

ORIGINALES BREVES

Profesionales y gestores ante la formación

J.C. March Cerdà, M.A. Prieto, P. Gutiérrez, G. Carmona y Equipo de Evaluación del PSMI

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Objetivos. Analizar la formación continuada en los equipos de atención primaria (EAP) desde la perspectiva de los gestores.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. El Programa de Salud Materno-infantil de Andalucía (PSMI) en atención primaria.

Intervención. Las opiniones de los profesionales de centros de salud se han obtenido a través de 8 grupos. Se utilizaron como criterios de segmentación el tipo de zona básica de salud, y el número de años de funcionamiento. Las opiniones de los directores de distrito se han recogido a través de un cuestionario autoadministrado a todos los directores de la comunidad autónoma.

Mediciones y resultados principales. Los profesionales creen que es necesario mantenerse al día y formarse en nuevas tecnologías. Opinan que las actividades de formación deberían centrarse en aspectos como evaluación de programas, enfoque de riesgo, consejo y comunicación y algunas técnicas como inserción de DIU. Tanto directivos como profesionales coinciden al reconocer la influencia de la formación en el desarrollo de los servicios materno-infantiles. Existe consenso entre los profesionales al afirmar que la formación aumenta la calidad de la atención que se presta. El acceso a la formación ha sido el principal elemento incentivador utilizado por la mayoría de los directores de distrito y uno de los más valorados por los profesionales. Afirman los profesionales que en los últimos años existen dificultades para formarse en «actos científicos» fuera de los distritos. Muchos profesionales manifiestan que las ayudas económicas de la industria farmacéutica para cursos provocan desigualdades en el acceso a la formación entre médicos y enfermeras. La opinión de los profesionales es muy crítica respecto a la formación conjunta con especializada.

Conclusiones. Los profesionales se consideran suficientemente formados para el trabajo en salud materno-infantil. En general, se reconoce que los médicos de familia están mejor formados para trabajar en los programas de salud que el resto de profesionales de los centros. La formación continuada se valora de forma muy positiva, tanto por parte de los profesionales como de los directivos, al ser vista como un elemento motivador y ser considerada una actividad casi exclusiva de los centros de salud.

Palabras clave: Formación. Opinión. Profesionales. Gestores.

ATTITUDES OF PROFESSIONALS AND MANAGERS TO TRAINING

Objectives. To analyse ongoing education within primary care teams from managers' perspective.

Design. Cross-sectional descriptive study.

Setting. The Mother-Infant Health Programme of Andalusia in primary care.

Intervention. The views of health centre professionals were obtained through 8 groups. The type of health district and the number of years in operation were used as criteria for division. The views of the area managers were collected through a self-filled questionnaire from all the managers in the autonomous community.

Measurements and main results. Professionals believed it necessary to keep up to date and train in new technology. They thought that training activities should focus on questions such as evaluation of programmes, focus of risk, counselling and communication, and certain techniques such as IUD insertion. Both managers and professionals coincided in recognising the effect of training on the development of mother-child services. There was consensus among professionals in affirming that training increases the quality of care delivered. Access to training was the main incentive element used by most area managers and one of those most highly valued by professionals. The professionals affirmed that in recent years there had been obstacles to their education by attending scientific events outside their areas. Many professionals stated that the economic assistance of the pharmaceutical industry for courses caused inequalities between doctors and nurses in access to training. Professionals were very critical of training combined with specialist training.

Conclusions. Professionals think they have sufficient training for mother-child health care. It is generally recognised that family doctors are better trained for working on health programmes than other professionals at the centres. Ongoing training was rated very highly by both professionals and directors, as it was seen as a motivating element and thought to be an activity almost solely carried out at health centres.

Key words: Training. Views. Professionals. Managers.

(Aten Primaria 2001; 27: 172-177)

Estos resultados forman parte del proyecto de Evaluación del Programa de Salud Materno-infantil en Andalucía, realizado por la Escuela de Salud Pública y financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia: Joan Carles March.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario. Apartado de Correos, 2.070. 18080 Granada.

Introducción

En 1984 la Organización Mundial de la Salud definió su política de «Salud para todos en el año 2000», entre cuyos objetivos destaca el que aborda el desarrollo de los recursos humanos, resaltando el papel de la formación del personal de salud¹. Además plantea la necesidad de que los profesionales sanitarios adquieran las habilidades y herramientas que les permitan identificar y analizar los principales factores que influyen en la salud, monitorizar el impacto sobre la salud del entorno y adecuar el uso de los sistemas de información y de las tecnologías, para poder incrementar la salud de la población¹.

En el ámbito de la atención primaria, se considera la formación continuada de los profesionales como uno de los elementos fundamentales para garantizar un nivel de calidad adecuado y como uno de los aspectos básicos que caracterizan la práctica profesional^{2,3}. Así, en los centros de salud existe, en teoría, un tiempo reglado, dentro de la jornada laboral, para la formación en actividades profesionales emprendidas por los mismos profesionales para mejorar y mantener su competencia⁴.

En opinión de algunos autores, la formación continuada en atención primaria ha mejorado con la creación de los centros de salud⁵, ya que un 62-85% de los centros de salud tienen programa de formación continuada^{6,7}.

El 87% de los profesionales de centros de salud⁸ opina que necesitan formación continuada y consideran que la calidad de la atención al paciente depende de ella.

Un 73% considera que dicha formación debe ser obligatoria y parte del ejercicio profesional habitual, e incluso que es un componente imprescindible del modelo de asistencia primaria basado en los equipos⁹. Por otra parte, la importancia que los profesionales conceden a las sesiones clínicas, como elemento favorecedor del aprendizaje, presenta diferencias de opinión entre los profesionales de atención primaria.

Actualmente la formación forma parte de los objetivos estratégicos de los servicios sanitarios¹⁰, con el fin de facilitar la mejora de la gestión de los recursos humanos^{11,12}.

El Programa de Salud Materno-infantil de Andalucía (PSMI), puesto en marcha en 1984¹³⁻¹⁶, ha servido de base para analizar la formación continuada en atención primaria en Andalucía.

Ante ello, nos planteamos analizar la formación continuada en los EAP desde la perspectiva de los gestores y de los profesionales: describir las fortalezas y debilidades que ambos actores identifican y estudiar la posible influencia de la formación continuada sobre el desarrollo del PSMI.

Material y métodos

Estudio descriptivo en el que se ha utilizado metodología cuantitativa y cualitativa para la recogida y análisis de la información.

Las opiniones de los directores se han recogido a través de un cuestionario autoadministrado a los 51 directores de distrito de Andalucía. En él se valoraban diferentes aspectos sobre el PSMI, entre los que figuraba la formación de los profesionales. El cuestionario utiliza escalas tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. El cuestionario se envió por correo y se recogió de la misma forma. A las 2 semanas de su envío se realizó un recordatorio por teléfono.

Para detectar diferencias en la opinión de los directores, según sus características personales o de los distritos, se han realizado test de Mann-Whitney para

TABLA 1. Distribución de participantes de los grupos focales

	Provincia	ZBS	Años de funcionamiento	Número de participantes
Grupo 1	Almería	Rural	3-8 años	13
Grupo 2	Cádiz	Mixta	3-8 años	12
Grupo 3	Córdoba	Mixta	< 3 años	12
Grupo 4	Granada	Urbana	> 8 años	9
Grupo 5	Huelva	Rural	> 8 años	7
Grupo 6	Jaén	Rural	> 8 años	13
Grupo 7	Málaga	Mixta	3-8 años	12
Grupo 8	Sevilla	Urbana	> 8 años	12

ZBS: zona básica de salud.

TABLA 2. Guión de la entrevista de grupo focal

Necesidades de formación (nivel de formación, opiniones sobre las actividades de formación, nuevas necesidades...)
Actitud hacia la formación
Influencia de la formación de los profesionales en el PSMI
Beneficios de la formación de los profesionales en el desarrollo del PSMI
Valoración de la formación continuada (puntos fuertes y débiles)
Formación continuada entre primaria y hospitales

TABLA 3. Análisis de contenido de la transcripción de los discursos de los grupos focales

1. Lectura completa de la transcripción de cada grupo
2. Identificación de los fragmentos del texto que hacen referencia a cualquier aspecto relacionado con la formación
3. Análisis de las opiniones de los profesionales, incluyéndolas en una matriz de puntos fuertes y puntos débiles
4. Se señalan las opiniones en las que existen discrepancias entre los participantes de los grupos
5. Se identifican y se rechazan aquellas opiniones que no se corresponden con la experiencia personal de los participantes, para minimizar la influencia de los estereotipos e ideas preconcebidas en las opiniones manifestadas
6. Este proceso se repite independientemente por diferentes analizadores (2 profesionales de atención primaria y 2 profesores de salud pública) en un proceso de triangulación

los casos en los que la variable de agrupación era dicotómica y test de Kruskal-Wallis cuando la variable de agrupación tenía más de dos categorías. En ambos tests se estableció un nivel de confianza del 95%.

Las opiniones de los profesionales de centros de salud se han obtenido a través de la técnica de grupo focal. Se han realizado un total de 8 grupos focales, en los que han participado 91 profesionales, médicos generales, médicos de familia, pediatras, matronas y enfermeras de centros de salud de la comunidad autónoma andaluza (tabla 1).

Se utilizaron como criterios de segmentación de los grupos focales el tipo

de zona básica de salud (ZBS) (rural y urbana) y el número de años de funcionamiento (< de 3 años, 3-8 años y > 8 años). Además se tuvo en cuenta realizar un grupo focal como mínimo por provincia. En la tabla 2 vemos el guión de la entrevista de los grupos.

A partir de estos criterios de segmentación se eligieron, por un procedimiento aleatorio, las ZBS que participaron en el estudio (8 ZBS). Una vez elegida la ZBS, se invitó a participar en el grupo focal a todos los profesionales de ésta que en el momento de realizar el estudio estaban desarrollando actividades del PSMI. Si el número de profesionales superaba los 14 (límite de participantes

en un grupo focal), se elegían los participantes también de forma aleatoria (manteniendo al pediatra y la matrona).

Las entrevistas grupales fueron grabadas en cinta magnetofónica con la autorización de los participantes y después transcritas por personal experto. La duración promedio de los grupos fue de 90 minutos. El análisis de contenido de las transcripciones de los discursos de los grupos focales se ha realizado siguiendo el método descrito en la tabla 3. Todo el trabajo de campo se realizó entre julio de 1994 y febrero de 1995.

Resultados

La tasa de respuesta de los directores al cuestionario fue del 77%. No se encontraron diferencias significativas entre el perfil de los respondedores y no respondedores.

Además, no se encuentran diferencias significativas en la opinión de los directores de distrito en ninguna variable que pudiesen estar motivadas por edad, sexo, experiencia previa o años en el puesto actual o por las características de los distritos que gestionan (provincia, hábitat, grado de reconversión, años de funcionamiento o grado de consecución de los objetivos fijados por los servicios centrales).

Necesidades de formación

En general, los profesionales se consideran suficientemente formados para el trabajo en salud maternoinfantil, a pesar de las diferencias en la formación previa entre ellos. Sin embargo, creen que es necesario mantenerse al día y formarse en nuevas tecnologías (técnicas y relacionales). Argumentan que los problemas y necesidades de salud de las madres y de los niños en estos 10 años han cambiado y que para dar respuestas eficaces es necesario seguir formándose. Se percibe un gran interés por los profesionales.

«Tú ahora mismo dices [...] quién quiere ir al curso, la gente te atro-

PELLA, porque normalmente en primaria está la gente muy motivada para la formación.» (Grupo focal 2.) Opinan que las actividades de formación, en los programas maternoinfantiles, deberían centrarse en aspectos como evaluación de programas, enfoque de riesgo, consejo y comunicación (entrevista clínica), trabajo con grupos, intervenciones comunitarias, trabajo con los medios de comunicación, informática y algunas técnicas como inserción de DIU y análisis de citologías. En los EAP nuevos, aparece la necesidad de formarse, sobre todo en programas de salud, y manifiestan que desearían hacerlo en centros con más tiempo de funcionamiento.

«Y llevamos años solicitando un curso para poner los DIU...» (Grupo focal 2.)

También surge en muchos grupos, por parte de los médicos generales y de las enfermeras, la necesidad de reciclarse en salud infantil y problemas pediátricos por las dificultades que surgen en las guardias en las que no está el pediatra.

Actitud hacia la formación

Existe una actitud positiva hacia la formación. Para todos, los conocimientos en relación con ciertos temas o técnicas novedosas son elementos que aumentan el prestigio respecto al grupo. Para el personal interino, la formación tiene además el aliciente de mejorar el currículo de cara a unas oposiciones.

Entre los profesionales con una trayectoria más amplia en los centros de salud, la formación les da estatus respecto al resto, y les mantiene como referentes. Para los profesionales con menos experiencia, la formación les acerca a los que consideran de prestigio. En general, se reconoce que los médicos de familia están mejor formados para trabajar en los programas de salud que el resto de profesionales.

Influencia de la formación de los profesionales en el PSMI

Tanto directivos como profesionales coinciden al reconocer la influencia de la formación en el desarrollo y en la garantía de la calidad de los servicios maternoinfantiles.

En opinión del 74,5% de los directores de distrito frente a un 8,5% que opina lo contrario, la formación previa de los profesionales es determinante para su participación en el PSMI y es la variable que mejor explica ésta. Constituye una de las razones que se barajan para justificar el desarrollo de los programas dispensarizados frente a integrados en los centros de salud. Esta opinión es más frecuente en los distritos con un porcentaje de reconversión superior al 80%.

Beneficios de la formación de los profesionales en el desarrollo del PSMI

Existe consenso entre los profesionales al afirmar que la formación proporciona seguridad, aumenta la calidad de la atención que se presta y es un importante elemento motivador. Así, el acceso a la formación ha sido el principal elemento incentivador utilizado por la mayoría de los directores y uno de los más valorados por los profesionales.

«Es que cuando tú estás muy seguro de lo que estás haciendo porque estás suficientemente formado trabajas mucho más a gusto.» (Grupo focal 2.)

Un 63% de los directores de distrito considera que la formación modifica actitudes de inseguridad y de falta de capacitación de los profesionales para desarrollar actividades del PSMI.

La formación continuada como señal de identidad del modelo reformado

La formación continuada se valora de forma muy positiva y se considera una actividad casi exclusi-

va de los centros de salud y una fortaleza del modelo reformado. Al mismo tiempo, se percibe muchas veces como la única oportunidad para formarse.

«De cualquier forma, la formación que ahora funciona es la que se hace dentro de horario del centro con los profesionales y con alguien que viene del segundo o tercer nivel.» (Grupo focal 8.)

«Luego hay el Programa de Formación Continuada en cada centro y un punto que se aborda casi siempre es lo relacionado con “materno”, son charlas que tenemos.» (Grupo focal 6.)

Sin embargo, muchos EAP se lamentan de que esta actividad está poco desarrollada porque las reuniones de equipo de tipo organizativo y la presión asistencial no permiten, a veces, la participación de los profesionales en las sesiones de formación continuada. Este hecho parece más evidente en las zonas con dispersión de módulos de atención, al haber una gran variabilidad entre centros en el desarrollo de la formación continuada.

Puntos débiles de la formación continuada en atención primaria

Afirman los profesionales que en los últimos años existen dificultades para formarse en cursos y reuniones científicas fuera de los distritos, debido en su opinión a los recortes presupuestarios y a la política de personal que restringe las sustituciones.

«El principio de los centros de salud era potenciar la formación de los profesionales, y ahora cada vez hay menos recursos humanos porque cada vez tenemos más población adscrita, menos tiempo, más cobertura en los programas y menos posibilidades de formación.» (Grupo focal 8.)

«Formación hubo, pero a partir de 1987 me he formado por mi cuenta.» (Grupo focal 7.)

«A nivel de formación hay una sensación de culpabilidad cada

vez que pides un curso, porque sabes que te vas y le dejas el emboledo a la gente que se queda.» (Grupo focal 2.)

Todo esto ocasiona en la actualidad una disminución de las demandas de formación, que según los profesionales no debe interpretarse como un desinterés por parte de ellos.

«... te haces un esquema todos los años de los cursos que te gustaría realizar pero no sirve para nada. Nos falta gente que nos sustituya cuando vamos a hacerlos.» (Grupo focal 2.)

Muchos profesionales manifiestan que las ayudas económicas de la industria farmacéutica para asistir a cursos y reuniones científicas provocan desigualdades en el acceso a la formación entre médicos y enfermeras.

Asimismo, se afirma que en los últimos años no se ha reciclado de forma suficiente ni adecuada al personal del modelo reconvertido y que trabaja en el programa materno-infantil.

«... he pasado a pediatría sin que nadie me diga nada y yo en pediatría no había trabajado nunca en los 20 años que llevo haciéndolo y nadie me había reciclado; he ido preguntando de todo porque no sabía de nada. A mí nunca se me ha dado curso alguno de pediatría.» (Grupo focal 3.)

«En el centro ha pasado una cosa que me imagino que habrá sucedido en todos los que se han reconvertido, y es que no se le ha dado formación anterior a la reconversión, se ha hecho la semana de reciclaje y punto, en el ámbito del materno-infantil y en todos los programas. Ahora, a costa de cada uno, se va formando como uno puede.» (Grupo focal 1.)

Formación conjunta primaria-especializada

La formación conjunta con el segundo nivel es una circunstancia poco habitual en la mayoría de las zonas básicas. Todas las opiniones

recogidas argumentan la necesidad de reciclarse en los servicios especializados y además aseguran que esto tendría como ventaja añadida en el PSMI la mejora de la coordinación entre niveles. Tanto directivos como profesionales consideran necesario potenciar esta actividad. Sin embargo, los profesionales son muy críticos respecto a la formación conjunta que se realiza con especializada, debido al desinterés de los especialistas por el trabajo que se realiza en atención primaria.

Según los directores de distrito, 74 zonas básicas (18%) realizan sesiones sistemáticas de formación conjunta entre atención primaria y atención especializada (todas menos una son reconvertidas). Sin embargo, estas sesiones no son específicas del PSMI.

Discusión

La tasa de respuesta obtenida en el cuestionario a directores de distrito es muy elevada, si la comparamos con las que se obtienen en los estudios en los que los cuestionarios se distribuyen por correo. No obstante, fue necesario un recordatorio telefónico a las 2 semanas de enviarse los cuestionarios. Además, el hecho de que los cuestionarios no eran anónimos y ser un estudio financiado por la Consejería de Salud y por el SAS, y realizado por la EASP, pueden ser factores que hayan contribuido al interés de los directores en participar, introduciendo un importante sesgo de deseabilidad social, al encontrar unos resultados con una sobrestimación favorable a la organización.

Los resultados obtenidos en los grupos focales, por su naturaleza cualitativa, no pueden ser inferidos a la población general. Las técnicas cualitativas, y en concreto los grupos focales, están siendo muy utilizados en una primera aproximación a fenómenos que luego quieran abordarse en profundidad y para conocer las opi-

niones de profesionales y de usuarios sobre sus experiencias con los servicios de salud¹⁷⁻²¹. La combinación de técnicas permite una mejor aproximación a lo que se quiere investigar.

En cuanto a los resultados, destaca la importancia que tiene en las organizaciones el tema de la formación^{11,12,20}, a pesar de que la base de nuestro estudio es la formación enmarcada en un solo programa. Tanto desde el punto de vista de los directores como desde el de los profesionales, existe una actitud positiva hacia la formación, aunque para estos últimos el valor parece ser mayor²¹. Este aspecto se destaca al hablar los directivos que la formación es el principal elemento incentivador y los profesionales, aunque lo valoren, afirman que en los últimos años existen dificultades para formarse fuera de los distritos y por ello una disminución de la demanda de formación.

En el estudio, al igual que en otros^{3,4}, los profesionales y los directivos coinciden en reconocer la influencia de la formación en la calidad de los servicios y en el desarrollo del programa de salud materno-infantil. Además apuntan en la misma línea: la formación proporciona seguridad y modifica actitudes de inseguridad. Por ello, unos y otros consideran necesario potenciar la formación conjunta primaria-especializada, aunque los profesionales apuntan que en las sesiones que se realizan existe desinterés de los especialistas.

Existe la opinión, en un informe de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), de que tanto la formación posgrado como la formación continuada necesitan de un proceso individual y flexible²² que facilite el desarrollo de la atención primaria y sus profesionales. Ello coincide con la opinión de los directores de distrito en nuestro estudio, al afirmar en su gran mayoría que la formación previa de-

termina la participación de los profesionales en los programas de salud.

Basado en la opinión de médicos de atención primaria²³, encontramos que, a pesar de que la formación continuada se realiza en un 99% mediante autoformación a través de libros y revistas, cursos y sesiones clínicas y bibliográficas, los profesionales argumentan que los motivos que dificultan la realización de cursos son: falta de tiempo, de recursos y limitación geográfica; opiniones similares expresadas tanto por parte de médicos rurales como de urbanos. Estos resultados van en la línea de las dificultades apuntadas por los profesionales de nuestro estudio que afirman que hay problemas para formarse o asistir a reuniones científicas. También dicen que la principal modalidad de formación continuada es la autoformación. En este sentido, algunos estudios afirman que la formación es más eficaz cuanto más se potencie la autoformación²⁴.

Para algunos autores la formación o educación continuada requiere consenso, liderazgo y voluntad política. Ello contrasta con muchas de las opiniones de los profesionales de nuestro estudio que valoran la formación continuada como que raramente es continua, está poco orientada a la tarea y apenas es educadora. Por todo ello, parece necesario gestionar las dificultades diarias del tiempo, de la presión asistencial y de las sustituciones, para que la formación tenga el papel que todos parecen darle en teoría.

En la línea de lo que diversos autores²⁵⁻²⁹ apuntan respecto a la orientación de los servicios sanitarios hacia el mercado, las perspectivas de futuro de la atención primaria obligan a desarrollar estrategias de formación que sean incluidas en los planes estratégicos de los servicios sanitarios¹⁰, tal como algunos están planteando.

En nuestro estudio, la formación continuada es una actividad casi exclusiva de los centros de salud; este resultado concuerda con los datos de que el número de tutores en este medio no llega al 12%, aunque desde 1989 el incremento haya sido importante³⁰.

Sobre la evaluación del proceso formativo, se plantea la necesidad de diseñar sistemas de evaluación más completos, entre los que se incorporan aspectos de evaluación cualitativa externa³¹, que midan la competencia, no sólo clínica sino también relacional.

Junto a ello, hay estudios en los que se pide más formación ante pacientes VIH/sida o ante algunas técnicas en el domicilio³². Además, parece necesario impulsar la formación en comunicación, al igual que lo que se plantea en nuestro estudio³³. Añadido a ello, los pediatras solicitan formación específica para mejorar la atención de los adolescentes³⁴.

Por otra parte, en recientes auditorías de comunicación desarrolladas en hospitales encontramos que los profesionales, cuando se les pregunta sobre qué temas quieren tener más información, la respuesta más frecuente es sobre asuntos de formación³⁵.

Ante el futuro inmediato para la atención primaria³⁶, los profesionales de centros de salud destacan la formación continuada, junto a la coordinación primaria-especializada, la relación médico-paciente y la motivación de los profesionales como los elementos clave para afrontar con éxito dichos retos. Por tanto, la formación continuada, y más basada en la práctica, es vista como un eje básico que debe permitir la adaptación a los nuevos cambios.

Bibliografía

1. García M, Alfonso MT, Martínez MC. How to develop educational programmes for health professionals. Grana-

- da: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
2. Castell E, García L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1988; 5 (1): 12-16.
3. Suñol R. Reflexiones en torno a la implantación de programas de control de calidad en atención primaria. *Aten Primaria* 1987; 4 (5): 225-226.
4. García-Barbero M. Formación continuada. IV Congreso SESPAS. De políticas sanitarias a políticas de salud. Valencia, octubre de 1991.
5. Velasco JA, Iglesias JM, González T, Unamuno P, Fuertes A. Formación en ciencias de la salud. Madrid: FADSP, 1990.
6. SAMFYC-EASP. Evaluación del modelo de reforma de atención primaria de Andalucía. Jaén: SAMFYC, 1994.
7. Antónanzas A, Casas MJ, García JC, Gonzalo A, Izaguirre C, Melús E. Estudio de la estructura y organización de los equipos para la aplicación de programas de garantía de calidad en atención primaria. Apéndice I. Situación actual y futuro de la atención primaria de salud. Madrid: ASDP, 1992.
8. UDMFYC Murcia. Estudio de necesidades de formación continuada en atención primaria. Murcia: Dirección Territorial del Insalud de Murcia, 1992.
9. SAMFYC-EASP. Conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de la atención primaria. Jaén: SAMFYC, 1994.
10. SAS. Plan estratégico: una propuesta de gestión pública diferenciada. Sevilla: SAS, 1999.
11. Villafañe J. Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas. Madrid: Pirámide, 1993.
12. Barranco FJ. Planificación estratégica de recursos humanos del marketing interno a la planificación. Madrid: Pirámide, 1993.
13. García MM, editor. Evaluación de programas. Salud materno-infantil. Andalucía 1984-1994. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
14. Consejería de Salud. Evaluación programa de vacunaciones 1990. Sevilla: Junta de Andalucía, 1992.
15. Consejería de Salud. Programa de Salud Materno-Infantil. Nuevas líneas de actuación. Década de los noventa. Sevilla: Junta de Andalucía, 1992.
16. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, 1994.
17. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. México: Interamericana, 1985.
18. Cruz I. Métodos de análisis de la demanda. Investigación comercial. En: Fundamentos de marketing. Madrid: Ariel Economía, 1990.
19. US Department of Health and Human Services. Pretesting in health communication. Maryland: N.H. Publication, 1984.
20. Rodríguez A. Psicología de las organizaciones. Valencia: Promolibro, 1988.
21. López LA, Jiménez JM. Diferencias entre los sistemas de valores de los gestores sanitarios y los profesionales asistenciales. *Gestión Hospitalaria* 1997; 1: 34-39.
22. Molina F, Sánchez F, Martínez T. ¿Cómo entender y facilitar el aprendizaje del médico de familia? Libro de Ponencias Congreso Internacional de Medicina de Familia. Granada: semFYC, 1996.
23. Rodríguez FJ, García Álvarez AC, Muñoz F, Baltuille C, Mainka J, Velasco B. FC de los médicos de atención primaria del medio rural y urbano. Libro de Ponencias Congreso Internacional de Medicina de Familia. Granada: semFYC, 1996.
24. Llacuna J. Planificación de la enseñanza sanitaria y eficacia docente. En: Salud pública y educación para la salud. Las Palmas: ICEPSS, 1996.
25. March JC, Martínez JI, López LA, Solas O. El marketing en atención primaria. Hacia una nueva orientación de los servicios. *Aten Primaria* 1993; 11 (2): 97-102.
26. López LA, Aranda JM. Perspectivas de futuro de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1995; 15 (3): 140-142.
27. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. México: Trillas, 1983.
28. Weinert AB. Manual de psicología de la organización. Barcelona: Herder, 1985.
29. Brunet J. El clima de trabajo en las organizaciones. México: Trillas, 1987.
30. Igual D, Fernández J, Comellas C, Palomo L. Situación actual de la formación posgraduado de medicina familiar y comunitaria en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 20 (2): 94-98.
31. Santos MA, Prados JD, Fernández Martín MV, Angulo F. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: semFYC, 1996.
32. Figueiras A, López-Álvarez XL, Monteagudo-Romero J, Taboada-Rodríguez XA. VIH/sida en atención primaria: opiniones y necesidades de los profesionales sanitarios gallegos. *Aten Primaria* 1997; 20: 319-323.
33. Quesada F, Martínez T. Formación en habilidades de comunicación a médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 1997; 19 (5): 219-220.
34. Sarmiento M, Martínez MT, Sánchez F, Sánchez JM, Meseguer A, Jiménez JJ. Cómo vemos los sanitarios el previsible futuro de nuestro trabajo en los centros de salud. *Aten Primaria* 1997; 20: 311-314.
35. March JC, Prieto MA, Martínez F. Valme noticias. Sevilla: Hospital de Valme, SAS, 1999.
36. Saura J, Leal M. Relación tutor-residente en medicina familiar: aspectos formales y normativos. *Aten Primaria* 1997; 20 (2): 99-106.