

Evaluación de algunos indicadores de proceso, resultado y económicos de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial representa en la población adulta uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, el más prevalente y uno de los que genera mayor número de consultas en atención primaria. En la práctica clínica este impacto sanitario está ocasionado por la puesta en funcionamiento de las guías y programas de prevención de la enfermedad cardíaca, y uno de sus objetivos es el examen de la hipertensión arterial. Sin duda, su actuación se basa en la detección precoz de la hipertensión, la instauración del tratamiento más adecuado en la normalización de las cifras y el seguimiento evolutivo de sus pacientes¹.

Objetivo. Establecer algunos indicadores de proceso, resultado y económicos en el seguimiento de la hipertensión arterial en un centro de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Área Básica de Salud Apenins-Montigalà de Badalona (centro urbano reformado y concertado), que atiende a una población adulta de referencia de 16.446 habitantes (un 10,8% mayores de 65 años). Inició su actividad en diciembre de 1997 y está constituido por un equipo de 7 médicos y 6 enfermeras.

Participantes. Todos los pacientes incluidos en el protocolo de diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial durante 2 años de evolución (1999-2000).

Mediciones principales. Las variables incluidas en el estudio fueron: hipertensión arterial (códigos K86 y K87 de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria, CIAP), cobertura del programa, número de visitas realizadas, edad, sexo, índice de masa corporal (IMC, en kg/m²), dislipemia, diabetes mellitus, hábito tabáquico, realización de ejercicio físico, presencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (por electrocardiograma o ecocardiografía), realización del electrocardiograma, determinación de la función renal (creatinina plasmática) y utilización adicional de fármacos hipotensores. Como indicadores de resultado se utilizaron el porcentaje de pacientes mayores de 14 años, cuyas cifras de presión arterial sistólica y diastólica en su última determinación fueran menores de 140/90 mmHg (control

TABLA 1. Indicadores de proceso, resultado y económicos de la hipertensión arterial

Descripción de los indicadores	Porcentaje
Utilización de fármacos hipotensores (S)	78,5
Realización del electrocardiograma (S)	65,6
Determinación de la función renal-creatinina en plasma (S)	82,8
Control aceptable (PAS/PAD < 160/95 mmHg) (I)	72,2
Control óptimo (PAS/PAD < 140/90 mmHg) (I)	29,3
Presencia de enfermedad cardiovascular (F)	8,7
Coste total de los pacientes hipertensos	9,8
Costes propios (sobre el total de los costes del centro)	7,5
Costes variables (sobre el total de los costes del centro)	10,9
Costes propios y en prescripción farmacéutica (sobre el total de la hipertensión)	95,8
Gasto en prescripción farmacéutica (sobre el total de la prescripción efectuada)	15,2

S: resultados de proceso; I: resultados intermedios, y F: resultados finales.

óptimo) y de 160/95 mmHg (control aceptable), respectivamente. Como indicador de resultado final se obtuvo el porcentaje de enfermedad cardiovascular (angina cardíaca, infarto agudo de miocardio, isquemia cardíaca y accidente cerebrovascular). Los indicadores económicos se obtuvieron a partir de los registros del año 1999; los costes se clasificaron, diferenciando aquellos propios del centro (personal, limpieza, mantenimiento, amortizaciones, etc.) y aquellos gastos variables en función de la actividad desarrollada (laboratorio, radiología, pruebas complementarias, derivaciones a especialistas, ambulancias y prescripción farmacéutica). Los costes propios se repartieron en función de las visitas realizadas por cada episodio (CIAP), la valoración económica de las pruebas complementarias y las derivaciones a los especialistas se hicieron mediante adaptación de las tarifas establecidas por el Servei Català de la Salut, y las solicitudes efectuadas a los servicios centrales de laboratorio (coste medio) y radiología, así como el transporte de ambulancias, se calculó mediante el concierto establecido para cada prueba. El registro de la información se realizó mediante el sistema informatizado OMI-AP y el análisis de los datos se llevó a cabo a partir de una aplicación propia desarrollada en Microsoft Access.

Resultados. El número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial durante el período de estudio fue de 1.859 (prevalencia entre los pacientes atendidos, 14,1%). La cobertura del programa fue del 93,8%, y del total de visitas realizadas (1.329) un 67,8% lo efectuó el colectivo de enfermería. Entre las características generales de los pa-

cientes destaca una edad media de 62,6 (DE, 13,4) años, un predominio del género femenino (61,9%) y un IMC medio de 30,8 (DE, 5,1) kg/m². Como principales aspectos clínicos o factores de riesgo cardiovascular de la serie estudiada destacan: dislipemia (25,3%), diabetes mellitus (20,8%), fumadores activos (13,9%), IMC > 30 (44,2%), realización de ejercicio físico (46,3%) y presencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo (7,2%). Los indicadores de seguimiento o proceso a los 2 años de evolución y de resultados intermedios y final de la hipertensión arterial se detallan en la tabla 1. El coste total de los pacientes atendidos fue de 403.880,13 euros (67,2 millones de pts.). La hipertensión arterial constituye la enfermedad con mayor repercusión económica (9,8% del total, a expensas de los costes variables) y ocupa un segundo lugar en cuanto a los principales motivos de consulta y generación de costes propios del centro. La utilización de medicamentos hipotensores genéricos fue del 53,6%. El coste anual medio fue de 219,04 euros (36.445 pts.) por episodio y de 35,67 euros (5.935 pts.) por paciente atendido; para cada episodio se realizó una media de 6,1 visitas al año.

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos muestran algunas diferencias posiblemente atribuidas al perfil poblacional; y las variaciones en algunos indicadores, por la diferente medida utilizada en su cálculo, a pesar de presentar un emplazamiento, modelo organizativo y una protocolarización de las actuaciones similar a la propuesta por algunos autores¹. Es importante destacar la actuación del personal de enfermería en la modificación de los estilos

de vida del tabaquismo y la realización de ejercicio físico. Algunos datos relativos al coste de la hipertensión se asemejan a los utilizados por Pardell² en un interesante estudio. No obstante, al igual que Dalfó¹, se nos plantea una posible reflexión en si realmente las actividades del proceso justifican un grado de control en unos resultados que son un escalón intermedio para reducir una morbimortalidad de la enfermedad cardiovascular, que en nuestro medio no es elevada^{3,4}. Será necesario realizar nuevos estudios que establezcan hasta qué punto los recursos utilizados repercuten en un mejor control de los resultados.

A. Sicras Mainar, R. Peiró Navarro y J. Benavent Areu
 Área Básica de Salud Apenins-Montigalà.
 Badalona Gestió Assistencial (Badalona, Barcelona).

1. Dalfó A, Sisó A, Vila MA, Núñez S, Botinas M, Gibert E. Indicadores de proceso e indicadores de resultado en el control de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2000;26:666-9.
2. Pardell H, Tresserras R, Armario P, Hernández del Rey R. Pharmacoeconomic considerations in the management of hypertension. *Drugs* 2000;59(Suppl 2):13-20; discussion 39-40.
3. Betancor P. Demasiado riesgo cardiovascular y enfermedad poco frecuente. *Med Clin (Barc)* 2000;115:738-9.
4. Villar F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autonómicas (1975-1992). *Med Clin (Barc)* 1998;110:321-8.

Anemia ferropénica: en busca de su origen

Introducción. La anemia ferropénica es un problema de salud muy común en atención primaria, pero muchas veces se inician tratamientos sin haber llegado a un diagnóstico definitivo.

Caso clínico. Mujer de 42 años que consulta por sensación de inestabilidad y astenia desde hace un mes. Sin antecedentes personales de interés, ni hábitos tóxicos y anamne-

TABLA 1. Etiología trombocitosis

Reactiva plaquetas < 1.000.000	Maligna plaquetas > 1.000.000
Anemia ferropénica crónica	Síndromes mieloproliferativos o mielodisplásicos
Infección bacteriana/viral	Neoplasias sólidas
Postesplenectomía	Maligna
Estrés	

sis por aparatos normal. La exploración física fue normal. El hemograma y bioquímica básica indican: plaquetas, 1.000.000 pL/μ; hemoglobina, 8,4 g/ml; VCM, 56; GOT, 42; GPT, 57; sideremia, 16; TSH, 12; T4, normal; resto de parámetros dentro de la normalidad. Los diagnósticos diferenciales planteados fueron: a) anemia microcítica probablemente ferropénica; b) trombocitosis; c) hipotiroidismo subclínico, y d) elevación de las transaminasas. Inicialmente nos centramos en la trombocitosis (tabla 1), consultamos al servicio de hematología de nuestro hospital y se catalogó como trombocitosis secundaria a anemia ferropénica, e iniciamos estudio etiológico de la anemia y ferrotterapia. Solicitamos: estudio ginecológico normal, estudio digestivo con sangre oculta en heces negativo y tránsito esofago-gastroduodenal (pequeña hernia hiatal y reflujo gastroesofágico). A las 3 semanas la analítica no mostró un aumento de la hemoglobina (8,5); VCM, 60,5; plaquetas, 555.000; ferritina, 2,6; TSH, 17; T4, normal; anticuerpos antitiroideos elevados. Confirmamos los diagnósticos anteriores y nos desconcertó la inmovilidad de la cifra de la hemoglobina cuando cabe esperar un aumento de unos 2 g/dl a las 3 semanas. La paciente reconoció no tomar las sales ferrosas en ayunas, por lo que atribuimos a este motivo los resultados obtenidos e insistimos en la posología idónea. A las 3 semanas la hemoglobina era de 9,5 mg/dl. Remitimos a la paciente al servicio de digestivo donde solicitaron: a) enema opaco: micropólipos en colon; b) serología de hepatitis negativa; c) fibrogastroscopia con biopsia intestinal con el diagnóstico de *celiaquía*. Los diagnósticos definitivos fueron:

1. Enfermedad celíaca.
2. Anemia ferropénica secundaria a 1.
3. Trombocitosis reactiva a 2.

4. Transaminitis secundaria a 1.

5. Hipotiroidismo subclínico.

Discusión. La celiaquía con malabsorción franca es sólo una parte un problema mucho más amplio. La prevalencia de la celiaquía clínica en Europa oscila entre 1/300 y 1/2.000¹ y de la enfermedad subclínica es de 1/120 en un estudio realizado en Italia. En el varón adulto se suele diagnosticar a los 50-60 años y a los 40-50 años en la mujer. Hasta un tercio de los pacientes están asintomáticos o presentan una anemia ferropénica como única manifestación. En varios estudios publicados, la prevalencia de celiaquía en pacientes con anemia ferropénica como único síntoma oscila en el 3-5%^{2,3}. Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia intestinal. Los anticuerpos antigliadina y antiendomiso ayudan al diagnóstico por su elevada sensibilidad y especificidad y monitorizan el cumplimiento dietético ya que disminuyen tras la supresión del gluten. Es imprescindible el estudio familiar ya que la prevalencia entre familiares de primer grado es de un 5-15%, la mayoría en formas subclínicas. La enfermedad celíaca debería incluirse como diagnóstico diferencial en: anemias ferropénicas que no responden a ferrotterapia⁴, síntomas neurológicos (ataxia, epilepsia) por malabsorción de vitamina B₁₂, osteoporosis y artralgias por malabsorción de calcio y vitamina D, infertilidad, dermatitis herpetiforme⁵ y alteraciones hepáticas, ya que alrededor de un 30% de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico una hipertransaminasemia debida a una hepatitis reactiva o hepatopatías autoinmunes como la cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmunes⁴. El tratamiento es la dieta sin gluten, en la que debemos insistir para prevenir las complicaciones como el linfoma intestinal o el esprú refractario.

M.I. Moreno Hernández, B. Jimeno Resa y D. García Pina
 Área Básica de Canet de Mar (Barcelona).

1. Ortiz MA, Ollero M. Anemia ferropénica: nunca olvidar la celiaquía. FMC 2001;8(Supl 7):466-72.
2. Garrido C, Gaya J, Liompart A, Vaquer P, Sanso A, Riera J, et al. Prevalence of monosymptomatic celiac disease in patients with iron deficiency anemia. Gastroenterol Hepatol 1997; 20:172-4.
3. Corazza GR, Valentini RA, Andreani M, D'Anchino M, Leva MT, Ginaldi L, et al. Subclinical coeliac disease is a frequent cause of iron deficiency. Scand J Gastroenterol 1995;30:153-6.
4. Straub J, Koleskova E, Haber J. Sideropenic anemia as a manifestation of selective iron malabsorption. Vnitr Lek 2001; 47:493-5.
5. Cellier C, Grosdidier E. Adult celiac disease. Vev Prat 2001;51:959-63.
6. Unsworth DJ, Lock RJ, Harvey RF. Improving the diagnosis of coeliac disease in anaemic women. Br J Haematol 2000; 111:898-901.

La consolidación del empleo y el acceso al trabajo en el Sistema Nacional de Salud. ¿Una solución racional para todos?

Sr. Director: Como bien se dice en el editorial de Melguizo y Planes¹, una regla básica recogida por la Constitución Española para la selección de profesionales de las Administraciones Públicas es asegurar convocatorias de ofertas de empleo que garanticen los principios constitucionales de igualdad (título I, artículo 23, punto 2), mérito y capacidad (título IV, artículo 103, punto 3). Por desgracia, una ley de punto final no parece ajustarse a dichos principios.

Por una parte, el término punto final parece insinuar una solución *ad hoc* para compensar errores cometidos con anterioridad, y de esa forma ha sido aplicada recientemente por algunas dictaduras en distintas partes del mundo.

Por otra, al buscar el consenso de los grupos profesionales afectados se ha tenido en cuenta exclusivamente a los grupos de presión, representados por los sindicatos mayoritarios y las organizaciones oficiales bien relacionadas con el poder, ignorándose tanto a sindicatos específicos del colectivo médico que no llegan a sentarse en la mesa de negociaciones, como a las sociedades científicas y, lo que es más grave, a la mayoría del colectivo profesional afectado. Se olvida a médicos, igual de preparados que los interinos, pero que han tenido la mala suerte de encontrar, por azar, un trabajo todavía más precario o de no tener ninguno. Se ignora también a los médicos que actualmente están parados, a los que tienen contratos eventuales, los que terminarán próximamente el MIR y a los recién licenciados, quienes no van a poder aspirar a las plazas en igualdad de oportunidades. No se tiene en cuenta el interés de la mayor parte de colectivos profesionales, que defienden la transparencia y la objetividad, ni tampoco el interés de la sociedad, a quien le conviene contratar a los médicos que demuestren mayor cualificación profesional. Se ha decidido premiar el azar y el amiguismo, ya que es de una u otra de estas formas como se accede a ocupar una interinidad. Puestos a terminar con la in-

justicia que pueda ser el no haber convocado oposiciones con regularidad, ¿no sería más justo primar a los que nunca han tenido la oportunidad de trabajar como interinos?

Por último, parece dudoso que esta ley evite posteriores problemas cuando, como dice Benedito², no aumenta el número de plazas en atención primaria de salud, donde es conocida la sobrecarga de trabajo de muchos centros urbanos debido al exceso de población asignada, ni tampoco plantea compromiso alguno, por parte de la Administración, para convocar periódicamente traslados y oposiciones. Sólo esto último puede evitar que vuelva a repetirse la situación actual.

Somos muchos los que pensamos, como los autores del editorial, que la ley de punto final, además de ir contra el interés público, no respeta la equidad.

A.M. Costa Alcaraz

Médico de Familia. Coordinadora del Grupo de Bioética de la SVMFiC. Centro de Salud Nazaret (Valencia).

1. Melguizo M, Planes A. La consolidación del empleo y el acceso al trabajo en el Sistema Nacional de Salud. Una solución racional para todos. *Aten Primaria* 2001;28:449-51.
2. Benedito J. El acceso del médico al mercado laboral en la sanidad pública valenciana. *Noticias de la Societat Valenciana de Neurologia* 2001; 2:5-9.

Problemas acuciantes en atención primaria. Profundizando en soluciones

Sr. Director: Una vez leído el artículo de Gervas et al¹, publicado en su revista, quisiera realizar algunas reflexiones. Coincido en que la atención primaria a la salud actual presenta deficiencias y en que es necesario disponer de una asistencia primaria con importante peso específico en nuestro sistema sanitario, para así lograr los objetivos que se le exigen, que no son otros que dispensar una atención eficiente y de calidad, afianzando al mismo tiempo los elementos definitorios de aquella.

Según Gervas et al, algunos de los aspectos que más negativamente inciden en el desarrollo de la atención primaria podrían resumirse en los que actúan limitando el campo de actuación «natural» del médico general y aquellos de índole administrativa. Respecto a los primeros, la cuestión no radica en la cantidad de actividades a desarrollar, si no más bien en la calidad de las que se llevan a cabo; creo que es una simple cuestión de definir correctamente las competencias profesionales individuales. En lo que se refiere a las cargas administrativas que debe soportar el médico de familia –aun reconociendo que pueden simplificarse–, no debemos olvidar que muchas de ellas están destinadas a conseguir una organización racional del trabajo; otra cuestión es la deficiente utilización de la mayoría de los registros de actividad, más polarizados hacia una labor fiscalizadora que reorientadora de nuestro trabajo.

Creo que limitarse al listado de «hechos» enunciado por Gervas et al es quedarse en la superficie de discurso. Los problemas que afectan a la atención primaria de la salud son mucho más profundos y complejos. No debemos olvidar que en un sistema sanitario eminentemente público como el nuestro el resultado de la prestación de servicios para la salud depende de múltiples variables (instituciones proveedoras, profesionales y clientes fundamentalmente), en ocasiones con objetivos e intereses encontrados. En referencia a las instituciones sanitarias, un aspecto que desorienta –por denominarlo suavemente– mucho al profesional, y por ende enrarece la sintonía que debe existir entre uno y otros, es la tendencia de las Administraciones Públicas a tener dos modelos de discurso. No es admisible que de una parte se acepte que el profesional sanitario es decisor y responsable individual de cada acto clínico, y al mismo tiempo se pretenda ajustar la práctica clínica a protocolos institucionales y a las ya clásicas limitaciones presupuestarias del sistema. Si el profesional tiene sus posibilidades de oferta limitadas, quien las limita no es él. La transparencia de la información, tanto a clínicos como a usuarios, por parte de la Administración es el único camino para evitar este tipo de conflictos.

Por otra parte, las instituciones proveedoras de servicios sanitarios deben sentirse en la obligación de contar con los profesionales más cualificados; por ello, ¿para cuándo una selección de personal sanitario basado en perfiles de competencias?, ¿para cuándo una bolsa de contratación de personal eventual única?, ¿para cuándo la aplicación de un plan de evaluación para el desarrollo profesional? y, en fin, ¿para cuándo una política de gestión integral de recursos humanos que desarrolle e implante todas las cuestiones previamente planteadas? No obstante, para que cualquier plan estratégico de salud dé los frutos esperados debe contar con el compromiso y la implicación de los profesionales en él y con los criterios de actuación que la institución establezca, y para ello no basta con poseer los conocimientos y habilidades exigibles, sino que se precisan unas actitudes adecuadas. El establecimiento de herramientas capaces de identificar indicadores de conductas (positivas y negativas) con la finalidad de implementar actuaciones formativas encaminadas a originar un cambio de actitudes individuales es el gran reto de futuro de las instituciones sanitarias.

Para finalizar, creo que el punto de mira del médico de atención primaria nunca debe estar centrado en los profesionales de la asistencia especializada. Cada cual posee un ámbito y espacio de trabajo, con sus peculiaridades y cuerpo doctrinal propios. No debemos olvidar que «el paciente no es de nadie, la enfermedad es suya y la salud responsabilidad de todos».

J. Merino Romero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pozoblanco. Área Sanitaria Norte de Córdoba. Córdoba.

1. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.

Réplica de los autores. La identificación de problemas acuciantes

Sr. Director: Agradecemos la oportunidad que nos da la carta de Merino –con quien

nos alegra coincidir, al menos, en que existen deficiencias y en que necesitamos disponer de una atención primaria de peso específico– para resumir nuestro trabajo acerca de los problemas acuciantes en la atención primaria¹. El objetivo del listado de problemas que se incluye en el artículo es el de servir «de ejemplo acerca de los hechos que van marcando el desarrollo débil de la atención primaria en España», como se hacía constar. Hasta la fecha hemos recibido 14 mensajes electrónicos con comentarios diversos acerca del texto y de los problemas incluidos en la lista. Es decir, en nuestra experiencia es un trabajo que ha obtenido eco.

Desde luego, el que haya discrepancias nos anima, pues las críticas y sugerencias: a) obligan a aguzar el ingenio, y b) amplían nuestro horizonte científico y profesional. Como en la práctica clínica, el paso clave en la resolución de problemas es su identificación². No podemos aspirar a dar respuesta a los problemas si ni siquiera los identificamos; es fundamental, pues, que se hagan listados de «hechos», al estilo del listado de problemas acuciantes, para lograr un consenso en torno a la identificación de los problemas. Identificar los problemas no es quedarse en la superficie, sino dar el paso clave en su resolución, aunque la identificación no conlleve, obviamente, la solución. Por ejemplo, y sin ánimo de establecer comparaciones, el «informe Collings»³, una descripción fotográfica y sombría de la práctica cotidiana de la medicina general en la Inglaterra de la posguerra, años cincuenta del siglo pasado, tuvo un impacto tremendo, entre otras cosas, por la crudeza de su descripción de simples «hechos»⁴. Por otro lado, la mayoría de los problemas enumerados se refrendan con bibliografía y algunos de ellos han sido objeto de revisiones propias⁵. A veces los «hechos» no se entienden, pero es peor estar ciegos, no verlos –«el que no sabe es como el que no ve», dice el refrán– y no actuar; como se aconsejaba directamente en un editorial del *British Medical Journal*⁶, es necesaria la toma inmediata de decisiones en problemas clave que están claros, respecto a los que no se necesita más investigación. En otro campo, las estampas de la guerra de Goya pueden parecer superficiales, pero la brutalidad de

los «hechos» que relatan es un alegato contra las guerras más fuerte que la cifra de muertos o mutilados en la Guerra de la Independencia.

El necio confunde cantidad con calidad, y no quisiéramos pasar por tal. Pero si en el futuro todo lo que vamos a poder hacer muy bien (con mucha calidad) es rellenar recetas de especialistas y partes de interconsulta el problema del número de servicios que ofrecemos se vuelve crucial, sobre todo si el número se limita a expensas de reducir los grupos de edad y el sexo de los pacientes que podemos atender. El número y variedad de servicios está disminuyendo por la presión de los especialistas y por la dejación de los generalistas, y en ello nos jugamos el futuro. Por supuesto, lo que debemos hacer tenemos que hacerlo bien, sin duda. Necesitamos profesionales que sepan hacer las cosas bien, pero sobre todo que sepan qué tienen que hacer –no hay necesidad de hacer bien lo que no es necesario hacer, como cortar orejas sanas–. Los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios no llegarán con ningún «plan estratégico de salud», versión moderna de los diagnósticos y planes de salud, sino con la estrategia que ha seguido la profesión en otros países en los que ha logrado calidad –en el trabajo– y respetabilidad –en la sociedad–, como ya comentamos en el artículo citado¹.

Por último, la sociedad señala sus preferencias al elegir a sus representantes en las sociedades democráticas. Los políticos transforman esas preferencias en presupuestos, normas e incentivos que limitan nuestras posibilidades clínicas. Coincidimos con Merino en la necesidad imperiosa de transparencia de la información, pero no sólo de las limitaciones que marcan políticos y gestores, sino también de nuestros errores e insuficiencias. Aunque sea difícil, nos parece lógico que el médico clínico sepa ser, simultáneamente, agente del paciente y de la sociedad, lo que implica el uso juicioso de los recursos, asig-natura en la que más de una vez nos suspenden.

J. Gervas, L. Palomo, R. Pastor-Sánchez, M. Pérez-Fernández y C. Rubio

Red Española de Atención Primaria (REAP). Madrid.

1. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:472-7.
 2. Gervas J, Del Burgo JL, Pérez-Fernández M. La historia clínica. En: Equipo CESCA. Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1987; p. 25-90.
 3. Collings JS. General practice in England today. A reconnaissance. *Lancet* 1950;i: 555-85.
 4. Petchey R. Collings report of general practice in England in 1950: unrecognized, pioneering piece of British social research? *BMJ* 1995;311:40-2.
 5. Pérez-Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN* 1999;25:239-48.
 6. Wilson T, Pringle M, Sheik A. Promoting patient safety in primary care. Research, action and leadership are required. *BMJ* 2001;323:583-4.
-