

ORIGINALES BREVES

Consenso para la atención a los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona en los centros de salud de la provincia de Cádiz

B. Lahoz Rallo^a, G. Moratalla Rodríguez^a, C. Lineros^b y C. Barros Rubio^a

Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria de Cádiz.

Objetivos. Consensuar la actuación en atención primaria sobre enfermedades transmisibles en usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona. Fomentar la coordinación interniveles. Conocer necesidades de profesionales de atención primaria.

Diseño. Estudio cualitativo basado en la técnica del grupo nominal.

Emplazamiento. Provincia de Cádiz, incluyendo distritos de atención primaria, hospitales del SAS y centros comarcales de drogodependencias.

Participantes. Setenta y seis profesionales: 2 médicos y un enfermero de cada centro de salud, seleccionados por experiencia y motivación; especialistas en medicina preventiva y medicina interna de hospitales con los criterios anteriores y conocimiento de la atención primaria; un médico de cada centro comarcal de drogodependencias, seleccionado por la Dirección Provincial de Drogodependencias.

Intervenciones. El estudio se desarrolló en dos fases: *a)* técnica de grupo nominal con grupos homogéneos por ámbito profesional, y *b)* grupo nominal modificado con grupos heterogéneos de profesionales de todos los ámbitos por áreas hospitalarias.

Mediciones y resultados principales. El conjunto de los consensos de las 4 áreas constituye el resultado final del trabajo, centrándose las actividades priorizadas en «captación y estudio de pacientes y contactos», «intervenciones educativas y de promoción de salud», «programa de inmunizaciones», «seguimiento del cumplimiento terapéutico» y «registro de actividades unificado».

Se consensuaron las necesidades para aplicar las intervenciones.

Conclusiones. Las técnicas de consenso son una herramienta útil para planificar actividades en atención primaria. Se puede alcanzar un alto grado de reproductibilidad seleccionando adecuadamente los participantes. La limitación en la capacidad para implantar algunas de las intervenciones consensuadas podría obviarse con participación de los usuarios e implicación de las autoridades sanitarias.

Palabras clave: Centro salud; Consenso; Metadona.

CONSENSUS FOR CARE OF METHADONE MAINTENANCE PROGRAMME USERS IN THE HEALTH CENTRES OF CÁDIZ PROVINCE

Objectives. To reach a consensus on primary care actions concerning transmissible illnesses in users of the methadone maintenance programme. To promote coordination between levels. To find the needs of primary care professionals.

Design. Qualitative study based on the nominal group technique.

Setting. Cádiz province, including primary care districts, NHS hospitals and county drug-dependency centres.

Participants. 76 health professionals: two doctors and a nurse from each health centre, selected for their experience and motivation; hospital specialists in preventive medicine and internal medicine also with experience and motivation, and with knowledge of primary care; a doctor from each county drug-dependency centre, chosen by the Provincial Drug-Dependency Management.

Interventions. The study had two phases: *a)* nominal group technique with homogeneous groups for each professional environment; *b)* modified nominal group with heterogeneous groups of professionals from all environments by hospital areas.

Measurements and main results. The final result of the study was the overall consensus in the four areas. The prioritised activities focused on «recruitment and study of patients and contacts», «educational and health promotion interventions», «immunisation programme», «monitoring therapy compliance», and «unified record of actions». What was needed to put into practice the interventions was agreed by consensus.

Conclusions. Consensus techniques are a useful tool for planning primary care activities. A high degree of reproducibility can be reached if the participants are properly selected. Restrictions in being able to introduce some of the agreed interventions could be avoided with user participation and involvement of the health authorities.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 417-421)

^aEspecialistas en Medicina de Familia y Comunitaria.

^bEducadora. Experta en Educación para la Salud. Delegación Provincial de Salud.

Correspondencia: Dra. Blanca Lahoz Rallo.

Unidad Docente Provincial de MFyC. Hospital Puerta del Mar.

Avda. Ana de Viya, 21, 9.^a planta. 11009 Cádiz.

Manuscrito aceptado para su publicación el 25-X-1999.

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un grave problema de salud pública. En Andalucía, en 1996, la provincia de Cádiz fue la más afectada, con 290 casos declarados del total de 990 declarados en la comunidad autónoma¹. Los datos más recientes (marzo de 1998)² sitúan a Cádiz en segundo lugar, con 150 casos (tasa de incidencia: 135,174 por millón de habitantes). Los usuarios de drogas por vía parenteral son los más afectados en nuestro ámbito³, confirmando recientemente una proporción del 82,5%, según datos de la Delegación Provincial de Salud.

En Andalucía se publica el Decreto n.^o 162 de 29 de mayo de 1990 adaptando nuestra normativa al Real Decreto 75/90 del Ministerio de Sanidad y Consumo de 19 de enero. Con ello se facilita la inclusión de los pacientes drogodependientes en programas de detección, control y tratamiento. A partir de entonces, se inicia la práctica de la dispensación de metadona en los centros comarcales de drogodependencias y posteriormente se descentraliza en los centros de salud esta dispensación.

En 1990 se difundieron en la provincia de Cádiz los programas de mantenimiento con metadona (PMM), con objetivos sanitarios y sociales. Al inicio de este proyecto la cobertura del programa era de 3.085 personas con 51 unidades de dispensación, la mayoría ubicadas en centros de atención primaria. El PMM se desarrolla en los centros comarcales de drogodependencias (CCD), siendo los centros de salud dispensadores de la medicación pero sin actividad asistencial. Los usuarios de este programa constituyen un colectivo de riesgo que acude diariamente a los cen-

tros de salud sin recibir una atención integral, especialmente respecto a enfermedades infecciosas. Asumir de forma programada la asistencia a estos pacientes es un reto de la atención primaria que podría tener además un impacto en la salud de toda la comunidad.

Este proyecto pretende facilitar este proceso partiendo de las recomendaciones de las fuentes de información científica y aplicando un método de consenso para obtener las pautas de actuación más factibles en atención primaria. La participación de los profesionales implicados constituye el punto clave, tanto en la priorización como en la posterior puesta en marcha de dichas actuaciones en este ámbito concreto. Los métodos de consenso proporcionan un medio de sintetizar la información y de tratar temas controvertidos, con el objetivo de determinar el nivel de acuerdo de un grupo⁴. De ellos, la técnica del grupo nominal facilita la producción de ideas y el acuerdo entre los participantes, siendo sencilla de realizar y con diversas aplicaciones en atención primaria⁵. Existen experiencias de su aplicación en este ámbito para la identificación de problemas y necesidades⁶ e indicadores de evaluación⁷. Los objetivos del proyecto fueron: consensuar unas pautas de actuación sobre enfermedades transmisibles en los usuarios del PMM en atención primaria; fomentar la coordinación de los profesionales de diferentes niveles implicados en la atención a dichos pacientes, y conocer las necesidades formativas y organizativas de los profesionales que faciliten el desarrollo de estas actividades.

Material y método

El proyecto se realizó en el área sanitaria de la provincia de Cádiz, incluyendo los distritos de atención primaria y hospitales del SAS, así como los centros comarciales de drogodependencias de la Diputación Provincial.

Participantes

Participaron 2 médicos y un enfermero (prioritariamente dispensadores de metadona) de cada uno de los centros de salud, seleccionados por los siguientes criterios: a) experiencia en la atención a estos pacientes; b) interés en el tema de estudio, y c) motivación por la coordinación de la atención con otros niveles asistenciales. De cada uno de los hospitales, un especialista en medicina preventiva y salud pública y un especialista en medicina inter-

na experto en enfermedades infecciosas. Se aplicaron los mismos criterios de selección, añadiéndole a éstos el conocimiento del funcionamiento de la atención primaria. Un médico de cada uno de los centros comarciales de drogodependencias seleccionados por la Dirección Provincial de drogodependencias. En conjunto, participaron 76 profesionales.

Diseño

Observacional, descriptivo, de corte transversal. Estudio cualitativo mediante la técnica del grupo nominal.

Recogida de información

El proyecto se desarrolló en dos fases, la primera mediante técnica de grupo nominal con grupos homogéneos en cuanto al ámbito profesional, y la segunda aplicando un grupo nominal modificado compuesto por grupos heterogéneos de profesionales de todos los ámbitos en cada área hospitalaria.

En la primera fase participaron grupos homogéneos: un grupo hospitalario con 10 participantes; un grupo de centros de drogodependencias con 6 participantes, y 6 grupos de atención primaria con un número de participantes de 6-12. Previamente a la reunión recibieron bibliografía relativa a la metodología de esta investigación⁸⁻¹³, además de recomendaciones sobre las actuaciones clínicas y preventivas en las principales enfermedades infecciosas que afectan a los pacientes incluidos en PMM.

Se empleó la técnica del grupo nominal, y la pregunta eje de la investigación, previamente pilotada, fue: *¿qué actividades se pueden realizar en el centro de salud para mejorar la atención de las personas atendidas en el PMM en relación con los procesos infecciosos?* En esta primera fase se obtuvo un consenso por cada grupo de trabajo con actividades priorizadas siguiendo criterios de factibilidad, magnitud y gravedad. El objetivo de esta primera fase era adaptar las recomendaciones de la literatura científica con criterios de factibilidad para su aplicación en atención primaria.

En la segunda fase se formaron 4 grupos de trabajo, uno por cada área de salud, en los que estaban representados los tres niveles participantes. Los integrantes de estos grupos se autoseleccionaron en la primera fase. Se aplicó una técnica de grupo nominal modificada, partiendo de los consensos generados en la fase anterior, priorizando las actividades que cumplían los siguientes criterios: ser una actividad concreta, factible en un centro de salud, referida a enfermedades infecciosas y susceptible de realizarse de forma protocolizada. Finalmente se utilizó la técnica de «tormenta de ideas» con objeto de recoger necesidades de los profesionales para desarrollar dichas actividades.

Los consensos y necesidades de los profesionales fueron utilizados por los autores

para elaborar una propuesta de actuación integral en atención primaria, que es el resultado final de este trabajo. En la primera fase los profesionales participantes aportaron numerosas sugerencias metodológicas que, aunque no respondían a la pregunta de la investigación, son de gran interés en cuanto a las posibilidades de aplicación en los diferentes centros de las intervenciones obtenidas en el análisis de los resultados.

Resultados

El consenso de los profesionales en la segunda fase de investigación, y las necesidades que estos profesionales identificaron para el desarrollo de las pautas de actuación priorizadas, se presentan en la tabla 1.

En la tabla 2 se han homogeneizado los resultados de los consensos de las 4 áreas que se muestran en la tabla 1, con la finalidad de presentar una propuesta útil, con las pautas de actuación frente a las enfermedades infecciosas de los usuarios del PMM en atención primaria.

Finalmente, en la tabla 3 se refleja una propuesta de organización que facilite el desarrollo de las actuaciones consideradas factibles por los profesionales. Destacamos la necesidad expresada por los profesionales de que las instituciones sanitarias contemplen el desarrollo prioritario de estas actividades en el marco de un programa de salud, como condición necesaria para la puesta en práctica de estas actuaciones en los centros de salud de manera generalizada.

Discusión

En los consensos obtenidos en el proyecto mediante los grupos homogéneos, destaca el grado de acuerdo existente entre los profesionales de los distintos ámbitos. En ello se refleja que los profesionales tienen muy clara la perspectiva integral, integrada y comunitaria de la atención primaria, llamando la atención esta perspectiva en los profesionales del ámbito hospitalario. Los profesionales son conscientes de las actividades que deben realizarse con estos pacientes en el centro de salud, destacando la discrepancia entre esta perspectiva y su práctica real, lo que explicaría muchas de las sugerencias aportadas.

En los grupos heterogéneos, resultaron consensuadas las ideas que respondían mejor a la pregunta de la in-

TABLA 1. Resultados del consenso durante la segunda fase de la investigación para mejorar la atención a los usuarios del Programa del Mantenimiento con Metadona

Actividades priorizadas		Zona 2	Zona 3	Zona 4
Zona 1				
1. Captación del paciente y sus convivientes para Atención Sanitaria – Captación al programa de VIH-sida desde el punto de dispensación – Captación y estudio de la pareja sexual – Captación e información a familiares	1. Definir la situación del sujeto en cuanto a enfermedades infecciosas: VIH, hepatitis, TBC y ETS. Definir el volumen de pacientes y sus problemas de salud para delimitar el volumen de recursos necesarios. Censo de población infectada, recursos y funciones. Infectados por VIH como objetivo final. Lograr la captación del sujeto y sus contactos para el sistema sanitario	1. Educación para la salud y promoción de la salud a pacientes, familiares y a la comunidad Facilitar medios: kit saludable. Control de las prostitutas incluidas en el programa de metadona	1. Educación para la salud en aspectos como drogadicción, VIH, TBC y ETS. Consejo asistido sistemático. Disminución de actividades de riesgo, promoción y prácticas saludables. Facilitar medios (kit saludable). Duración para la salud a la familia y población general sobre VIH. Centro de salud como foco de educación para la salud de la comunidad	
2. Educación para la salud y promoción de salud a los pacientes, familiares y a la comunidad – Facilitar medios: kit saludable – Control de las prostitutas incluidas en el programa de metadona	2. Elaborar una ficha unificada común para evitar duplicar información (algo como una cartilla de crónicos)	2. Definir la situación clínica del sujeto en cuanto a enfermedades infecciosas: VIH, hepatitis, TBC y ETS		
3. Estudio de la situación clínica de los usuarios del programa en cuanto a los procesos infecciosos	3. Ofertar programa de vacunaciones para el sujeto y convivientes: hepatitis, tétanos y neumococo	3. Ofertar programa de vacunaciones para el sujeto y convivientes: hepatitis, tétanos y neumococo		
4. Ofertar programa de vacunaciones para el sujeto y convivientes	4. Organizar una consulta de metadona en los centros de salud: dispensarización	4. Mejorar la cumplimentación de los tratamientos. Dar la medicación en el punto de dispensación (incluido retrovir). Formación de los dispensadores.		
5. Mejorar la cumplimentación de los tratamientos. Dar medicación en el punto de dispensación. Formación de los dispensadores	5. Conocer el funcionamiento del PMM en cada paciente	5. Historia clínica protocolizada con búsqueda activa de casos y estudio de convivientes y contactos		
6. Implantar un sistema de registro portátil que incluya los protocolos de las actividades a realizar. Protocolizar todas las pruebas complementarias a realizar y mantener un buen sistema de registro de la información.	6. Educación para la salud en aspectos como drogadicción, VIH, TBC y ETS. Consejo asistido sistemático. Disminución de actividades de riesgo. Promoción de prácticas saludables. Facilitar medios: kit saludable, preservativos a demanda. Captación e información a familiares y población general. Formar grupos para informar y establecer vínculos paciente-terapeuta. Centro de salud como foco de educación para la salud de la comunidad	6. Incluir en el contrato terapéutico del Programa de Mantenimiento con Metadona el compromiso de seguimiento sanitario		
	7. Hacer un seguimiento y favorecer la mejora de la cumplimentación de tratamientos. Conocimiento y formación de dispensadores de fármacos de los efectos iatrogénos de los fármacos que manejan. Dar la medicación en el punto de dispensación de metadona (incluido retrovir)			
Necesidades identificadas				
Zona 1		Zona 2	Zona 3	Zona 4
1. Motivación y formación del equipo. Adecuar los recursos humanos a la demanda. Aumentar el número de consultas programadas a estos pacientes, de forma flexible en cuanto a horario. Reservar parte del horario semanal para el <i>counselling</i> y captación de parejas sexuales. Disposición de tiempo para los médicos y el referente del programa	1. Formación al personal sanitario en general (no están motivados porque no saben) en aspectos como: consejo asistido, programa de metadona, enfermedades infecciosas.	1. Identificar responsabilidades y funciones de los centros de salud y de los CCD en la atención al paciente subsidiario de tratamiento con metadona (comisiones de seguimiento). Protocolizar la asistencia y seguimiento. Ubicación adecuada	1. Formación de los profesionales médicos y enfermeros que van a poner en práctica el programa «salud y drogodependencia» y tiempo liberado para ello	
2. Mejorar la accesibilidad al Programa de Mantenimiento con Metadona, informando a pacientes y familiares. Unificar el punto de dispensación de metadona y un punto de administración de medicamentos y vacunas. Definir las funciones de enfermería en el punto de dispensación. Elaborar un documento de consejo asistido para la consulta dispensadora. Definir estrategias de captación de estos pacientes. Establecer un contrato terapéutico para mejorar la captación del paciente para estudio.	2. Disponibilidad de medicación (para los más desfavorecidos)	2. Formación (para perder el miedo entre otras cosas). Medios humanos y de tiempo. Coordinación real. Recursos materiales. Voluntad	2. Coordinación a nivel provincial de los temas sanitarios y que el CCD que actualmente depende de diputación pase a ser competencia del SAS	
3. Favorecer la realización de educación para la salud a los pacientes utilizando los medios y circuitos habituales. Creación de puntos de información con entrega de kit saludable (preservativos)	3. Espacio físico adecuado para la atención de dichos pacientes	3. Recursos humanos implicados y formados. Correcta evaluación de necesidades de recursos (vacunas, medicaciones, kits, preservativos, folleto...). Adecuación de volumen de enfermos en Programa de Mantenimiento con Metadona y tiempo de dedicación en los puntos de dispensación. Voluntad «política sanitaria» «Mirar económicamente el programa» (alta rentabilidad coste-beneficio)	3. Unificación de registros e intercambio de información entre CCD hospital y atención primaria	
4. Elaboración de un programa claramente diseñado. Difusión del programa entre los profesionales y formación de éstos para llevarlo a cabo. Definición clara de las funciones de los profesionales para desarrollar el programa. Facilitar reuniones para la evaluación del programa	4. Aumentar los recursos humanos. Mayor disponibilidad de tiempo. Aumentar el tiempo de dispensación de metadona	4. Referentes médicos y de enfermería, centralizando en ellos la atención	4. Solicitar mayor apoyo comunitario (centros cívicos y otras dependencias del municipio) para terapia ocupacional	
5. Elaborar un sistema de registro para realizar la evaluación y captación de pérdidas. Utilizar la historia clínica como base del sistema de registro	5. Recursos de organización: incluir la atención a la drogadicción en el SAS		5. Mayor coordinación con los equipos de salud mental, algo así como una psiquiatría de enlace	
6. Coordinación con otros niveles asistenciales e instituciones sociales. Crear la figura del referente que esté en contacto con pacientes, médicos de AP, CCD y hospital, y que lleve reuniones periódicas con CCD y hospital. Coordinación del referente y médicos de AP para mejorar el seguimiento del paciente. Unificación de criterios de todos los médicos de AP y con CCD y hospital	6. Referentes médicos y de enfermería, centralizando en ellos la atención			

TABLA 2. Propuesta de actuación en atención primaria para el manejo de las enfermedades infecciosas en los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona

1. Actividades de captación desde el punto de dispensación
Inclusión de los usuarios del PMM seropositivos al VIH en programas de VIH-sida del centro de salud
Captación y estudio de contactos (familiares convivientes y pareja sexual) por el médico de familia
Realizar estudio clínico inicial del estado del paciente en cuanto a infección VIH, hepatitis, TBC y ETS
Captar para inmunizaciones al paciente y convivientes. Administración de vacunas en el punto de dispensación
2. Actividades preventivas y de promoción de la salud
Facilitar materiales preventivos, como por ejemplo preservativos
Educación para la salud: individualmente, dar consejo asistido sistemático, y grupalmente, trabajar con pacientes y convivientes
Seguimiento del correcto programa de inmunizaciones
Prevención de TBC: quimioprofilaxis primaria y secundaria, tanto de usuarios del programa como contactos
3. Manejo clínico
Mejorar el cumplimiento de las pautas de tratamiento
Seguimiento de: quimioprofilaxis de TBC; quimioprofilaxis de infecciones oportunistas en el sida; tratamiento de la infección VIH; tratamiento de la TBC
Administración medicación en el punto de dispensación: antituberculosos y fármacos para la infección VIH
Seguimiento de la evolución de los pacientes mediante protocolos clínicos

TABLA 3. Propuestas de organización para el desarrollo de las actuaciones en atención primaria

1. Formación
Conseguir la formación de la mayor parte del personal sanitario para garantizar una atención integral e integrada
Especificamente, formación de los profesionales que atienden el punto de dispensación, especialmente en actividades de farmacovigilancia y prevención y promoción de la salud
2. Dotar al punto de dispensación de capacidad de gestión clínica, mediante:
Definición de sus funciones
Unificación de la dispensación de metadona con la administración de medicamentos, vacunas y consejos de prevención y promoción de salud
Definición del proceso asistencial a seguir desde el momento de la captación
3. Elaborar un programa de actividades a realizar por medicina de familia y enfermería
4. Incluir un registro en la historia clínica (idealmente integrado en aplicaciones informáticas) que recoja todas las actividades que se deben hacer de manera programada. Valorar el diseño de una cartilla de salud portátil, similar a la de embarazo, mientras no se disponga de historia informatizada accesible desde los distintos niveles asistenciales
5. Designar un coordinador del programa en cada centro de salud

vestigación, lo que nos sugiere que la metodología empleada, en dos fases, aumenta la validez de los resultados. En cuanto a las necesidades expresadas por los profesionales para poner en práctica las actividades consensuadas, destacamos tres aspectos: formación de los profesionales; coordinación entre todos los niveles asistenciales, y existencia de un marco institucional que sirva de apoyo para el desarrollo de un programa, al igual que el resto de programas de salud comunitarios aplicados en los centros de atención primaria en Andalucía.

En las sugerencias metodológicas destacaríamos la ambivalencia entre una atención integral y una atención dispensarizada, relacionada esta última con la existencia de un punto de

dispensación. Se expresa la sugerencia de que exista un contrato terapéutico en el programa de metadona, facilitando no sólo la dispensación sino la captación para una adecuada atención sanitaria. Por último, es muy atractiva la sugerencia de crear un sistema de registro portátil que incluyera la guía de actuaciones para que los profesionales pudieran realizar una atención continuada, coordinada e integral de estos pacientes. En cuanto a las limitaciones de la metodología utilizada, encontramos en primer lugar los criterios de selección de participantes, con los que tratamos de elegir personas con formación y motivación en el ámbito de investigación, pero que dudamos que en muchos casos tengan capacidad para implantar las decisiones finales

del consenso. Por otra parte, la ausencia de criterios universales en la definición del grado de acuerdo con que se alcanza el consenso nos ha condicionado a definir nuestro propio estándar, lo que podría afectar a la fiabilidad del estudio¹⁴.

La técnica del grupo nominal ha sido utilizada en diversas ocasiones en el ámbito sanitario. Al igual que en nuestro caso, hay otros autores que valoran la importancia de seleccionar expertos¹⁵. Las técnicas de consenso se han empleado en otros estudios en atención primaria, para la priorización de problemas de salud y selección de criterios de calidad^{16,17}. El objetivo de nuestro trabajo ha sido compartido por otros autores que han utilizado el grupo nominal para la elaboración de guías de segui-

miento clínico, tanto en problemas menores, caso de sinusitis aguda y dispesia¹⁸, como en otros más graves, caso de esclerosis sistémica¹⁹. En el primero de estos 2 estudios se compara el grado de consenso obtenido por 3 grupos de expertos en el seguimiento de las patologías estudiadas encontrando un alto grado de reproducibilidad, al igual que hallamos nosotros en nuestra investigación. En nuestro proyecto hemos aplicado una técnica que se podría considerar la más cuantitativa entre las cualitativas, por ser la idónea para obtener un consenso. Sin embargo, consideramos que para profundizar en el tema se podrían utilizar técnicas que complementaran la información, como son los grupos de discusión o grupos focales. Aunque no era un objetivo de nuestro proyecto, sería muy interesante considerar la perspectiva de los usuarios del Programa de Metadona respecto a las intervenciones propuestas por los profesionales, lo que facilitaría la adhesión. También nos parece interesante profundizar en el conocimiento de las necesidades de estos usuarios.

Agradecimientos

Agradecemos la participación de los profesionales de los siguientes centros: Centros de salud: C.S. La Merced (Cádiz), C.S. El Olivillo (Cádiz), C.S. San Fernando (Cádiz), C.S. Pinillo Chico (Bahía), C.S. Puerto Real (Bahía), C.S. San Telmo (Jerez), C.S. La Granja (Jerez), C.S. La Velada (Algeciras-La Línea), C.S. San Roque (Algeciras-La Línea), C.S. Algeciras Norte (Algeciras-La Línea), C.S. Los Barrios (Algeciras-La Línea), C.S. Sanlúcar Barrio Bajo (Sanlúcar), C.S. Chipiona (Sanlúcar), C.S. Villamartín (Sierra), C.S. Arcos (Sierra), C.S. Ubrique (Sierra) y C.S. Olvera (Sierra). Hospitales: Hospital Puerta del Mar (Cádiz), Hospital de Puerto Real, Hospital de Jerez, Hospital de Algeciras y Hospital de La Línea. Centros comarciales de drogodependencias: C.C.D. Cádiz y C.C.D. San Fernando; C.C.D. Puerto Real, C.C.D. Jerez, C.C.D. Sanlúcar, C.C.D. Algeciras y C.C.D. Sierra.

Bibliografía

1. Junta de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Anuario Estadístico de Andalucía. Sevilla: IEA, 1997.
2. Registro Nacional de Sida. Informe trimestral número 1 de 1998 sobre la vigilancia del sida en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
3. Aguado Taberné C, Martínez de la Iglesia J, Espejo Espejo J, Yun Casalilla A, Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R. Situación clínica, conocimientos y conductas de riesgo en pacientes infectados por el VIH atendidos en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 3: 207-210.
4. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995; 311: 376-380.
5. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The nominal group technique: a research tool for general practice? Family Practice 1993; 10: 76-81.
6. Martínez de la Iglesia J, Fonseca del Pozo J, Péruela de Torres LA, Ruiz Moral R. Identificación de problemas y necesidades de salud: descripción de una experiencia participativa en atención primaria. Gaceta Sanitaria 1994; 41: 71-78.
7. Frias Osuna A, Palomino Moral PA, Pulido Soto A, Sillero Arenas I, Fernández Doménech I, Rodríguez Cobo D. Programa de vacunaciones de Andalucía: identificación de indicadores de evaluación en el marco de garantía de calidad. Gaceta Sanitaria 1994; 42: 133-138.
8. Chamorro J, Valpuesta Y, Eirós JM, Moreno L, González I, Martín C et al. Actitud del personal sanitario de atención primaria ante la infección VIH. Resultados de una encuesta. Aten Primaria 1994; 9: 484-486.
9. Sastre de la Fuente R, Domínguez Navarro A, García Boró S, Martínez Marcos M, Vega López L, Blanco Alfonso A. Opinión de los profesionales de atención primaria sobre la atención a personas VIH/sida. MEDIFAM 1995; 5: 22-28.
10. Llovera Serentil A, Casabella Abril B, Pérez Sánchez J, Carrillo Muñoz R, Vía Vidal M, García Ortega D. Elaboración de una prueba para evaluar conocimientos y actitudes sobre la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en profesionales de atención primaria de salud. Aten Primaria 1996; 17: 564-569.
11. Rodés A, Aguilera R, Blach C, Casabona J. Evaluación de una hoja informativa sobre la infección por VIH/sida dirigida a los profesionales de atención primaria de Cataluña. Aten Primaria 1996; 17: 4-10.
12. Velarde Mayol C, Peinó Andión J, Gómez de Caso Canto JA. Programa de mantenimiento con metadona en heroínomanos por vía intravenosa. ¿Qué información tienen los médicos de atención primaria? Aten Primaria 1996; 17: 581-584.
13. Suárez Lozano I, Cabanillas Escobar F, Moraga Jiménez F, Pérez Infantes CM, Villegas Cárdenas N, López Medel R. Modelo de atención y coordinación entre atención primaria y asistencia hospitalaria para la atención a recientes infectados por VIH. Sesiones para la Salud 1995; 4-11.
14. Peiró Moreno S, Portella Argelaguet E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los acuerdos de consenso en los servicios de salud. Gac Sanit 1993; 7: 294-300.
15. Juncosa S, Ledesma A, Carvajal JA. Calidad del tratamiento antibiótico en la atención primaria de la comarca de Osona (Barcelona). Med Clin (Barc) 1994; 103: 252-257.
16. Pascual López L, Uris Selles J, Alfonso Doménech MD, Sanmartín Sanmartín D, Sanz Sanz J, Campos Malo C. La reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en atención primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. Aten Primaria 1995; 15: 421-425.
17. Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Fonseca Miranda Y. ¿Es adecuada la atención médica en los casos de resfriado común? Resultados de una evaluación en ocho centros de salud. Med Clin (Barc) 1995; 104: 521-525.
18. Pearson S, Margolis C, Davis S, Schreier L, Sokol N, Gottlieb L. Is consensus reproducible? A study of an algorithmic guidelines development process. Medical Care 1995; 33: 643-660.
19. White B, Bauer E, Goldsmith L, Hochberg M, Katz L, Korn J et al. Guidelines for clinical trials in systemic sclerosis (scleroderma). Arthritis and Rheumatism 1995; 38: 351-360.