

El equipo de atención primaria en España.

The primary care team in Spain.

Del Río Madrazo, José Antonio¹

¹Doctor en Medicina y Cirugía.
Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro de Santander.
joanrioma@hotmail.com

Recibido: 14/02/2013

Aceptado: 30/04/2013

RESUMEN

El equipo de Atención Primaria (EAP) en España es el pilar organizativo básico de la Atención Primaria de Salud. En España, los equipos de Atención Primaria (AP) forman el primer escalón del servicio de salud y del buen funcionamiento de ellos depende en gran medida el del conjunto del sistema. La misión de un EAP es ofrecer a una población asignada una atención sanitaria integral de máxima calidad, a un coste asumible y con plena satisfacción de los pacientes y de sus profesionales y prestar servicios sanitarios que contribuyan a satisfacer las necesidades de salud preservando los valores de calidad, eficiencia, equidad, accesibilidad y satisfacción.

PALABRAS CLAVE: Equipo, Atención Primaria, Salud.

ABSTRACT

The primary care team in Spain is the basic organizational pillar of Primary Health Care. In Spain, the primary care teams form the first step of the service of health and good performance of them depends largely on that of the whole of the system. The mission of a PCT is to provide comprehensive health care of the highest quality, at an affordable cost and with full satisfaction of patients and their professional assigned population. Providing health services that preserved the values of quality, efficiency, equity, accessibility and satisfaction.

KEYWORDS: Primary Care, Team, Health.

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 15 – 21.

Un equipo puede ser definido como aquel grupo de individuos que realizan diferentes aportaciones técnicas, con organización y metodologías compartidas y dirigidas a la consecución de objetivos comunes (16). Pritchard (21) define el EAP como “un grupo de personas que efectúan contribuciones distintas para la consecución de una meta común”. Todas las definiciones del EAP comparten unas características definitorias comunes que podríamos resumir en: objetivo común, metodología de trabajo compartida, grupo de profesionales complementarios.

El equipo de salud (de Atención Primaria) es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y las actividades de la AP en el seno de una comunidad determinada, con el objetivo común de “proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familiares la atención más integral de salud posible”, y cuyo ámbito de actuación es la zona básica de salud; una sinergia que consigue que los resultados del equipo sean mayores a la suma de los resultados individua-

les. El equipo de Atención Primaria ha de asumir los objetivos y las actividades propios de ésta y hacerlo desde una perspectiva multidisciplinaria, con un enfoque individual y comunitario, con unos contenidos relevantes preventivos y de promoción de la salud y otros relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la población atendida.

El equipo de Atención Primaria es el pilar organizativo básico de la Atención Primaria de Salud (APS). La Atención Primaria está centrada en la persona y orientada a proveer un cuidado integral y continuo a la totalidad del individuo, a diferencia de la mayoría de las otras especialidades, que están centradas en la enfermedad. La Atención Primaria como nivel y el médico de familia como profesional son los elementos que constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario (24). En el equipo de salud es necesario que asuman unos objetivos comunes (8), y que se establezcan entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y permitan la realización del conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades, de acuerdo con la

capacitación técnica de los profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical. En España, los equipos de Atención Primaria forman el primer escalón del servicio de salud y del buen funcionamiento de ellos depende en gran medida el del conjunto del sistema. El área de salud como estructura organizativa capacitada para la planificación, programación y gestión de los recursos de los dos sectores del sistema.

Bases para la organización del equipo de Atención Primaria

- Trabajo coordinado y no jerarquizado de los distintos profesionales
- Trabajo programado
- Planificación de los componentes en la organización, ejecución y evaluación de todos los programas

La misión de un EAP es ofrecer a una población asignada una atención sanitaria integral de máxima calidad, a un coste asumible y con plena satisfacción de los pacientes y de sus profesionales, y prestar servicios sanitarios que contribuyan a satisfacer las necesidades de salud preservando los valores de calidad, eficiencia, equidad, accesibilidad y satisfacción.

El Real Decreto 137/1984 del 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (22), establece la delimitación de las Zonas Básicas de Salud (artículo 1), define el Centro de Salud (art. 2), el EAP como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud (art. 3) y, en su artículo 4, las funciones del coordinador.

El centro de salud (de Atención Primaria) es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, integradora, continuada, permanente, accesible y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que trabajan en el centro. El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográficamente y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos.

Problemas en la puesta en marcha de los centros y equipos de salud

- Precipitación
- Falta de puesta en común de los miembros de los equipos (organizativa, funcional y de formación)
- Plantillas inestables y desequilibradas

- Indefiniciones en los cometidos de los profesionales
- Información inadecuada a la población de su influencia
- Presión asistencial excesiva e incontrolada

En la cultura de las organizaciones, para que un grupo de profesionales funcione es necesario tener un objetivo común, válido y alcanzable. La razón de su composición, de su actuación, etc., siempre se encuentra mediatizada por el objetivo. Las metas no son sino objetivos parciales cuantificados en el tiempo, para conseguir el objetivo final.

Para que el equipo funcione es necesario definir junto a los objetivos, las metas, los cometidos y los procedimientos; esto es ¿qué?, ¿quién? y ¿cómo hacemos las cosas?

Todos los profesionales que conforman el EAP comparten una metodología de trabajo común. Las diferentes actividades que realizan los distintos profesionales del equipo tienen como base el método científico y se caracterizan por un trabajo programado y evaluable, coordinado y participativo.

Martín Zurro (16) advierte sobre la necesidad de no confundir la agrupación con el equipo. La agrupación de personas tiene como finalidad la mejora de las condiciones de trabajo, tiene como objetivo el de la atención de los enfermos desde el punto de vista clínico e individual. Sin embargo, lo que diferencia un equipo de un grupo es la complementariedad de sus componentes. Lo que cohesiona al grupo son los valores compartidos. Su objetivo es su fin primordial: contribuir a la mejora del nivel de salud individual y colectivo de la población asignada.

El hecho de que varios profesionales trabajen juntos les lleva a saber cuál es la labor de los otros. Como expresa A. Sánchez (29), para que funcione un EAP es necesario querer, saber y poder trabajar en equipo. La comunicación es importante para un buen funcionamiento del equipo (34).

Aunque conceptualmente “función” es el ejercicio de un cargo o empleo, y “actividad” el conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad, en la práctica ambos términos parecen confundirse entre sí. Quizás la diferencia radique más en la temporalidad de la actividad (o tarea) frente a la temporalidad de la función. Pero, en el fondo, no hay función sin actividad.

El grupo y el equipo son fórmulas organizativas del trabajo con importantes diferencias conceptuales.

Características del trabajo en equipo (Modificada de Gilmore et al., 1974)

- Objetivos comunes
- Clara comprensión de funciones
- Coordinación de técnicas y conocimientos
- Organización flexible y consensuada
- Complementariedad de sus componentes
- Participación de todos los componentes en la toma de decisiones y responsabilidad final

Se definen cuatro grandes funciones íntimamente interrelacionadas y necesarias para el desarrollo de una atención integral, que habrán de ser realizadas por todos los miembros del equipo de Atención Primaria: asistencial, formativa, investigadora y administrativa.

La función asistencial representa el núcleo básico de la existencia del EAP. Abarca actividades de promoción y educación para la salud, prevención, curación y rehabilitación. La educación sanitaria, tanto individual como de grupos, ha sido considerada una de las principales funciones de los EAP como herramienta de promoción de la salud.

La programación es una manera de hacer de forma eficiente el trabajo en Atención Primaria. La función administrativa tiene como finalidad la organización interna y externa del equipo; comprende actividades de registro, evaluación y control de las actividades anteriores y sus resultados con la gestión. Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos constituyen el núcleo básico del EAP, sin cuya participación sería imposible la realización de las funciones y actividades anteriormente señaladas.

El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, establece los componentes de los equipos de Atención Primaria, incluye a médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, asistentes sociales y personal auxiliar polivalente, dejando la puerta abierta para la adscripción posterior de otros profesionales.

Pritchard (21) define la existencia de varios equipos funcionales dentro del EAP en función de las necesidades y tareas a llevar a cabo dentro de la atención sanitaria. Así, define el equipo intrínseco como la unidad básica de trabajo, formada por el profesional médico, la enfermera de la consulta y el paciente. Se caracteriza por ser la unidad básica de atención, constituida en respuesta a la demanda del paciente, orientada a la atención sanitaria individual y finaliza cuando termina la tarea para la que se formó. Es flexible, al permitir la entrada de otros profesionales en función

de problemas puntuales del equipo, constituyéndose los denominados equipos funcionales. El conjunto de todos los profesionales que trabajan en el EAP, o equipo completo en la terminología de Pritchard (21), se constituiría para tratar temas que competen a todos los profesionales. La constitución de comisiones o grupos de trabajo en el seno de los Equipos de Atención Primaria puede ser un instrumento eficaz para el desarrollo de tareas concretas, siguiendo los postulados de los equipos "intrínsecos" de Pritchard (21). De la Revilla (6) define la unidad de atención familiar (UAF) como el elemento básico de la atención sanitaria en el centro de salud, que estaría constituido por el profesional médico y de enfermería, prestaría atención integral a la población adscrita a estos profesionales y estaría configurado como un triángulo asistencial constituido por el médico, la enfermera y el paciente (o por la familia demandante de atención). En analogía con los equipos funcionales y con el equipo completo estarían la UAF ampliada y el equipo del centro de salud. Se han instituido nuevos patrones de maneras de relacionarse entre profesionales y usuarios, para Gastón Wagner (38), el apoyo matricial organizado amplía las posibilidades y la composición interdisciplinaria de los Proyectos Terapéuticos, además permite a los profesionales combinar de forma más libre el trabajo con los usuarios adscritos.

Para realizar las actividades que son propias del equipo de APS es necesario el concurso de profesionales expertos en distintas áreas, con un marco común de objetivos y una organización del trabajo basada en su división funcional, de acuerdo con las capacidades técnicas y las disponibilidades de cada uno de ellos y no con una rígida y simple asignación estamental.

En el seno de las profesiones sanitarias existen aún fuertes tendencias en marcar los límites "territoriales" de actuación de cada estamento o grupo especializado. Por ello, es necesario establecer campos de actividad compartidos entre los diferentes grupos profesionales que componen el equipo de salud.

La formación de equipos de salud multidisciplinarios es uno de los instrumentos básicos para el desarrollo integral de los postulados de la APS.

La composición de un EAP debe adaptarse a las características (problemas y demandas) del sistema y de la comunidad a la que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y circunstancias. Un equipo de salud lo define la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se integran para la solución de las necesidades y

problemas de una comunidad. Las necesidades de salud marcan la composición y las funciones de los equipos de Atención Primaria.

La situación sociopolítica (16), económica y de la infraestructura sanitaria de cada país es el primer factor a considerar, ya que es el que delimita sus características globales y, a partir de ellas, las de todos los elementos del sistema sanitario, influyendo en el subsistema sanitario y en el concepto de Atención Primaria. Se debe favorecer un mayor equilibrio presupuestario entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar la calidad en Atención Primaria.

Factores que influyen en la composición del equipo de Atención Primaria (16)

- Situación política, económica y de la infraestructura sanitaria
- Necesidades de salud de la población
- Disponibilidad de profesionales sanitarios titulados
- Estructura poblacional
- Objetivos y organización del sistema sanitario

- Funciones atribuidas a los profesionales del equipo

La definición de los principios organizativos, de composición, funciones y apoyos especializados de los equipos tiene que adaptarse lo más estrechamente posible a las características del entorno.

Los objetivos y la organización general del sistema de salud de un país y las funciones que se atribuyen a los distintos profesionales de Atención Primaria condicionan también la composición de los equipos de salud. En España, la estructura elemental en APS es la zona o área básica (con un volumen poblacional entre 5.000 y 25.000 personas) y ésta se corresponde con el ámbito de actuación de un equipo de salud, con unas isócronas de desplazamiento que no deben sobrepasar los 30 minutos.

Las necesidades de salud de la población constituyen uno de los criterios esenciales que deben analizarse y, para su aplicación correcta, requiere el conocimiento de la situación de la comunidad a atender y el de sus problemas prioritarios (16).

Profesionales en Atención Primaria de salud (16)

Núcleo básico del equipo	Elementos de apoyo especializado al equipo
▪ Médicos ▪ De enfermería ▪ Trabajadores sociales ▪ Técnicos no sanitarios	▪ Odontología ▪ Salud mental ▪ Atención a la mujer ▪ Salud pública y medicina comunitaria ▪ Laboratorio ▪ Radiología ▪ Farmacia ▪ Veterinaria

Funciones y actividades del equipo de Atención Primaria

Funciones	Actividades
Asistencia	En el centro y visita domiciliaria ▪ Espontánea ▪ Programada ▪ Urgente
Promoción de la salud	Educación sanitaria individual y colectiva ▪ En el centro de salud ▪ En escuelas y otras instituciones ▪ Campañas educativas (hábitos)
Prevención de la enfermedad	En grupos de riesgo ▪ Vacunaciones ▪ Cribados
Rehabilitación	En procesos agudos y crónicos ▪ Reinserción social
Funcionamiento interno y soporte	Docencia e investigación ▪ Formación continuada ▪ Organización interna ▪ Política de calidad y evaluación ▪ Gestión

Para diversos autores (8, 16) el equipo tiene entre sus funciones claras y prioritarias, introductorias de las restantes, la de promover cambios cualitativos en las actitudes y los hábitos de la población en todos los campos que tienen una relación directa o indirecta con la salud y la de aglutinar distintas actuaciones operativas asistenciales de índole sanitaria y social. Este punto básico ha de estar siempre presente en cada uno de los grandes grupos de funciones y actividades que debe realizar el equipo:

1. Asistencia.
2. Promoción de la salud.
3. Prevención de la enfermedad.
4. Rehabilitación.
5. Docencia e investigación.
6. Funcionamiento interno y soporte.

Todas estas funciones y actividades han de ser desarrolladas en la perspectiva de la APS, de forma integral e integrada, priorizando en cada momento las más acordes con las demandas y necesidades de la población atendida. Su organización básica responde a tres tipos principales: asistencia a demanda (con o sin cita previa), asistencia programada y asistencia urgente.

Las funciones y las actividades de los equipos de salud son las propias de la Atención Primaria y deben ser desarrolladas de forma integral e integrada (16).

Cada equipo ha de construir su propio cronograma de actividades.

Cronograma teórico de implantación de actividades (28). La realidad al final es la que marca la pauta

De 0 a 6 meses

- Racionalizar la demanda
- Organización inicial del equipo

De 6 a 12 meses

- Análisis de la situación de salud
- Establecimiento de protocolos
- Docencia reglada
- Visita domiciliaria programada
- Participación ciudadana
- Coordinación con el nivel especializado
- Reorganización del equipo

De 12 meses en adelante

- Profundización de todo lo anterior
- Investigación
- Garantía de calidad
- Programas de salud

En la atención domiciliaria programada de pacientes crónicos, el profesional de enfermería es habitualmente el responsable del mayor porcentaje de las actividades desarrolladas, quedando el médico en muchas ocasiones como elemento consultor puntual.

Los campos de actuación con mayor futuro para los profesionales de enfermería son los de atención domiciliaria, prevención y promoción de la salud y coordinación de recursos sociales y sanitarios. En el ámbito de la promoción de la salud tienen un papel central, sobre todo en la dirección y puesta en práctica de las actividades de educación sanitaria, dirigidas tanto a individuos sanos como enfermos o en situación de riesgo, e impartidas de forma individual o colectiva. En las consultas de enfermería se llevan a cabo actividades relacionadas esencialmente con el seguimiento de pacientes crónicos, así como las de promoción de la salud y preventivas y la realización de maniobras diagnósticas y terapéuticas básicas, englobadas clásicamente bajo el epígrafe de técnicas o procedimientos de enfermería.

La incorporación de los trabajadores sociales a los nuevos equipos de Atención Primaria ha sido uno de los elementos de cambio cualitativo de la asistencia prestada a la población, al mismo tiempo que ha posibilitado su desarrollo bajo la perspectiva social, junto con la biológica y la psicológica. Las personas y grupos en situación de riesgo social son su población diana, dentro de las líneas de prioridad marcadas por el conjunto del equipo. En este sentido han de desempeñar un papel protagonista en la coordinación y el desarrollo de los programas sociosanitarios y, dentro de ellos, de la atención domiciliaria de pacientes crónicos y de los ancianos.

El conjunto de funciones y actividades de los equipos de Atención Primaria necesitan del apoyo de un área de importancia capital en el centro de salud: el área de administración.

Para un correcto desarrollo de las funciones y la misión del EAP, es necesario que exista un equipo directivo, formado por un responsable médico, responsable de enfermería y responsable de la unidad administrativa.

El coordinador es el máximo responsable, el líder del EAP. Debe tener capacidad para influir en el resto de los miembros del equipo para conseguir las metas. El coordinador tiene funciones organizativas de integración y armonización, representativas del EAP frente a la dirección y ante la comunidad. El director o coordinador del equipo de salud debe disponer de una amplia capacidad de gestión de los recursos humanos,

materiales, y económicos asignados al centro de salud.

El equipo de atención primaria se organiza bajo la responsabilidad del coordinador. Tiene como función la disposición ordenada de los medios y recursos al alcance de manera que sean compatibles, en tiempo y/o espacio, para la obtención de unos objetivos o resultados previamente definidos. La figura del coordinador o director del equipo es responsable del desarrollo de las funciones y las actividades, y ha de ser desempeñada por uno de sus componentes médicos. El coordinador debe desarrollar un estilo participativo de dirección del equipo. La elaboración conjunta de los objetivos del equipo de salud en un clima de participación abierto es el punto de referencia más importante para valorar en la práctica el estilo de dirección del coordinador.

El coordinador del equipo de Atención Primaria debe desarrollar los siguientes grupos de funciones y actividades:

1. Organización.
2. Representación y relación.
3. Dirección y gestión. El coordinador es el responsable de la elaboración de la memoria anual del equipo.
4. Asistencia, docencia e investigación.

Las importantes diferencias existentes entre los ámbitos rural y urbano

El factor fundamental que delimita el marco territorial y demográfico en el que ha de trabajar el equipo es, en el ámbito urbano, la cantidad de población (grandes concentraciones) y sus características intrínsecas, mientras que las distancias (cortas) y las comunicaciones (buenas) quedan relegadas a un segundo término. Por el contrario, en el rural, se caracteriza por población dispersa, núcleos pequeños y aislados, largas distancias y comunicaciones a veces dificultosas.

Los planificadores y gestores deben considerar detenidamente las diferentes necesidades estructurales y organizativas de la Atención Primaria en los ámbitos rural y urbano.

En el ámbito rural, el factor común y delimitante es la dispersión de los núcleos de población en un territorio no siempre homogéneo. En esta situación, el centro de salud actúa como elemento aglutinador de las tareas no estrictamente asistenciales de la totalidad del equipo.

En las encuestas de satisfacción los elementos que son valorados más positivamente por los usuarios son la cercanía de los centros de salud, el trato de los profesionales sanitarios y la confianza que inspira el médico de familia. Es necesario seguir avanzando en la mejora de los sistemas de citación y de organización de la consulta, de manera que se reduzca el tiempo de espera para entrar a la misma –aspecto peor valorado por los encuestados– en la agilización de los trámites para acceder a la consulta de los especialistas y en mejorar el tiempo disponible por el médico para atender a cada paciente.

Los médicos de Primaria españoles tienen un 40 por ciento más de visitas que sus homólogos europeos, aunque son los que menos tiempo dedican por consulta (24, 25). La actual limitación del tiempo de consulta, provocada por la presión de la demanda y la cantidad de tarjetas sanitarias asignadas a cada médico (el médico debe asumir las urgencias propias, las de los médicos de otro turno, las consultas de compañeros de baja laboral, de vacaciones, etc.), no sólo constituye un importante lastre para la calidad de la asistencia, sino que puede ser causa directa de errores en diagnósticos y farmacológicos, además de provocar que los tratamientos se limiten muchas veces a la mera prescripción de medicamentos, con un menor tiempo o inexistente dedicado a la labor de promoción y prevención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Álvarez C. Garantía de calidad en Atención Primaria. *Medifam* 1993; 3 (3): 145-8.
- 2 Astral L. La intervención comunitaria en la encrucijada. *Aten Primaria* 2003; 32: 445-46.
- 3 Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 128, de 29/05/2003.
- 4 Bonal P. El reconocimiento académico de la medicina de familia en la universidad: una necesidad inaplazable. *Aten Primaria*. 1998; 21: 63-4.
- 5 Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aprobado el 22 de noviembre de 2002. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo. BOE 105 del 3-5-2005; 15182-225.
- 6 De la Revilla L. Trabajo en Equipo. En: De la Revilla L, ed. La consulta del médico de familia (la organización en la práctica diaria). Madrid, Ed Cea SA 1992: 91-100.
- 7 Documentos de opinión para Atención Primaria. Farmacoecología desde Atención Primaria. Semergen, 2005.
- 8 Gallo FJ et al. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. SemFYC. 1997. 2ª Edición: 31-38.
- 9 Gil VF, Merino J et al. Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. Jarpay Editores, S.A. 1997:3-20.

- 10 Goldberg DP, Blackwell BB. Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *BMJ*. 1970; 2: 43943.
- 11 González P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 313-7.
- 12 Higgins ES. A review of unrecognized mental illness in primary care. *Arch Fam Med*. 1994; 3: 90817.
- 13 López A, Martín JM. Atención Primaria y Salud Pública: La oportunidad para superar el desencuentro. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78, N°1: 1-3.
- 14 Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Genève: OMS, 2001.
- 15 Martín A. Las unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria (1979-1999). *Jano Extra* Noviembre 1999. Vol. LVII N° 1322: 67-70.
- 16 Martín A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier, vol 1, Quinta Edición, 2003: 3-15.
- 17 Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica 1991.
- 18 Montoro R, Fernández JS. La atención familiar, una estrategia de cambio necesaria y pertinente. *Semergen*. 2006; 32 (5): 203-4.
- 19 Patrick DL, Eagle J, Coleman JV. Primary care treatment of emotional problems in a HMO. *Med Care*. 1978; 16: 47-60.
- 20 Pedrera V, Gil V, Orozco D. Unidades de investigación y docencia de apoyo a la gestión en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 32 (6): 361-5.
- 21 Pritchard P, Low K, Whalen M. Gestión en Atención Primaria. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General 1990.
- 22 Real Decreto 137/ 1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE núm 27, de 1 de febrero de 1984.
- 23 Regier DS, Goldberg ID et al. Specialist/generalist division of responsibility for patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39: 219-24.
- 24 Del Río JA. Atención Primaria. *Tribuna Docente en Medicina de Familia*. Vol. 9. Número 4. 2007.
- 25 Del Río JA. Docencia en Atención Primaria. *Tribuna Docente en Medicina de Familia*. Vol. 8. Número 5. 2006.
- 26 Ríos A de los. Los procesos psicosociales. Características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis Doctoral, Facultad de medicina de Granada, 1997.
- 27 Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. Panamericana. 2001: 3-22.
- 28 Ruiz de Adana R, Gómez T, Fuentes C. Organización de las actividades asistenciales del Equipo de Atención Primaria. En: Jiménez Villa J (ed.). Programación y protocolización de las actividades. Serie Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Ed. Doyma, 1990.
- 29 Sánchez A. Claves para la cohesión de equipos. *Medifam* 1991; 1 (3): 141-3.
- 30 Sant i Arderiu E, Casajuana i Bruner J et al. Tutorización activa continua: una metodología para intentar ser tutor durante los 3 años de la especialidad. *Aten Primaria*. 2005; 36 (4): 214-20.
- 31 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303-9.
- 32 Steiner BD, Pathman DE et al. Primary care physicians' training and their community involvement. *Fam. Med*. 1999; 31: 257-62.
- 33 Taylor RB. Medicina de familia Principios y práctica. Masson. Sexta Edición. 2006: 3-9.
- 34 Thomas V, Puig B et al. El residente de medicina familiar y comunitaria ante su especialización (II). *Rev San Hig Pub*. 1991; 65: 77-85.
- 35 Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC. 2007. Vol. 1: 3-59.
- 36 Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of Family Medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med*. 2004; 2 Suppl 2: S5-16.
- 37 Villalbí JR, Pasarín M et al. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2003; 31 (6): 382-5.
- 38 Wagner G. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud; 1998: 1-14.
- 39 World Health Organization. The World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: World Health Organization; 2003.