

Avisos médicos domiciliarios en un Centro de Salud urbano

J. Mancera Romero, F. Paniagua Gómez, F. Muñoz Cobos^a, S. Giménez Basallote, M. Miranda Vázquez y L. Ginel Mendoza

Centro de Salud Ciudad Jardín. ^aCentro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga. Málaga.

OBJETIVOS. Cuantificar la frecuencia de los avisos médicos domiciliarios a demanda y su fluctuación temporal en un Centro de Salud urbano, así como analizar características personales y del tipo de atención.

MÉTODOS. Diseño descriptivo transversal. Pacientes que solicitan atención domiciliaria médica a demanda. Centro de Salud urbano. Tiempo de estudio: un año (marzo 2001 hasta febrero 2002). Lunes a viernes (8-17 horas). Variables: número de historia clínica informatizada, mes, día, hora, sexo, edad, pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados, cupo médico y motivo del aviso. Para el análisis estadístico se usan medidas centrales y de dispersión. Se realiza análisis bivalente usando las siguientes pruebas estadísticas: χ^2 , t de Student, análisis de correlación, ANOVA, U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis.

RESULTADOS. Se realizan 1.401 atenciones domiciliarias médicas a demanda, con 1.037 pacientes implicados, de los que 213 (20,5%) avisaron en más de una ocasión. El 67,3% fueron mujeres. Edad media de 63,9 años, rango de 6-100, desviación estándar 21,67 y mediana de 71. Enero, los lunes y las mañanas concentran la mayoría de los avisos. Se realizaron 468 avisos a demanda (33,4%) en pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados. Media de avisos por cupo médico: 76,38 al año. Los motivos respiratorios (36,9%) fueron los más frecuentes. En el 43,1% no hay anotaciones médicas en la historia.

CONCLUSIONES. El perfil de los avisos médicos domiciliarios en nuestro centro se refiere a una paciente mujer, de edad media-alta, no inmovilizada y que reclama atención en época invernal por motivos respiratorios.

Palabras clave: avisos médicos domiciliarios, Centro de Salud.

OBJECTIVES. Quantify the frequency of calls for home medical visits on demand and their time fluctuation in an urban Health Care Center as well as analyze personal characteristics and type of attention.

METHODS. Cross sectional descriptive design. Patients who request home medical care on demand. Urban Health Care Center. Study time: one year (March 2001 to February 2002). Monday to Friday (8 a.m. to 5 p.m.). Variables: computerized clinical record number, month, day, hour, gender, age, patients included in the Immobilized Program, medical quota and reason for call. For the statistical analysis, central and dispersion measurements have been used. Bivariate analysis is performed using the following statistical tests: χ^2 , Student's t test, correlation analysis, ANOVA, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test.

RESULTS. 1,401 medical home visits on demand, with 1,037 patients involved, of which 213 (20.5%) called on more than one occasion. A total of 67.3% were women. Age: mean of 63.9 years, range from 6-100, SD 21.67 and median of 71. January, Mondays and the mornings made up most of the calls. A total of 468 calls on demand (33.4%) were made by patients included in the Immobilized Program. Mean calls per medical quota: 76.38 per year. Respiratory reasons (36.9%) were the most frequent. In 43.1%, there were no medical notes on the clinical record.

CONCLUSIONS. The profile of calls for home medical visits in our center refers to a patient who is a woman, middle to elderly age, non-immobilized and who requests care in the winter era for respiratory reasons.

Key words: calls for home medical visits, Health Care Center.

Correspondencia:
J. Mancera Romero.
Centro de Salud Ciudad Jardín.
C/. Sancho Miranda, 9.
29014 Málaga.
Correo electrónico: jmancerar@papps.org

Recibido el 18-07-2002; aceptado para su publicación el 19-11-2002.

INTRODUCCIÓN

La atención en el domicilio constituye una de las actividades básicas a realizar por los equipos de Atención Primaria¹ y en su desarrollo intervienen de forma diferenciada todos sus componentes, para dar respuesta a las necesidades de asistencia creadas por personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitadas para acu-

dir al Centro de Salud (CS). La actividad domiciliaria está en expansión debido al envejecimiento de la población, la reducción del período de ingreso hospitalario, las tendencias actuales a suministrar más cuidados preventivos y a favorecer el autocuidado y la integración en el entorno. En las últimas décadas el modelo de atención domiciliaria basado casi exclusivamente en la Atención Primaria y los servicios de urgencia extrahospitalarios ha pasado a ser cuestionado²⁻⁴ y otras instancias se han ido acercando a los domicilios de los pacientes: hospitalización a domicilio⁵⁻⁷, cuidados paliativos a domicilio^{8,9}, equipos de soporte¹⁰, atención sociosanitaria¹¹, cuidados específicos de enfermería¹².

En el proceso de atención domiciliaria en Atención Primaria se pueden distinguir, al margen de las nuevas formas que se intentan implantar¹³⁻¹⁵, dos modalidades básicas de asistencia: la atención domiciliaria espontánea y la programada. La atención domiciliaria programada (programas de inmovilizados) tiene como objetivo fundamental la realización de actividades dirigidas a personas en situación de enfermedad o de riesgo sociosanitario e incluye tareas de tipo curativo, preventivas, de educación sanitaria, de promoción del autocuidado y de rehabilitación encaminadas en su conjunto a la mejora de la calidad de vida. Los programas dirigidos a las personas inmovilizadas tienen un amplio desarrollo en Atención Primaria y en ellos participan de manera coordinada médicos, enfermeros y trabajadores sociales.

La atención domiciliaria espontánea (a demanda, avisos domiciliarios)^{1,16} es una actividad básicamente médica que por su variabilidad imprevisible suele vivirse como un elemento de distorsión en el funcionamiento ordinario del CS. Por este motivo habitualmente se realiza de forma rotatoria entre los distintos médicos, independientemente del cupo al que el solicitante esté adscrito y suele generar conflictos entre el personal de los centros por el alto grado de utilización inadecuada, la falta de información de los pacientes y el consumo de tiempo (incluyendo los desplazamientos) que se precisa para este tipo de atención.

Existe la creencia generalizada de que en Atención Primaria se realizan pocas actividades domiciliarias y sin embargo hay una sensación subjetiva en los profesionales de un exceso de demanda domiciliaria. Esta paradoja nos indujo a la realización de este estudio.

Nuestro objetivo es cuantificar la frecuencia de los avisos médicos domiciliarios a demanda y su fluctuación temporal en un CS urbano, así como analizar características personales y del tipo de atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizamos un diseño descriptivo transversal de acuerdo con los objetivos.

Se incluyeron a los pacientes que solicitaron atención domiciliaria médica a demanda en el CS Ciudad Jardín de Málaga. No se realiza muestreo sino que se incluyen

de forma consecutiva todos los avisos ocurridos durante el período de estudio.

Nuestra Zona Básica de Salud (ZBS) atiende a una población de 36.157 habitantes, con una *sex ratio* o razón de masculinidad de 95,83, un porcentaje de mayores de 65 años del 13,6% y de menores de 14 años del 15,9%. La ZBS es muy extensa, predominantemente urbana y con varios núcleos rurales dispersos. El nivel socioeconómico es medio-bajo y el nivel cultural bajo (15% de analfabetos). Hay 18 médicos de familia, 5 pediatras y 15 diplomados en enfermería.

El tiempo de estudio es de un año (desde marzo de 2001 hasta febrero de 2002), tras la puesta en marcha de un registro informatizado en la recogida de los avisos (anteriormente se usaba un registro manual).

La organización de la atención domiciliaria médica a demanda se realiza en turnos rotatorios entre los médicos del CS (dos médicos desde las 8 a las 14 horas y uno desde las 14 a las 17 horas). El personal del servicio de Admisión recibe el aviso (por teléfono o en el propio centro) y lo incluye en la lista diaria de avisos domiciliarios. El médico, a partir del listado de avisos, puede acceder directamente a la historia clínica informatizada del paciente (Sistema de Información TASS en Centros de Atención Primaria. Manual de usuario. Versión 3.0. 1998. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía). Fuera de este horario la atención la presta el servicio Especial de Urgencia. Los sábados los avisos se realizan desde el CS con personal contratado exclusivamente para esos días.

Las variables contempladas en el estudio son las siguientes:

1. Número de historia clínica informatizada (permite conocer el número de ocasiones que cada paciente requiere este tipo de atención).
2. Mes, día y hora de la atención.
3. Sexo y edad del paciente.
4. Inclusión o no en el Programa de Inmovilizados del CS (criterios de inclusión: toda persona que por ancianidad, padecimiento crónico, invalidante o terminal, no tiene capacidad o independencia suficiente para acudir al CS en demanda de servicios).
5. Cupo médico: cada uno de los 18 cupos de médicos de familia del CS. Se contempla además a los pacientes desplazados y a los niños.
6. Motivo del aviso: según la Clasificación Internacional de Atención Primaria¹⁷.

Las fuentes de información fueron el registro informatizado de avisos y la historia clínica informatizada.

Para el análisis estadístico se usan medidas centrales y de dispersión. Se realiza análisis bivalente explorando la asociación de las variables utilizando las siguientes pruebas estadísticas: χ^2 , t de Student, análisis de correlación, ANOVA y con utilización de pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) y Kruskal Wallis en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación.

Base de datos: ACCESS. Programa informático: Epi Info, versión 6.

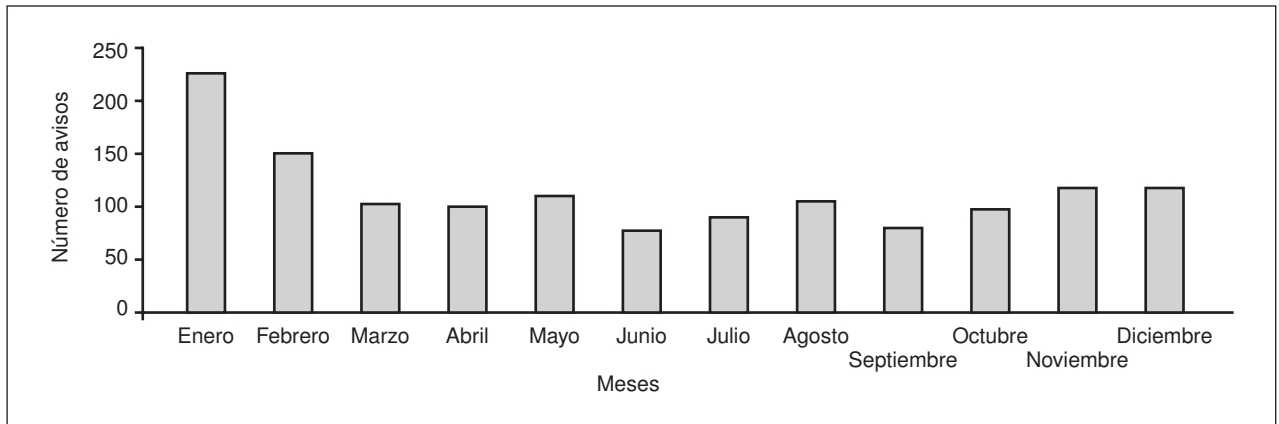


Figura 1. Distribución de los avisos médicos domiciliarios a demanda por meses.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se realizaron 1.401 avisos médicos domiciliarios a demanda (media de 116,75 mensuales y 5,69 diarios).

Estuvieron implicados 1.037 pacientes (4% de la población consultante del CS), de los que 213 (20,5%) avisaron

en más de una ocasión (128 en 2 ocasiones, 50 en 3, 22 en 4, 7 en 5, 2 en 6, 2 en 7, 1 en 10 y 1 en 12).

Sexo: 943 (67,3%) mujeres y 458 (32,7%) hombres.

Edad: media de 63,9 años (59,35 en los hombres y 66,24 en las mujeres), con un rango de 6-100 y una desviación estándar (DE) de 21,67. El 59,6% de los pacientes tenían 65 años o más. Al existir un rango tan amplio de edades la mediana refleja mejor la realidad (71 años en la población total, 68 en los hombres y 73 en las mujeres).

La distribución por mes, día y hora se refleja en las figuras 1, 2 y 3.

Los pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados (390) generaron 468 avisos domiciliarios a demanda (33,4% del total), de los que 157 (33,5%) fueron en hombres y 311 (66,5%) en mujeres. Edad media de 79,05 años, mediana de 81, rango de 23-100 y DE de 20,31.

La media de avisos por cupos médicos fue de 76,38 al año (rango: 36-107). En la tabla 1 aparece la distribución de los avisos (en la población general y en los pacientes inmovilizados) para cada cupo médico.

Los motivos más frecuentemente implicados en los avisos fueron: capítulo R (respiratorio): 294 (36,9%), capítulo A (problemas generales e inespecíficos): 148 (18,6%),

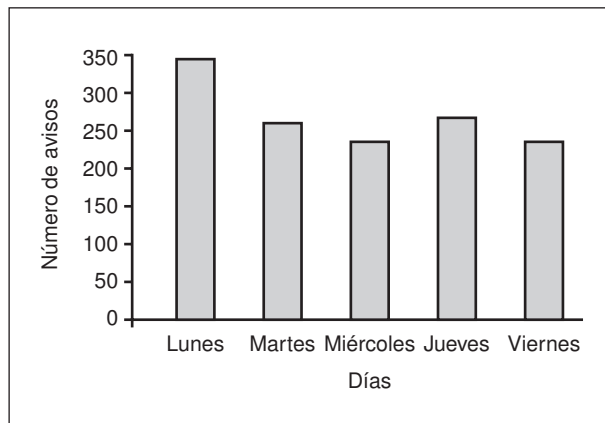


Figura 2. Distribución de los avisos médicos domiciliarios a demanda por días.

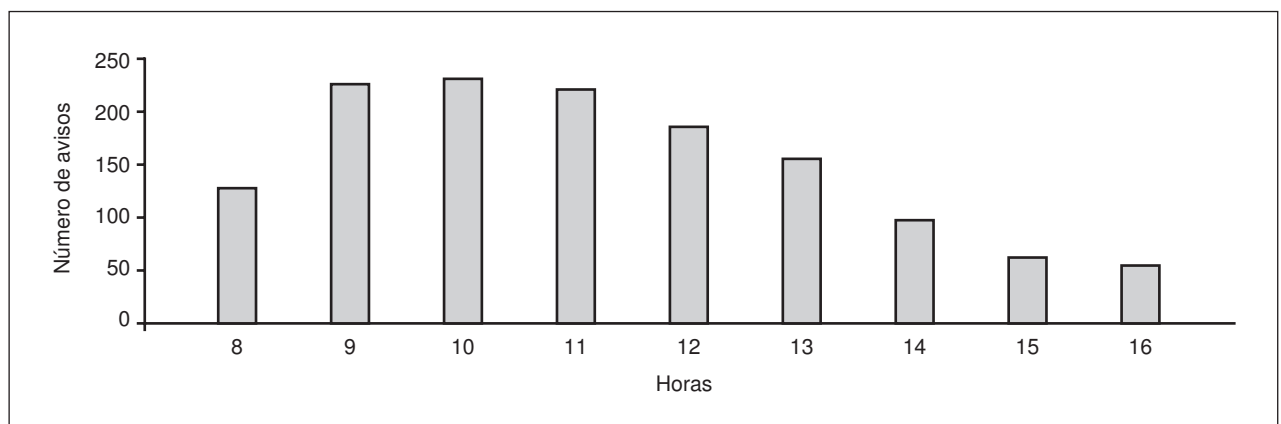


Figura 3. Distribución de los avisos médicos domiciliarios a demanda por horas.

Tabla 1. Distribución de los avisos médicos domiciliarios a demanda (en población general y en pacientes inmovilizados) por cupos médicos y sexo

| Cupo médico | Avisos médicos domiciliarios en población general | | | | | Avisos médicos domiciliarios en pacientes inmovilizados | | | | |
|-------------|---|------------------|-----|---------|---------|---|------------------|------|---------|---------|
| | Población asignada | Avisos domicilio | % | H | M | Pacientes inmovilizados | Avisos domicilio | % | H | M |
| 1 | 1.395 | 65 | 4,6 | 14 | 51 | 25 | 13 | 2,8 | 1 | 12 |
| 2 | 1.580 | 69 | 4,9 | 34 | 35 | 13 | 17 | 3,6 | 11 | 6 |
| 3 | 1.818 | 98 | 7 | 45 | 53 | 32 | 33 | 7,1 | 17 | 16 |
| 4 | 1.800 | 100 | 7,1 | 34 | 66 | 18 | 38 | 8,1 | 12 | 26 |
| 5 | 1.682 | 67 | 4,8 | 18 | 49 | 22 | 20 | 4,3 | 3 | 17 |
| 6 | 1.918 | 95 | 6,8 | 32 | 63 | 28 | 40 | 8,5 | 11 | 29 |
| 7 | 1.584 | 66 | 4,7 | 25 | 41 | 23 | 29 | 6,2 | 12 | 17 |
| 8 | 1.768 | 70 | 5 | 25 | 45 | 18 | 10 | 2,1 | 7 | 3 |
| 9 | 1.687 | 107 | 7,6 | 34 | 73 | 27 | 55 | 11,8 | 13 | 42 |
| 10 | 1.584 | 75 | 5,4 | 21 | 54 | 23 | 18 | 3,8 | 6 | 12 |
| 11 | 1.412 | 70 | 5 | 13 | 57 | 17 | 26 | 5,6 | 2 | 24 |
| 12 | 1.802 | 87 | 6,2 | 20 | 67 | 19 | 21 | 4,5 | 6 | 15 |
| 13 | 1.651 | 82 | 5,9 | 24 | 58 | 26 | 27 | 5,8 | 5 | 22 |
| 14 | 1.732 | 50 | 3,6 | 20 | 30 | 14 | 17 | 3,6 | 9 | 8 |
| 15 | 1.641 | 96 | 6,9 | 30 | 66 | 25 | 31 | 6,6 | 13 | 18 |
| 16 | 1.409 | 36 | 2,6 | 12 | 24 | 12 | 6 | 1,3 | 4 | 2 |
| 17 | 1.320 | 38 | 2,7 | 17 | 21 | 7 | 10 | 2,1 | 2 | 8 |
| 18 | 1.744 | 104 | 7,4 | 37 | 67 | 41 | 55 | 11,8 | 23 | 32 |
| Desplazados | - | 21 | 1,5 | 2 | 19 | - | 2 | 0,4 | 0 | 2 |
| Pediatría | - | 5 | 0,4 | 1 | 4 | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 29.526 | 1.401 | 100 | 458 | 943 | 390 | 468 | 100 | 157 | 311 |
| | | | | (32,7%) | (67,3%) | | | | (33,5%) | (66,5%) |

H: hombres; M: mujeres.

capítulo D (aparato digestivo): 100 (12,5%) y capítulo L (aparato locomotor): 84 (10,5%).

El análisis bivariante no aportó información significativa.

En 604 ocasiones (43,1%) no hay anotaciones médicas en la historia clínica informatizada sobre el motivo del aviso.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados indican un moderado número de avisos domiciliarios a demanda. El 4% de la población consultante del CS ha utilizado este tipo de atención en alguna ocasión. Hay 35 pacientes que repiten 4 o más veces, de los que 14 no están incluidos en el Programa de Inmovilizados, lo que sugiere un uso inadecuado de esta modalidad o bien que habría que incluirlos en el Programa.

Existe un claro predominio del sexo femenino, en consonancia con la utilización del resto de los servicios de nuestro centro.

La edad media es elevada (71 años), algo lógico, cuando el 60% de los avisos se produce en personas de 65 años o más.

Los meses de invierno acaparan el 35% de los avisos, con un 16% concentrados en diciembre, lo que coincide con la epidemia de gripe. Habría que reforzar la atención domiciliaria durante esta época para prestar una mejor atención.

Los lunes son los días con más avisos, justificado en parte por la existencia del fin de semana.

En horario de mañana (8-14 horas) se realizan más del 80% de los avisos, distribuidos por igual en las dos partes

de la mañana (8-11 horas y 11-14 horas). Hay un escaso número de avisos en el turno de 14-17 horas, por lo que posiblemente habría que plantearse un cambio en la organización.

A pesar de existir en nuestro centro el Programa de Inmovilizados, el 33% de los avisos los solicitan pacientes incluidos en el Programa. Estos pacientes tienen una edad media más alta y, paradójicamente, no existen diferencias en cuanto al sexo a pesar de existir un porcentaje bastante más elevado de mujeres que de hombres incluidas en el Programa (lo que sugiere una mejor utilización de los avisos por parte de las mujeres). Otro hecho sorprendente es que los inmovilizados avisan más que la población general durante el verano, probablemente en relación con la ausencia de sus médicos por vacaciones (hecho que refuerza la importancia de los programas de visitas a inmovilizados). El alto porcentaje de avisos domiciliarios a demanda generados por pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados ha hecho que nos replanteemos el actual sistema de avisos y a partir de estos resultados es el médico de cada cupo quien decide qué hacer ante los avisos de sus pacientes incluidos en el Programa.

Existe una gran variabilidad en el número de avisos de cada cupo (36-107), no existiendo una clara relación entre número de avisos y tamaño del cupo ni con el número de pacientes incluidos en el Programa de Inmovilizados. Esto hace pensar en una variabilidad en la práctica médica que habría que analizar para poder interpretar correctamente los resultados.

Por otra parte, destaca que en el 43% de los avisos el médico no anota en la historia clínica la actuación realiza-

da. Los motivos de este déficit de registro son variados: los avisos suelen realizarse al finalizar la consulta y después no se anotan los datos en la historia informatizada por escasez de tiempo y ordenadores, cansancio, olvidos, etc. Se han puesto en marcha medidas correctoras para tratar de solventar este problema. Una evaluación posterior valorará la efectividad de las medidas.

El análisis bivariable no aporta información relevante.

Cuando comparamos con otros estudios observamos una escasez de trabajos recientes sobre el tema (puede que por no estar de moda, no ser atractivo o no ser prioritario para los diferentes centros). En cuanto al número de avisos, al comparar con un estudio previo realizado en nuestro centro¹⁸ observamos que es similar al año anterior, habiéndose detenido el ritmo creciente que tuvo durante 4 años. Sin embargo en otro trabajo¹⁹ el número de avisos es similar, pero el tiempo de estudio es de 6 meses, por lo que nuestra actividad es claramente inferior, aunque desconocemos, entre otras características del trabajo comentado, el número de habitantes de la zona. La edad media de nuestros avisos es similar a otros trabajos¹⁹⁻²¹, aunque superior al estudio de Barbero et al²². Al igual que en nuestro estudio los mayores de 65 años también predominan en otros^{21,22}. Las mujeres son mayoría en todos los estudios¹⁹⁻²² (probablemente en relación con la peor percepción del estado de salud que tiene el género femenino), aunque algo menos en las urgencias²¹. Los lunes son, al igual que en nuestro estudio, los días con más actividad^{19,20}, enero el mes con más avisos^{19,20} y las mañanas²² concentran el mayor número de actuaciones.

Las principales limitaciones de nuestro estudio son la ausencia de información en la historia clínica informatizada hasta en el 40% de los casos, por lo que el análisis de los motivos de los avisos puede no ser del todo representativo. Este hecho ha contribuido a que no hayamos incluido las derivaciones a hospital ni la justificación o no del aviso como variables de estudio.

Futuros estudios nos deben llevar al análisis del grado de justificación del aviso, a la capacidad de resolución de nuestras actuaciones y a la valoración de la utilización de otros servicios sanitarios en los pacientes que usan este tipo de atención.

Como aplicaciones prácticas podemos decir que el cambio en el sistema de los registros ha supuesto una cumplimentación total de los datos demográficos, y a la vista de los resultados se ha procedido a una reorganización en el sistema de avisos en nuestro CS (sigue habiendo turno rotatorio entre los médicos, pero ahora si surge un aviso de un paciente incluido en el Programa de Inmovilizados es su médico el que lo valora y decide qué hacer; además hemos reforzado la atención durante los meses de diciembre, enero y febrero). Nos falta poner en marcha medidas para aumentar la cumplimentación de la historia clínica por los médicos.

Las conclusiones del estudio indican que el perfil de los avisos médicos domiciliarios en nuestro centro de salud se refiere a una paciente mujer, de edad media-alta, no in-

movilizada y que reclama atención en época invernal por motivos respiratorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Huguet Recasens M, García Cardona F. Organización de las actividades en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4th ed. Barcelona: Harcourt Brace, 1999; p. 40-56.
2. Gené Badia J, Contel Segura JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria [editorial]. Aten Primaria 1999;23:183-6.
3. Boerma WGW, Fleming MD. The role of general practice in primary health care. Ginebra: WHO Europe, 1998.
4. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida [editorial]. Aten Primaria 2000;25:526-8.
5. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002;118:659-64.
6. Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. FMC 2001;8:537-42.
7. Shepperd S, Illiff S. Hospital at home versus in-patient hospital care [Cochrane Review]. En: The Cochrane Library; 2001 (3):CD000356.
8. Busquet i Duran X. Los equipos de soporte y la atención domiciliaria de enfermos terminales. FMC 2001;8:543-50.
9. Higginson I. Palliative care services in the community: what do family doctors want? Palliat Care 1999;15:21-5.
10. Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atienza P, Rodeles del Pozo R, Mainar García P, Moliner Izquierdo MA. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). Aten Primaria 2001;28:652-6.
11. Iturria Sierra JA, Márquez Calderón S. Servicios sanitarios y sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. Rev Esp Salud Pública 1997;71:281-91.
12. Frías Osuna A, Prieto Rodríguez MA, Heirle Valero C, Aceijas Hernández C, Calzada Gómez ML, Alcalde Palacios A, et al. La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Aten Primaria 2002; 29:495-501.
13. Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care. A randomised trial. JAMA 2000;284:2877-85.
14. Terol E, Hamby EF, Sacristan A, Sanz F, Minue S, Gil D, Paniagua MA. An organizational model for a primary care program of home health care in Spain: a description of the program. Health Care Manag (Frederick) 2001;20:18-27.
15. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 2002;52:7127-34.
16. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: Cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo Vallejo, et al, editors. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. 2nd ed. Madrid: IMC, 1997; p. 252-8.
17. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2. 2nd ed. Barcelona: Masson SA, 1999.
18. Mancera J, Paniagua F, Giménez S, Ginel L, Linares L, Miranda M. Evolución de los avisos domiciliarios en un centro de salud urbano en los últimos cinco años. SEMERGEN 2001;27Suppl 1:48.
19. Manzano Gómez F, García León M, Hinojosa Gallardo JL. ¿Por qué nos avisan a domicilio los enfermos? Congreso SAMFyC 2002. Libro de Ponencias y Comunicaciones. 54.
20. Mancera J, Paniagua F, Giménez S, Ginel L, Baca A, Chicano A. Avisos domiciliarios en un centro de salud urbano. SEMERGEN 2001;27Suppl 1:48.
21. Mancera Romero J, Guerrero Moreno M, Cárdenas del Río JF, Ferrás Escalona MJ, Ginel Mendoza L, Paniagua Gómez F. Atención domiciliaria en un servicio de urgencia extrahospitalario mixto (urbano y rural). Centro de Salud 2001;9:640-5.
22. Barbero JJ, Linares E, Mata R, Marsal E, Palacios R, Pascual C, et al. Análisis de la atención médica domiciliaria en siete centros de salud de la provincia de Alicante. Aten Primaria 1994;14:195-8.