos. Es destacable el gran número de problemas y soluciones aportados en nuestro trabajo relacionado con las variables de intervención identificadas en ese estudio.

En otro trabajo¹⁶ se recogieron las opiniones de los profesionales de primaria sobre algunos aspectos del proceso de implantación y desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana mediante entrevistas grupales semiestructuradas a estos profesionales. Aunque en el mismo no participaban profesionales hospitalarios ni cargos directivos (salvo coordinadores), algunos elementos identificados en ese estudio coinciden con nuestros resultados. Dado el carácter semiestructurado de las entrevistas, algunos aspectos (formación continuada, carrera profesional, informatización, autogestión,...) podrían no haber sido explorados; mientras que sí se exploraban otros que en nuestro estudio apenas se ven reflejados (investigación, docencia, atención continuada, participación comunitaria,...). Seguramente, la diferente orientación y objetivos de ambos trabajos tiene que ver con las diferencias en lo tratado o expresado. La opinión de los pro-

fesionales sobre el nuevo modelo de atención primaria también fue sondeada en la Comunidad de Madrid mediante otro trabajo Delphi¹⁷ con el que también encontramos muchas coincidencias.

Entendemos que una ventaja de nuestro estudio fue el carácter abierto de las preguntas que permitió que se contestaran sin ningún tipo de encorsetamiento y facilitó la expresión de diferentes matices. El alto grado de acuerdo alcanzado puede indicar que los elementos que más se relacionan con la efectividad y la eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud están claramente planteados y es necesario abordar decididamente su solución. El hecho de que muchos de los resultados de nuestro estudio, a pesar de su carácter local, coincidan con los resultados de trabajos que exploran la opinión de los profesionales de la Comunidad Valenciana^{12,14-16} y la de profesionales de otros ámbitos geográficos de nuestro país¹⁷⁻²⁰ o con otro tipo de publicaciones^{9,11,21-36}, puede significar que los problemas son, en mayor o menor medida, comunes en toda la nación. No en vano, el médico de cabecera español trabaja en el contexto de un modelo reformado de atención primaria, que en sus grandes líneas estratégicas es muy similar en toda España y que ha motivado y sigue motivando un encendido debate³⁷⁻⁵¹. Deseamos que este trabajo, que puede considerarse un estudio cualitativo de investigación en servicios sanitarios⁵², contribuya a disminuir la distancia que todavía debe recorrer el médico de cabecera español en busca de una mayor autonomía, responsabilidad y calidad en su trabajo.

Agradecimientos

Agradecemos su colaboración a todo el panel de expertos participantes, integrado por: M. Arenas Adarve, J.J. Blanquer Gregori, J.G. Cano Montoro, J. Custardoy Olabarrieta, A. González Botella, P. Hernández García, JM. Hernández Maestre, I. López Benito, A. Martín Hidalgo, JM. Martínez García, JL. Martínez Pérez, J. Merino Sánchez, JA. Oltra Masanet, G. Palazón Ferrer, C. Pérez Barba, MC. Pérez Candela, M. Pérez-Mateo Regadera, M. Pineda Cuenca, T. Rodríguez Legaz, H. Schwarz Chavarri, B. Serra Pons, M. Serrano Garri, D. Vicente Fuentes y F. Villagrasa Rocher.

Bibliografía

1. Ortún V. Innovación organizativa en sanidad. En: Ortún V, Meneu R, editores. Política y Gestión Sanitaria: La agenda explícita. Barcelona: SG Editores; 1995;157-76.
2. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
3. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.

4. Peiró Moreno S, Portella Argelaguet E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit* 1993;7:294-300.
5. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario [editorial]. *Gac Sanit* 1991;5:114-6.
6. Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R, editores. Consenso en medicina. Metodología de expertos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
7. Martín Zurro A. Monset LI. Reflexiones sobre la carrera pro-

- fesional del especialista en medicina de familia y comunitaria. *Aten Primaria* 1993;12:233-6.
8. Extremera Montero F y Grupo de Trabajo de la semFYC. La carrera profesional en atención primaria. Documento semFYC n.º 8.
9. Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario?. *Aten Primaria* 1996;17:376-81.
10. Buitrago F y Grupo de Trabajo de la semFYC. Relación entre niveles asistenciales. Documento semFYC n.º 5.
11. Huertas Zarco I, Pereiró Berenguer I, Sanfélix Genovés J. Comunicación atención primaria/especializada. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:182-92.
12. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre primaria y especializada. *Aten Primaria* 1997;20:25-33.
13. Pelayo Álvarez M, Albert i Ros X. Mes de formación específica en tutores y residentes de medicina familiar de Valencia: evaluación de 3 años. *Aten Primaria* 1998;21:23-8.
14. Rodríguez R, López M, Márquez S. Descripción del desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1995;15:275-85.
15. Compañ L, Portella E, Peiró S. Análisis estructural del nuevo modelo de atención primaria en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1996;18:411-6.
16. Rodríguez R, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gac Sanit* 1995;9:237-43.
17. López Gómez CA, Rodríguez Martín E. Estudio Delphi sobre organización y funciones de los equipos de Atención Primaria. *Medifam* 1993;3:25-9.
18. Loayssa Lara JR, Indurain Orduña S, Extremera Urabayen V, Agreda Peiró J, Extramiana Cameno E, Vilches Plaza C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1997;20:34-40.
19. Acámer F, López C, López-Torres J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:401-7.
20. Sarmiento M, Martínez MT, Sánchez F, Sánchez JM, Mesequer A, Jiménez JJ. Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud. *Aten Primaria* 1997;20:311-4.
21. Simó J. La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. *Gac Sanit* 1997; 11: 95-102.
22. Buitrago F, Hinojosa-Díaz JF. La carga burocrática en las tareas del médico de familia. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:102-4.
23. Melguizo M, Quesada F, Prados MA, Bailón E, Montilla JL. Reflexiones sobre el nuevo modelo de receta médica [editorial]. *Aten Primaria* 1992;9:471.
24. Casajuana J y Grupo de Trabajo semFYC-SEMERGEN sobre el Manejo de la actividad burocrática en las consultas del médico de atención primaria. Queridos Reyes Magos... *Aten Primaria* 1996;18:348-9.
25. Buitrago F, Lozano-Mera L. Formación continuada en el equipo de atención primaria [editorial]. *Aten Primaria* 1995;16:123-4.
26. Alonso López FA, Ruiz Téllez A, Guijarro Eguskizaga A. Algunas cuestiones básicas para el desarrollo de una aplicación informática que asuma el futuro en Atención Primaria. *Medifam* 1996;6:222-4.
27. Alonso López FA, Ruiz Téllez A. Dotación material, actitudes y aptitudes hacia la informática en los centros de salud de la Comunidad Vasca. *Aten Primaria* 1995;16:285-7.
28. Melguizo Jiménez M y Grupo de Trabajo de la semFYC. Medidas de motivación e incentivos en atención primaria. Documento semFYC n.º 1.
29. Tamborero Cao G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:16-26.
30. Gérvas J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit* 1996;10:34-9.
31. Gené Badía J, Pané Mena O. Comentario a: Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit* 1996;10:40-3.
32. López-Ruiz A. Autogestión de los equipos de atención primaria en el marco de la reforma sanitaria. *Cuadernos de Gestión* 1995;1:92-103.
33. Almendro Padilla C y Grupo de Trabajo de la semFYC. Elementos perversos en la práctica del médico de familia. Documento semFYC n.º 3.
34. Gérvas J, Pérez Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:131-9.
35. Buitrago Ramírez F. El trabajo en equipo en atención primaria [editorial]. *Aten Primaria* 1993;12:181-2.
36. Osca A, Alcázar F, Otero A. Claridad y conflicto de rol en los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1995;1:73-82.
37. Gérvas J. La reforma de la atención primaria en España: una propuesta programática. *Gac Sanit* 1989;3:476-81.
38. Costas Lombardía E. El dogma de los centros de salud. *El País*, 24 de junio 1992.
39. González Dagnino A. Sobre «el dogma de los centros de salud». *El País*, 8 de septiembre 1992.
40. Costas Lombardía E. La mala reforma de la asistencia primaria (I). *Tribuna Médica*, 1993; (1457).
41. Costas Lombardía E. La mala reforma de la asistencia primaria (II). *Tribuna Médica*, 1994; (1458).
42. Aranda Regules JM, editor. *Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Una revisión de los principios de Alma-Ata. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
43. Costas E. Una asistencia primaria sin razones. En: Navarro C, Cabasés JM y Tormo MJ, editores. *La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores; 1995;250-5.
44. De Serdio E. La atención primaria de salud. En: Navarro C, Cabasés JM y Tormo MJ, editores. *La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS 1995*. Barcelona: SG Editores; 1995;239-49.
45. Gené Badía J. Escaso futuro para el gatekeeping en España [editorial]. *Aten Primaria* 1995;15:418-20.
46. Moreu Orobitg F. El necesario aggiornamento de la atención primaria [editorial]. *Aten Primaria* 1996;17:2-3.
47. Gérvas J. Análisis crítico y personal de la reforma psocialista de la atención primaria en España. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:173-6.
48. Borrell i Carrió F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:225-31.
49. Gérvas J. La reforma psocialista de la atención primaria: una oportunidad perdida. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:232-3.
50. Martín-Zurro A. Sobre la reforma de la atención primaria en España: entre la autocrítica y las propuestas neoliberales [editorial]. *Aten Primaria* 1997;19:105-7.
51. Gérvas J. La reforma y el neoliberalismo [carta]. *Aten Primaria* 1997;19:493-5.
52. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud (II): Investigación en servicios de salud. *Med Clin (Barc)* 1995;104:67-76.