

La atención primaria y el poder resolutivo del sistema de salud: un estudio desde los profesionales

Xavier Clèries Costa, Joan Josep Sarrado Soldevila y Pau López Vicente

Objetivo. Identificar, desde la visión de los profesionales, el concepto de la capacidad resolutiva de la atención primaria en el sistema sanitario.

Diseño. Estudio interpretativo basado en el método de la Grounded Theory, así como en la técnica del *focus-group*.

Emplazamiento. Ocho centros de atención primaria.

Participantes. Se incluyó a 198 profesionales, 86 médicos, 69 enfermeras y 43 no sanitarios.

Mediciones. Obtención de datos mediante preguntas semiestructuradas en los *focus-group*, grabación y transcripción de las aportaciones; división del texto en unidades autónomas de sentido; agrupación de las unidades de sentido según características comunes; definición inductiva de cada categoría; relación entre categorías y triangulación de datos interequipos.

Resultados. La capacidad resolutiva se debería caracterizar por: a) la atención de las demandas y las necesidades biopsicosociales de la población; b) la integración de las siguientes dimensiones de la competencia profesional: comunicación y trabajo en equipo, y c) la promoción de la prevención y la educación de la ciudadanía. Sin embargo, la cotidianeidad asistencial prioriza la realización de parámetros cuantitativos asociados con una actividad reactiva alejada de la singularidad de las enfermedades de los pacientes.

Conclusiones. La capacidad resolutiva de la atención primaria de salud deseada se encuentra amenazada por su excesiva medición cuantitativa y por las deficiencias en cuanto a recursos humanos y de equipamientos, así como por la notoria falta de tiempo para la actividad asistencial.

Palabras clave: Atención primaria. Poder resolutivo. Competencias profesionales. Investigación cualitativa.

PRIMARY CARE AND THE POWER OF THE HEALTH SYSTEM TO SOLVE PROBLEMS: A STUDY FROM THE PROFESSIONALS' VIEW-POINT

Objective. To identify professionals' view of the problem-solving capacity of primary care in the health system.

Design. Interpretative study, based on the Grounded Theory method and the focus-group technique.

Setting. Eight primary care centres.

Participants. In all, 198 professionals: 86 physicians, 69 nurse and 43 who were not health professionals.

Interventions. Data were obtained by: open questions in the focus groups, recording and transcription of the contributions; division of the text into autonomous sense units; sense units grouped by their common characteristics; inductive definition of each category; relationship between categories and triangulation of inter-team data.

Results. The problem-solving capacity of professionals should be characterized by: care for the bio-psycho-social demands and needs of the population; the integration of the following dimensions of professional competence: communication and teamwork; the promotion of prevention and public education. However, health-care daily practice prioritised quantitative parameters linked to reactive actions that were distant from the singularity of patients' pathologies.

Conclusions. The desired problem-solving capacity of primary health care is threatened by excessive quantitative measurement, by shortcomings in human resources and facilities, and by the well-known lack of time in health-care delivery.

Key words. Primary care. Problem-solving power. Professional competence. Qualitative research.

Institut d'Estudis de la Salut.
Barcelona. España.

Correspondencia: X. Clèries Costa.
Institut d'Estudis de la Salut.
Balma, 132-136. 08008 Barcelona.
España.
Correo electrónico:
fx.cleries@gencat.net

Manuscrito recibido el 31-3-2006.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 21-2-2007.

Introducción

La atención primaria de salud (APS), según el espíritu de Alma Ata, se caracteriza por su posición de primer contacto con los ciudadanos favoreciendo la accesibilidad, la integralidad, la globalidad, la longitudinalidad, la continuidad, la coordinación, la responsabilidad y los ámbitos familiar y comunitario¹. Se considera que la APS puede resolver alrededor del 90% de las consultas atendidas². Sin embargo, la evaluación de la contribución de la APS en el poder resolutivo del sistema de salud todavía se halla en una fase incipiente, a pesar de las esperanzadoras investigaciones que se están llevando a cabo². La complejidad del sistema de salud dificulta una definición homogénea del poder resolutivo, por lo que es necesario iniciar un proceso de reflexión al respecto¹. En este sentido, se ha llevado a cabo un estudio cuya finalidad estriba en identificar, desde la visión del equipo de profesionales de 8 centros de atención primaria, la concepción que tienen de su capacidad resolutiva.

Métodos

Diseño

El estudio parte de una ontología subjetual, en que cada profesional se constituye en creador de significados o *sense-marker* y codificador de conocimiento³. Desde una perspectiva epistemológica, se adopta un enfoque constructivista dialógico⁴, con el propósito que las aportaciones subjetivas de los profesionales se proyecten hacia una intersubjetividad que acceda a la objetividad de las experiencias. A su vez, se opta por una metodología cualitativa^{5,6}. La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario de datos sociodemográficos y la técnica del *focus-group*. Las aportaciones de los profesionales participantes, oportuna y fielmente transcritas, se analizan mediante el método de la Grounded Theory, generando categorías explicativas de manera inductiva^{7,8}.

En el proceso seguido para la obtención de los datos se ha contemplado la siguiente secuencia: formulación de preguntas abiertas en el *focus-group*; la grabación de las aportaciones y su transcripción literal, la división del texto en unidades autónomas de sentido, la agrupación de las unidades de sentido según las características comunes, la definición inductiva de cada categoría, así como establecimiento de relaciones entre categorías para construir las bases de un modelo conceptual fundamentado en los datos.

Muestra y participantes

La muestra ha quedado configurada por 198 profesionales sanitarios asistentes. De éstos, 104 han participado mediante aportaciones verbales. El muestreo, no equiprobabilístico, ha sido casual o intencional⁹. Los criterios considerados al escoger los 8 equipos de APS han sido los siguientes: a) el conocimiento previo debido a alguna actividad formativa; b) ámbito rural y urbano; c) atención a población inmigrante, de etnia gitana y con circunstancias sociológicas de interculturalidad.

Análisis

Los datos obtenidos de los diferentes equipos se han sometido a un proceso riguroso de triangulación, estableciéndose un control cruzado entre las percepciones y los análisis de los diferentes profesionales, organizaciones y equipos¹⁰. La triangulación se configura como la estrategia de contrastación para constatar la validez y la credibilidad científica en cualquier estudio cualitativo¹¹. En este sentido, el proceso de triangulación deviene un mecanismo ineludible de control de calidad¹².

Después de procesar los textos correspondientes a los 8 equipos de atención primaria se ha procedido a la categorización de la información textual hasta detectar repeticiones continuadas de visiones del fenómeno que no añadían información pertinente al estudio (criterio de saturación). Se han fragmentado los diversos discursos en unidades temáticas y unidades de sentido¹³. De las agrupaciones de unidades de sentido surgen las categorías, si bien de tal forma que una misma unidad de sentido puede adscribirse a más de una categoría.

Resultados y discusión

Los datos sociodemográficos de la muestra estudiada se pueden apreciar en la tabla 1. Cabe destacar la mayoritaria presencia de mujeres (el 77 frente al 23%), el tiempo global de ejercicio profesional (entre 5 y 20 años) y la franja de edad de los profesionales (entre los 26 y 36 años).

A partir de los datos recogidos y transcritos se han obtenido 17 categorías diferenciadas vinculadas con el objeto de estudio, definidas inductivamente y ordenadas en categorías según se muestra en la figura 1 y en la tabla 2. Producto de la triangulación categorial interequipos se destacan, como más relevantes y significativas, las siguientes aportaciones, que incorporan algunos ejemplos extraídos de fragmentos literales de algunas narraciones y de sus escenarios respectivos:

- Concepción de la capacidad resolutiva: «resolver y dar respuesta a lo que demanda la población (...) evitando huidas al ámbito asistencial superior»; «saber solucionar los problemas de salud que vayan surgiendo (...) en el mínimo tiempo posible».
- Necesidad del trabajo satisfactorio en equipo: «... disponer de objetivos comunes y compartidos»; «... jefaturas con capacidad de aglutinar y liderar con carisma».
- Competencia comunicativa: «... intensificar la capacidad comunicativa de los profesionales mediante el establecimiento de relaciones empáticas, de confianza, de escucha hacia la ciudadanía».
- Medición de la capacidad resolutiva: «se prioriza el valor numérico, los datos estadísticos, y se prescinde de las personas».
- Adecuación de recursos y de circuitos organizacionales: «se debe adecuar el recurso tiempo y el recurso profesional, ya que no se puede estar todo el tiempo laboral haciendo asistencia».

**TABLA
1**

| Profesionales asistentes/participantes | Centros* | | | | | | | | | | |
|---|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3* | 4* | 5 | 6 | 7 | 8 | 9* | 10* | |
| Varones | 46 | 2 | 2 | 5 | 8 | 6 | 7 | 5 | 4 | 3 | 4 |
| Mujeres | 152 | 15 | 17 | 15 | 16 | 23 | 12 | 16 | 13 | 12 | 13 |
| Médico de familia | 64/47 | 8/8 | 3/3 | 6/6 | 8/6 | 10/5 | 6/4 | 8/4 | 5/4 | 3/3 | 7/4 |
| MFC residencia | 9/5 | 2/2 | – | – | – | 1/0 | – | 2/1 | 1/0 | 2/1 | 1/1 |
| Pediatra | 7/5 | 1/1 | – | 1/0 | 1/1 | – | – | 2/2 | 2/1 | – | – |
| Odontólogo | 6/3 | – | 1/1 | 2/1 | 1/0 | – | – | 1/0 | – | – | 1/1 |
| Enfermera | 68/27 | 6/4 | 12/6 | 3/2 | 5/0 | 18/6 | 8/2 | 3/1 | 5/1 | 5/4 | 3/2 |
| Comadrona | 1/1 | – | – | – | – | – | – | – | – | 1/1 | – |
| Auxiliar administrativo | 31/11 | – | 1/1 | 7/2 | 6/1 | – | 4/1 | 4/2 | 3/1 | 2/1 | 4/2 |
| Auxiliar de clínica | 6/1 | – | – | 1/0 | 2/1 | – | 1/0 | 1/0 | – | – | 1/0 |
| Trabajador social | 4/4 | – | 1/1 | – | 1/1 | – | – | – | 1/1 | 1/1 | – |
| Celador | 2/0 | – | 1/0 | – | – | – | – | – | – | 1/0 | – |
| Total: 198/104 (asistentes/participantes) | | 17/15 | 19/12 | 20/11 | 24/10 | 29/11 | 19/17 | 21/10 | 17/8 | 15/11 | 17/10 |
| Tiempo de ejercicio profesional de los profesionales asistentes | | | | | | | | | | | |
| 0-5 años | 56 | 3 | 4 | 7 | 7 | 6 | 1 | 9 | 8 | 3 | 8 |
| 6-10 años | 44 | 2 | 5 | 6 | 7 | 7 | 5 | 6 | 2 | 2 | 2 |
| 11-20 años | 51 | 8 | 7 | 2 | 4 | 5 | 8 | 4 | 4 | 6 | 3 |
| 21-36 años | 47 | 4 | 3 | 5 | 6 | 11 | 5 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| Fijo | 109 | 9 | 5 | 18 | 22 | 16 | 11 | 7 | 6 | 7 | 8 |
| No fijo | 89 | 8 | 14 | 2 | 2 | 13 | 8 | 14 | 11 | 8 | 9 |
| Edad de los profesionales asistentes (años) | | | | | | | | | | | |
| 19-25 | 10 | – | 1 | 3 | – | 2 | – | – | 4 | – | – |
| 26-36 | 79 | 4 | 10 | 7 | 11 | 11 | 8 | 12 | 5 | 3 | 8 |
| 37-47 | 69 | 10 | 6 | 8 | 7 | 8 | 3 | 7 | 6 | 9 | 5 |
| 48-57 | 37 | 3 | 2 | 1 | 5 | 8 | 7 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| 58-65 | 3 | – | – | 1 | 1 | – | 1 | – | – | – | – |
| Tipo de asistencia | | | | | | | | | | | |
| Urbana | 166 | 17 | 19 | 20 | 24 | 29 | 19 | 21 | 17 | – | – |
| Rural | 32 | – | – | – | – | – | – | – | – | 15 | 17 |
| Urbana y rural | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |

*Se han estudiado 8 centros, aunque aparezcan 10 grupos; en 2 centros los profesionales asistentes se dividieron en 2 subgrupos.

– Prevención y educación: «se deben facilitar herramientas a los usuarios para que localicen su propio itinerario de responsabilidad y apropiación, de manera que encuentren la oportuna solución a sus problemas con sus propios recursos».

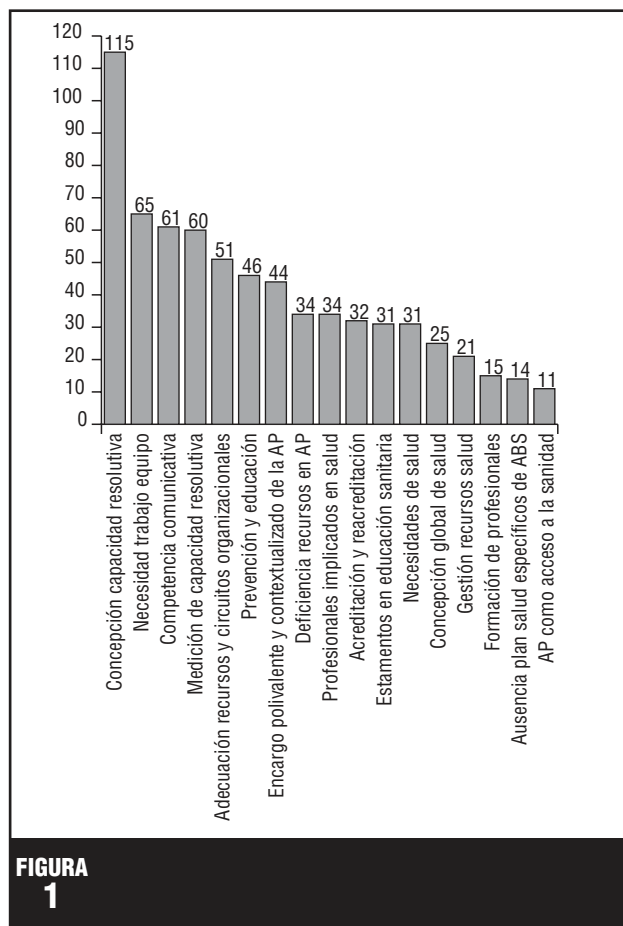
– Encargo polivalente y contextualizado de la atención primaria: «... adaptar el encargo a las características de la población destinataria, de manera diferenciada en función de un diagnóstico personalizado y cuidadoso de las necesidades».

– Deficiencia de recursos en el marco de la atención primaria: «es necesario más tiempo profesional, la asistencia consume toda la jornada laboral». «Es necesaria una inversión significativa en tiempo, recursos, equipamientos e incremento de las plantillas orgánicas con otros profesionales.»

Desde el diálogo y la reflexión en el marco de cada equipo se ha posibilitado una secuencia de aportaciones definitivo-

rias de la percepción de los profesionales implicados respecto al objeto de estudio, generándose conceptos y teorías a partir de la comparación constante, tal y como contempla la Grounded Theory^{7,14}.

Estos resultados confirman las aportaciones de diversos autores en cuanto al concepto de la capacidad resolutiva de la APS referido a dar respuestas a las demandas y necesidades (¿o fantasías?) de salud de los ciudadanos aunque, a diferencia del presente estudio, estos autores apelan a que las demandas sean coherentes con el conocimiento científico¹. En este sentido, cabe destacar la singularidad del comportamiento de los seres humanos en procesos de enfermedad^{15,16} y, en el mundo occidental, la poca capacidad de soportar el malestar y el miedo cervical ante la muerte^{17,18}. A falta de estudios concluyentes, se puede aventurar que muchas de las demandas de los ciudadanos se refieren a trastornos de la esfera psicosocial que, debido a la notable accesibilidad de los servicios sanitarios, terminan trasla-



dándose a centros más diseñados y preparados para atender problemática biomédica. Algunas de las aportaciones de los profesionales que han intervenido en el presente estudio se manifiestan en el sentido de que es precisa una adecuación del sistema de salud mediante la canalización de diversos vectores: «necesidad de tener una visión biopsicosocial; integrar conocimientos de aspectos psicológicos y pedagógicos, además de los médicos...».

Probablemente, una visión biopsicosocial de la atención sanitaria requiere competencias como las aportadas por los profesionales del presente estudio y recogidas en las categorías inductivas de «la necesidad de trabajar en equipo», «la comunicación (escucha activa, empatía y confianza)» y «la acción preventiva y educativa para conseguir una mayor responsabilidad del usuario», en la misma línea que recomiendan los expertos¹⁹. No obstante, esos aspectos chocan de lleno con otras características del sistema sanitario, instalado en la estandarización y la producción de prestaciones²⁰⁻²² y con una clara influencia de la industria de tecnología médica y farmacéutica en el liderazgo de la profesión médica²³. La exigencia de los ciudadanos para obtener una rápida respuesta a su percepción de malestar conlleva una práctica asistencial que tiende a actuar sin reflexionar, muy ligada a lo que en el estudio emerge en la categoría de «encargo polivalente y contextualizado». La actitud profesional, intensamente circunscrita a la demanda, desprecia la posibilidad de representar un diseño de tarea más global, más proactivo y con más incidencia en las

TABLA 2

| Categoría | Definición |
|--|---|
| 1. Concepción de la capacidad resolutiva | La competencia para resolver demandas y relación de ayuda en función de la capacidad personal del profesional y el equipo, del tiempo disponible, de los recursos necesarios, así como la posible derivación a otras instancias |
| 2. Necesidad del trabajo satisfactorio en equipo | El reforzamiento de las tareas de equipo, como potenciador de la capacidad resolutiva |
| 3. Competencia comunicativa | Capacidad de acogida, escucha activa y empatía de los profesionales sanitarios |
| 4. Medida de la capacidad resolutiva | El conjunto de criterios de evaluación, reales o deseados, de los profesionales sanitarios |
| 5. Adecuación de recursos y de circuitos organizacionales | La deficiencia de recursos humanos, materiales y funcionales. Propuestas de mejora |
| 6. Prevención y educación | Necesidad de llevar a cabo actuaciones preventivas, educativas y de concienciación en relación con la salud de la ciudadanía |
| 7. Encargo contextualizado y polivalente de la atención primaria | El conjunto de funciones profesionales diversas de la atención primaria: facilitación de asistencia sanitaria y social adaptada |
| 8. Deficiencia de recursos en el marco de la atención primaria | Red de recursos humanos, materiales y funcionales deficitarios o insuficientes |
| 9. Profesionales implicados en salud | Entornos profesionales vinculados con la salud de la ciudadanía |
| 10. Acreditación y reacreditación | Mecanismos de evaluación de los profesionales de la salud |
| 11. Estamentos que intervienen en educación sanitaria | La implicación social, profesional y comunitaria en la educación para la promoción de la salud |
| 12. Necesidades de salud | Instancias implicadas en la determinación de las necesidades de salud de la ciudadanía |
| 13. Concepción global de la salud | Abordaje integral o biopsicosocial de la salud |
| 14. Gestión de recursos de salud | Optimización y racionalización de los servicios, de los procedimientos y del tiempo hacia una lógica del sistema sanitario. Comunicación efectiva con el ICS como empresa |
| 15. Formación continuada de los profesionales sanitarios | Iniciativas de actualización a lo largo de la carrera profesional |
| 16. Ausencia de un plan de salud específico de área básica | Carencia de una estrategia explícita con objetivos, medios y actuaciones programadas, de acuerdo con las necesidades de cada contexto |
| 17. La atención primaria como acceso a la sanidad | Accesibilidad y canalización de demandas |

ICS: Institut Català de la Salut.

Lo conocido sobre el tema

- Los estudios sobre la evaluación de la contribución de la atención primaria de salud (APS) al poder resolutivo del sistema de salud se refieren a la identificación de problemas de salud susceptibles de ser prevenidos y controlados en el primer ámbito asistencial.
- La definición del poder resolutivo no es homogénea para todas las organizaciones de APS, debido a la complejidad del sistema de salud, la diversidad territorial y el variado perfil clínico de los equipos de profesionales, entre otros factores.
- La financiación sanitaria se debe adecuar a la mejora de la calidad, la eficiencia y la gestión de recursos, vertebrando a la par crecimiento psicosocial y técnico.

Qué aporta este estudio

- La corroboración de interpretaciones que configuran una conceptualización de la competencia resolutiva de la APS.
- La constatación de que la práctica asistencial cotidiana incorpora consignas de estandarización y producción de prestaciones sanitarias, en contraste con la singularidad del comportamiento del paciente y del contexto en procesos de enfermedad.
- La necesidad de que los profesionales generen conocimiento sobre las realidades cotidianas de su actividad asistencial.
- La necesidad y, en su caso, la urgencia de realizar investigaciones que consideren las vivencias, las construcciones y las simbolizaciones, tanto de los profesionales en el ejercicio de su oficio como de la ciudadanía, mediante la intensificación de un ejercicio responsable y solidario del papel de cada cual en aras de preservar la salud de la comunidad.

actitudes, a menudo dependientes de la ciudadanía. Ante este contexto, la evaluación de la capacidad resolutiva de la APS, además de incipiente, se concreta en los resultados de producción de actos clínicos^{2,24,25}, recogidos en este estudio en la categoría inductiva de «medición básicamente numérica de la capacidad resolutiva». Esta perspectiva deja de lado la atención compleja de la demanda del paciente, muchas veces debido a lo que en el estudio ha aparecido en la categoría de «deficiencia de recursos humanos y de equipamientos, y de falta de tiempo», circuns-

tancias que roban tiempo a los profesionales para comunicarse y relacionarse adecuadamente².

Sin embargo, cabe reconocer que en estos últimos años surgen iniciativas que demuestran una sensibilidad y una preocupación manifiestas hacia la necesidad de utilizar metodologías adecuadas para estudiar esta complejidad^{1,2,26}.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

A pesar de que la muestra constituida de profesionales estudiados no se puede considerar como aleatorizadamente escogida y, por tanto, adolece de la representatividad estadística aconsejable si se quieren generalizar los resultados a todos los profesionales de la APS de Cataluña, se consideran las siguientes conclusiones respecto la muestra estudiada, ya que todas ellas gozan de indudable credibilidad científica en el ámbito de ésta:

- La capacidad resolutiva de los profesionales de la APS se concibe como la capacidad para satisfacer las demandas y las necesidades biopsicosociales de salud de la población, que se encuentran canalizados como encargos polivalentes y contextualizados.
- Para llevar a cabo una atención adecuada de las demandas de salud de la ciudadanía se requieren, por un lado, unas competencias profesionales que se concretan en el trabajo en equipo al compartir objetivos comunes y la comunicación –escucha activa, empatía y confianza– y, por otro lado, en el desarrollo de actividades de prevención y educación para conseguir mayores cotas de responsabilidad del usuario.
- Se advierten, no obstante, unos obstáculos, como son la priorización de la perspectiva cuantitativa de la medición de la capacidad resolutiva de la APS y la deficiencia de recursos, tanto humanos como de equipamientos, conjuntamente con la manifiesta falta de tiempo para ejercer la profesión sanitaria.

En este sentido, la utilidad del presente estudio apunta hacia la necesidad de espolear la investigación en el marco de cada uno de los equipos de APS, con proyectos que vertebran, si no a todos los profesionales, sí a buena parte del equipo, con la finalidad de generar conocimiento referido a las realidades cotidianas de la acción profesional.

Agradecimiento

Los autores agradecen la inestimable colaboración de los profesionales que accedieron a participar en el estudio y que representan a los centros de atención primaria siguientes: Camps Blancs, Badalona 5-Sant Roc, Vallcarca-Sant Gervasi, Salt (Girona), Sant Quirze del Vallès, El Prat de Llobregat, Badalona 4-El Gorg y Santa Eugènia de Berga.

Asimismo, agradecemos el apoyo recibido por los Dres. A. Martín Zurro, J. Jiménez Villa y A. Ponsà Asensio, miembros del proyecto MPAR.

Bibliografía

1. Figuerola M, González MJ, Ponsà A, Riera RM, Martín-Zurro A. Poder resolutiu i atenció primària. Factors limitants. Visions i aproximacions. Document de treball elaborat per l'MPAR5, 2003.
2. Caminal J, Martín-Zurro A, Grupo del Acuerdo de Bellaterra. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutiva del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005;36:456-61.
3. Ashworth P. The origins of qualitative psychology. En: Smith AJ, editor. *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London: Sage; 2003; p. 4-24.
4. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Paidós: Barcelona; 2003.
5. Baum F. Researching public health: beyond the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Sci Med*. 1995;49:459-68.
6. Steekler A, McLeroy KR, Goodman RM. Towards integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health Education Quarterly*. 1992;19:1-8.
7. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine: Chicago; 1967.
8. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2000.
9. Bisquerra R. Métodos de investigación educativa. Guía práctica. Barcelona: CEAC; 1989.
10. Denzin NK, Lincoln YS. Entering the field of qualitative research. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*. London: Sage; 1998. p. 1-34.
11. Pérez-Serrano G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. II. Técnicas y análisis de datos. Madrid: La Muralla; 1994.
12. Ruiz Olabuénaga JL. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
13. Barthes R. La aventura semiológica. Barcelona: Paidós; 1991.
14. Sarrado JJ, Clèries X, Ferrer M, Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿única alternativa? *Gac Sanit*. 2004;18:235-44.
15. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Med*. 1986;16:1-7.
16. Bass C, Bejamin S. The management of chronic somatisation. *Br J Psychiatry*. 1993;123:472-80.
17. Helman CG. *Culture, health and illness* (4th ed.). London: Hodder Arnold; 2000.
18. Fonnegra I. De cara a la muerte. Barcelona: Editorial Andrés Bello; 2001.
19. Vilardell M, Cabré A, García J, Jaurieta E, Laporte JR, López G, et al. Document Marc del Grup de Treball per a la Racionalització i el Finançament de la Despesa Sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005.
20. Stacey M. *The sociology of health and healing*. London: Unwin Hyman; 1998.
21. Gaminde I. Priorities in healthcare: a perspective from Spain. *Health Policy*. 1999;50:55-70.
22. Sánchez M, Pla M, Albertín P, Rodríguez M. El procés de socialització del personal mèdic intern resident: aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional. Barcelona: Monografies 10, IES; 2002.
23. Dalmases M. Anàlisi de l'exercici actual de la medicina des de la perspectiva de la societat i dels metges [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003.
24. Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalisation, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. *Med Care*. 1995;52:88-108.
25. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14:246-51.
26. Jiménez Villa J, Cutillas Castell S, Martín Zurro A. Evaluación de resultados en atención primaria. El proyecto MPAR5. *Aten Primaria*. 2000;25:123-8.