

ORIGINALES BREVES

El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización?

M.C. de Maya^a, D. Gómez Calcerrada^b, M.J. González^a, C. Mendoza^a y M.J. Martínez Ros^c

Centro de Salud Santa M.^a de Gracia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia.

Objetivos. Analizar el grado de conocimiento que tienen los médicos sobre el uso de recursos que utilizan en atención primaria y su relación con la propia utilización de aquéllos.

Ámbito. Atención primaria de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Diseño. Estudio descriptivo y transversal.

Resultados. Existe escasa concordancia entre los datos reales aportados desde la Unidad de Información y Registro de la Gerencia de Atención Primaria (UIRGAP) y los estimados por los profesionales. Los parámetros más conocidos son la Frecuentación (índice kappa, 0,11) y la presión asistencial (índice Kapa, 0,39). El perfil profesional no se relaciona en general con este grado de conocimiento, sólo se observa con una tendencia a la sobrevaloración de la frecuentación en los médicos con mayor edad ($p < 0,001$). Los profesionales que con mayor desconocimiento tienen un mayor uso de recursos de radiología, con 164 peticiones/1.000 hab./año; derivaciones de especialistas, con 826 /1.000/hab./año y de medicamentos (21 recetas/hab./año.). Así mismo se observa una tendencia a subestimar el uso de recursos con los profesionales con mayor utilización ($p < 0,001$).

Conclusiones. El grado de conocimiento del médico sobre su actividad asistencial y los recursos derivados de ella es escaso e independiente de las características profesionales de aquél. Este es un factor que podríamos considerar como profesional, claramente relacionado con el uso de recursos.

Palabras clave: Atención primaria; Factores profesionales; Uso recursos.

UNDERSTANDING OF CARE ACTIVITY: ANOTHER PROFESSIONAL FACTOR RELATED TO USE?

Objectives. To analyse the doctors' level of understanding of the use of resources in primary care and the relationship of their understanding to the proper use of resources.

Setting. Primary care in the Autonomous Community of Murcia.

Design. Descriptive, crossover study.

Results. There was little concordance between the real data contributed by the unit of information and registration of primary care management and data calculated by the doctors themselves. The best-known parameters are frequency of attendance (kappa index = 0.11) and patient pressure (kappa = 0.39). The profile of the doctors did not in general relate to this degree of understanding; it was only observed in a tendency in older doctors ($p < 0.001$) to overvalue frequency of attendance. The doctors with less understanding used radiology resources more with 164 requests per 1000 inhabitants per year, made more specialist referrals (826 per thousand inhabitants per year) and prescribed more medicines (21 prescriptions per inhabitant per year). Likewise, doctors who used resources most tended to underestimate their use of resources ($p < 0.001$).

Conclusions. The doctor's understanding of his/her health-care activity and of the resources it involves is scant and independent of the doctor's professional characteristics. This is a factor, which we could call the professional factor, clearly related to resource use.

(Aten Primaria 2000; 25: 497-501)

Trabajo financiado con el FIS n.º 98/0463.

^aEspecialista en MFyC.

^bTutor de la especialidad de MFyC.

^cTécnico de Salud Pública. UD. Gerencia de AP.

Correspondencia: M.^a Cristina de Maya Matallana.
C/ Gracia, 3, 4.º. 30002 Murcia.

Manuscrito aceptado para su publicación el 10-XI-1999.

Introducción

Los estudios sobre el uso de recursos son numerosos y comienzan a aparecer en nuestro medio¹⁻⁸. La mayoría de ellos tratan de esclarecer todos los factores que intervienen en ellos, destacando el estudio del paciente o usuario, sobre todo su estado de salud, los factores dependientes del profesional y los factores organizacionales.

En cuanto a los factores asociados al profesional médico, los más estudiados han sido género, edad, lugar y tipo de formación, estilo de práctica, rasgos de personalidad y capacidad de comunicación⁹⁻¹⁵. Pero no disponemos de estudios en nuestro ámbito acerca del grado de información o conocimiento de éste sobre los recursos que está utilizando en la consulta diaria.

Con frecuencia se argumenta que los recursos sanitarios son limitados y que el profesional médico debe de optimizarlos lo mejor que pueda. El profesional debería, por tanto, tener conocimiento, al menos básicamente, de los recursos que utiliza¹².

Últimamente se aduce al respecto la importancia de que los profesionales médicos sean sus propios gestores, que conozcan sus recursos y en general que utilicen diferentes estrategias para poder mejorar este sistema sanitario. Con este estudio pretendemos los siguientes objetivos:

1. Analizar el grado de conocimiento que tiene el médico sobre el uso de recursos que maneja habitualmente.
2. Averiguar si este conocimiento se relaciona a su vez con el uso de los recursos.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo y transversal, llevado a cabo en las áreas sanitarias I, IV, V y VI, que son las dependientes de la misma unidad de gestión y del total de las 6 áreas existentes de la Comunidad Autónoma de Murcia, en el ámbito de la atención primaria. Se inclu-

yeron en el estudio los 330 médicos pertenecientes a dichas áreas. Como fuente de información hemos recogido los datos facilitados por la Unidad de Información y Registro de la Gerencia de Atención Primaria (UIRGAP). Para comparar esta información, se utilizó un cuestionario dirigido y enviado por correo a estos mismos profesionales, diseñado por los investigadores a tal efecto y que agrupaba las variables en 4 apartados: ámbito de trabajo, características profesionales, disponibilidad y uso de recursos. Finalmente, contestaron 120 médicos al cuestionario, que han sido los utilizados para comparar dicha información. Las variables estudiadas son:

1. Referentes al médico y a la organización: edad, género, antigüedad total ejerciendo como médico de AP, antigüedad en la plaza actual, categoría profesional, vinculación a la plaza actual, lugar de formación graduada, lugar de formación posgraduada, tamaño de cupo, porcentaje de mayores de 65 años asignados, disponibilidad de especialidades y de pruebas complementarias en el centro, tutor de especialidad.

2. Relativas al uso de recursos: presión asistencial, frecuentación, número de radiografías, analíticas, derivaciones a especialistas y número de medicamentos. Toda esta información referida al último año de asistencia (1998).

Hemos considerado como variables independientes aquellas relacionadas con el médico y la organización, y como variables dependientes, las relativas al uso de recursos.

Como indicador de presión asistencial, se ha utilizado el promedio de pacientes/médico/día. La frecuentación o intensidad de uso se midió por el número de visitas por habitante y año. El uso de pruebas complementarias (analítica, radiología, derivaciones), mediante el promedio por cada 1.000 habitantes asignados/año. Para el número de medicamentos se ha utilizado el promedio de recetas por habitante y año. En las variables uso de recursos, se agruparon los datos facilitados por la UIRGAP de forma similar a las categorizadas en el cuestionario (anexo 1), creándose posteriormente una variable resultante de la diferencia en valor absoluto entre la puntuación obtenida mediante el cuestionario y la del uso real de recursos, ambas agrupadas; y otra en valor aritmético, resultante de la diferencia entre estas mismas puntuaciones.

Para analizar el grado de concordancia entre los datos facilitados por la UIRGAP y los facilitados por el profesional en el cuestionario, se han calculado los índices Kappa y de Kendall. Para el estudio de la relación entre las variables cuantitativas, se ha utilizado el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Para las comparaciones entre medias se ha utilizado análisis de variancia y la t de Student.

Para el análisis estadístico cara a comparar el grado de conocimiento con el uso de recursos y el perfil profesional se han uti-

TABLA 1. Grado de concordancia entre el conocimiento del médico y el uso real de recursos

	Puntuación media UIRGAP	Puntuación media encuestados	I. kappa	I. de Kendall	p
Presión asistencial	3,06	3,05	0,39	1	< 0,001
Frecuentación	4,78	4,07	0,11	0,68	< 0,0001
Laboratorio	2,86	2,36	0,06	0,37	< 0,001
Radiología	4,02	3,2	0,14	0,011	< 0,001
Derivación especialista	2,94	2,03	0,09	0,25	0,56
N.º de medicamentos	3,49	2,47	0,03	0,14	< 0,001

UIRGAP: Unidad de Información y Registro de la Gerencia de Atención Primaria.

lizado los tests no paramétricos de Mann-Witney-Wilcoxon y de Kruskal-Wallis. Se ha considerado una diferencia entre grupos o una relación entre variables para un nivel de significación menor de 0,05.

Resultados

En general, el grado de conocimiento observado es bajo, según se desprende de los resultados obtenidos y que se pueden apreciar en la [tabla 1](#). Vemos cómo la mayor concordancia se alcanza en la presión asistencial, como podemos observar en el índice de concordancia del ordenamiento de las puntuaciones o índice de Kendall (W).

Sin embargo, la concordancia entre grupos, descontando la concordancia debida al azar o índice kappa, proporciona una puntuación que no llega en ningún caso a superar el valor de 0,39, resultado obtenido para la presión asistencial, siendo muy baja para el resto de parámetros analizados. En cuanto al perfil profesional del médico, la edad media (42,3) de éste no se relaciona con un mayor conocimiento sobre la presión asistencial (PA), con una $p = 0,056$; ni con un mayor conocimiento sobre las peticiones de laboratorio, derivaciones a especialistas y número de radiologías, con $p = 0,13$, $p = 0,57$ y $p = 0,68$, respectivamente. Hay que destacar que los médicos con mayor edad tienden a informar acerca de este parámetro con valores superiores a los que realmente tienen, siendo la edad media de 51 años para los que puntúan 2 grupos por encima de su valor, con $p < 0,001$, y de 52 para los que tienen 3 grupos por encima de su valor real ($p < 0,001$); no obstante, no se ha encontrado una correlación significativa entre estos indicadores ($R, 0,13$; $p = 0,16$).

El género no influye en un mayor grado de conocimiento sobre la PA, ni

sobre la frecuentación, peticiones de laboratorio, derivaciones a especialistas ni con las peticiones de radiología, con $p = 0,64$, $p = 0,49$, $p = 0,22$, $p = 0,57$ y $p = 0,65$, respectivamente. Tampoco se han obtenido diferencias significativas en ninguno de los recursos respecto al perfil profesional analizado, como son el ser o no médico de familia vía MIR, el ser tutor docente, la categoría profesional (médico general de cupo, médico general de EAP, médico APD de cupo, médico APD de EAP, coordinador de EAP, coordinador APD de EAP), la vinculación con la plaza actual (propietario por oposición, propietario por concurso de traslado, propietario por integración, sustituto de propietario, interino o indefinido, comisión de servicio y otros), número de especialidades, antigüedad reconocida en la plaza del sistema público y en la plaza actual.

Al analizar el uso de recursos según el grado de conocimiento que tiene el profesional, apreciamos valores bastante homogéneos en la utilización de los distintos recursos, aunque con una clara tendencia a aumentar conforme disminuye el grado de conocimiento de éste, produciéndose dispersiones altas cuando nos acercamos a valores extremos ([tabla 2](#)).

Por ejemplo, vemos que la frecuentación es muy elevada para aquellos que presentan muy escaso conocimiento (15 visitas/hab./año), al igual que podemos observar con la derivación a especialistas (722 derivaciones por 1.000 hab.) en los que tienen escaso conocimiento y 826/1.000 hab. en los de muy escaso conocimiento; de 164 para el caso de la radiología en los que hemos considerado como nulo conocimiento o con 6 grupos de diferencia.

En la [tabla 3](#) analizamos igualmente el uso de recursos, pero en relación con la diferencia de valor entre los datos del encuestado y los obtenidos de la UIRGAP, con lo que así valora-

TABLA 2. Uso de recursos según el grado de conocimiento

Grado de conocimiento (diferencia entre grupos, en valor absoluto)*	Presión asistencial (n.º visitas/día, IC del 95%)	Frecuentación (n.º visitas/hab./ año)	Radiología (n.º /1.000 hab./ año)	D. especialista (n.º/1.000 hab./ año)	Laboratorio (n.º/1.000 hab./ año)	N.º medicamentos (N.º recetas/hab./ año)
Máximo (0)	46,2 (42,2-50,2)	8,7 (7,6-9,8)	15	417 (374-459)	456 (408-504)	13,7 (12,8-14,5)
Aceptable (1)	50,5 (46,0-55,0)	8,0 (7,4-8,6)	46 (30-57,6)	451 (412-490)	456 (423-488)	14,7 (13,7-15,7)
Regular (2)		8,4 (7,7-9,2)	47 (29,2-65,7)	565 (508-622)	497 (446-549)	14,4 (13,6-15,2)
Escaso (3)	—	9,7(7,9-11,5)	65 (9,7-120,2)	722 (652-791)	585 (208-962)	16,5 (13,8-19,2)
Muy escaso (4)	—	15,0 (40-28)	—	826	—	21,4 (16,3-26)
Mínimo (5)	—	—	91 (19-201)	—	—	—
Nulo (6)	—	—	164 (190-138)	—	—	—
p	0,003	0,001	< 0,001	< 0,001	0,14	<0,001

*Diferencia de puntuación (en valor absoluto) entre la puntuación de los recursos utilizados por el médico y la puntuación facilitada por UIRGAP.

TABLA 3. Uso de recursos según la estimación del médico

Grado de conocimiento (diferencia entre grupos)*	Presión asistencial (n.º de visitas/día, IC del 95%)	Frecuentación (n.º visitas/hab./año)	Radiología (n.º ped./1.000 hab./ año)	D. especialista (n.º ped./1.000 hab./ año)	Laboratorio (n.º pet./1.000 hab./ año)	N. medicamentos (n.º rec./1.000 hab./ año)
+3		7,4 (5,7-9,2)	37 (159-234)		386 (329-443)	—
+2		8,1 (6,4-9,7)	47 (283-377)	552 (539-564)	358 (166-549)	14,9 (13,7-15,7)
+1	48 (42,5-54,4)	7,2 (5,1-9,2)	44 (27-61)	358 (247-468)	86 (334-451)	15,6 (13,1-18,1)
0	46 (42,2-50,2)	8,7 (7,6-9,8)	15	417 (374-443)	456 (408-504)	13,7 (12,8-14,5)
-1	54 (47,1-62,5)	8,2 (7,7-8,7)	48 (27-70)	470 (429-511)	479 (442-516)	—
-2	—	8,5 (7,6-9,5)	47 (36-59)	566 (503-629)	536 (499-573)	—
-3	—	10,6 (8,5-12,8)	92 (-2,7 a 187,7)	722 (652-791)	784 (642-846)	—
-4		15	143 (140,8-145,1)	826		
-5		—	164 (161,5-166,1)			
p	0,042	0,0025	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

*Diferencia aritmética de puntuación entre los datos facilitados por el encuestado y los facilitados por UIRGAP.

mos la tendencia de puntuar mayor o menor que la puntuación real. La frecuentación es mayor en los que puntúan 3-4 grupos menos que su valor real (15 visitas/hab./año); se obtienen 92, 143 y 164 peticiones de radiología/1.000 hab. para los que puntúan 3, 4 y 5 grupos, respectivamente, menos de su valor.

Para el caso de derivaciones a especialistas, los que puntúan 3, 4 y 5 grupos menos tienen mayor uso de este recurso con 722, 727 y 826 peticiones/1.000 hab./año.

Sin embargo, esta tendencia no se objetiva para el uso de medicamentos, aunque existan diferencias significativas ($p = 0,008$).

Discusión

El objetivo de la investigación en servicios sanitarios es estudiar los factores que determinan la práctica profesional¹⁶.

De este estudio se desprende que el profesional médico de nuestras áreas tiene, en general, escaso conocimiento (o muy escaso si exceptuamos la utilización general) de los recursos que maneja habitualmente.

Estos hallazgos llaman aún más la atención si consideramos, por una parte, que el cuestionario fue diseñado para responder de forma aproximada con un margen de error bastante amplio al agrupar los resultados de los indicadores analizados; y por otra parte el posible sesgo de selección obtenido al analizar una parte de los profesionales, es decir, los que contestaron al cuestionario, teóricamente los más motivados hacia este tipo de información.

La presión asistencial es el parámetro más conocido, quizá porque se corresponde con datos muy directos que están relacionados con el trato personal y a los que tradicionalmente se está habituado, como es la can-

tidad de pacientes que se atienden en la consulta diaria. Sin embargo, llama la atención cómo un indicador derivado de éste, la frecuentación, sea tan poco conocido.

Se puede decir que no existe un perfil del profesional que sea indicativo de un mayor conocimiento, ya que en general no influyen la edad, el género, el ser tutor, la vinculación con la plaza, la categoría profesional ni la existencia ni tipo de formación posgraduada.

Desde hace ya algunos años se dispone en nuestro ámbito de un Programa de Información Personalizada de Actividades Sanitarias (conocido como PIPAS), que es facilitado periódicamente por la UIRGAP a cada uno de los médicos de su unidad de gestión. A la vista de nuestros resultados, la disponibilidad de esta información no se corresponde con un razonable grado de conocimiento; por tanto, no parece que este sistema re-

sulte muy eficaz para este cometido. No parece, pues, que los médicos nos mostremos muy interesados por conocer estos parámetros que se derivan de la práctica clínica, a pesar de que cada día se está dando más importancia desde los servicios de gestión sanitaria¹⁷.

Una encuesta realizada recientemente a los médicos británicos, reflejó el interés por la gestión de los recursos sanitarios como uno de los factores principales estimados que determinan la capacitación profesional del médico de AP¹⁷.

Cabe destacar que en nuestro estudio se pone de manifiesto que los profesionales que más uso de recursos utilizan son, a su vez, los que más desconocimiento tienen al respecto, y además suelen responder con un menor uso de los mismos. Por tanto, éste aparece como otro factor profesional claramente relacionado con la utilización, como hemos podido comprobar. Las variables dependientes del profesional, al igual que la del entorno y organización donde trabaja, son menos importantes que las que se refieren al usuario y a su estado de salud, aunque a diferencia de éstos podemos utilizarlas con mayor facilidad para la intervención y mejora de la actividad sanitaria.

El conocimiento de estos factores, algunos modificables como el que acabamos de describir, puede ser útil para canalizar otras estrategias de in-

formación, o quizá de formación, hacia grupos específicos.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración ofrecida por la Gerencia de Atención Primaria, en especial por la Unidad de Información y Registro, así como a todos los profesionales que han tenido la generosidad de participar en el cuestionario, sin la cual no hubiera sido posible realizar este trabajo.

Bibliografía

- Gómez-Calcerrada D, Hernández F, Pérez D, Marset P. Factores asociados a la frecuentación y volumen de recursos utilizados en un centro de Salud. MEDIFAM 1996; 6 (2): 92-101.
- Sonis A. Investigación en salud pública. En: Sonis A, editor. Medicina sanitaria y administración de salud. Buenos Aires: El Ateneo, 1982; 188-204.
- Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the US: realized and potential. Medical Care 1978; 16: 533.
- Yagüe AJ, Blanco MT, Juez AA. Análisis de las derivaciones realizadas en un centro de salud. Aten Primaria 1991; 8: 472-476.
- Gómez-Calcerrada D, Pérez D, Marset P. Exploraciones y derivaciones a un centro de salud: estudio de los factores asociados. Aten Primaria 1996; 353-357.
- Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda en Asistencia Primaria. Aten Primaria 1987; 4: 148-153.
- Abánades JC, Cabedo V, Cunillera R, García JJ, Jolín L, Martín M et al. Variables que determinan la prescripción

del médico de familia. Documentos semFYC n.º 9. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1997.

- López LA, Jiménez J, Delgado A, Luna JD. El género del médico y la práctica profesional. El Médico 1996; 23-II: 46-51.
- López LA. Factores internos que influyen en la utilización de servicios en AP. El Médico 1997; 627: 46-51.
- Hjortdahl P, Borchgreuink CF. Continuity of care: Influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. BMJ 1991; 303: 1181-1184.
- Bonal P. Factores influenciadores del médico. En: Factores que intervienen en la utilización de los servicios sanitarios. Monografías clínicas en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1991; 29-37.
- Eisenberg M. Physician utilization: the state of research about physician practice patterns. Medical Care 1985; 23: 461.
- Hulka S, Wheat R. Patterns of utilization: the patient perspective. Medical Care 1985; 23: 438-460.
- Wilensky R, Rossiter F. The relative importance of physician induced demand for medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 1983; 61: 252-277.
- Navarro MD. La investigación en la práctica clínica. El Médico 1999; 4-VI: 27-34.
- Loayssa JR, Indurain S, Extremera V, Agreda J, Extramiana E, Vilches C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. Aten Primaria 1997; 20(1) 34-39.
- Gené J. Pacientes exigentes, profesionales competentes y gestores clínicos: claves de la atención primaria de salud del siglo XXI. Aten Primaria 1999; 23: 143-149.

Anexo 1. Cuestionario propuesto a los profesionales

Vinculación al puesto de trabajo actual:

- ☐ Propietario por oposición.
- ☐ Propietario por concurso de traslado.
- ☐ Propietario por integración.
- ☐ Sustituto de propietario.
- ☐ Interino o indefinido.
- ☐ Comisión de servicio.
- ☐ Otros (especificar).

Categoría profesional:

- ☐ Médico general de cupo.
- ☐ Médico general de EAP.
- ☐ Médico APD de cupo.
- ☐ Médico APD de EAP.
- ☐ Coordinador de EAP.
- ☐ Coordinador APD de EAP.

¿Estás acreditado como tutor de atención primaria?:

☐ Sí ☐ No

¿Estás ejerciendo actualmente como tutor?:

☐ Sí ☐ No

Disponibilidad de recursos

¿Existen especialistas en el centro?:

- ☐ No
- ☐ Sí (marcar los que correspondan si dispone de más de uno).
 - ☐ Unidad de Salud Mental.
 - ☐ Tocología y/o ginecología.
 - ☐ Rehabilitación.
 - ☐ Otros (especificar).

Anexo 1. Cuestionario propuesto a los profesionales (continuación)

Exploraciones complementarias en tu centro de trabajo:

- ☐ No
☐ Sí (Marcar las que correspondan si dispone de más de una).
☐ Extracción de analítica (sangre y orina): n.º de días a la semana
☐ Radiología.
☐ ECG.
☐ Espirometría.
☐ Toma de muestras para microbiología (frotis, exudado vaginal...)
☐ Otros (especificar).

Distancia aproximada al centro de referencia para pruebas complementarias no disponibles en tu centro y a especialistas (en km o en minutos, utilizando medios de transporte usuales):

- | | | | |
|--|----|---|-----|
| ☐ Radiología: | km | o | min |
| ☐ Analítica: | km | o | min |
| ☐ Especialistas extrahosp.: | km | o | min |
| ☐ Hospital de referencia: | km | o | min |

Uso de recursos

Contesta la cifra exacta, si la conoces, o bien aproximada del indicador que prefieras, referido siempre al último año (julio 1996-junio 1997)

Presión asistencial (media diaria de pacientes en la consulta durante el último año):

- _____ pacientes/día o
☐ Entre 0 y 20 pacientes/día.
☐ Entre 21 y 40 pacientes/día.
☐ Entre 41 y 60 pacientes/día.
☐ Entre 61 y 80 pacientes/día.
☐ Entre 81 y 100 pacientes/día.
☐ Entre 101 y 120 pacientes/día.
☐ Más de 120 pacientes/día.

Frecuentación (número medio de visitas por habitante asignado en el último año)

- _____ Visitas/hab. asig./año o
☐ Entre 0 y 2 visitas/hab. asig./año.
☐ Entre 2,1 y 4 visitas/hab. asig./año.
☐ Entre 4,1 y 6 visitas/hab. asig./año.
☐ Entre 6,1 y 8 visitas/hab. asig./año.
☐ Entre 8,1 y 10 visitas/hab. asig./año.
☐ Entre 10,1 y 12 visitas/hab. asig./año.
☐ Más de 12 visitas/hab. asig./año.

Media de analíticas solicitadas en general (sangre, orina, heces) en el último año.

- _____ Analíticas/1.000 hab. asig./año o
☐ Entre 0 y 200 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 201 y 400 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 401 y 600 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 601 y 800 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 801 y 1.000 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Más de 1.000 anal./1.000 hab. asig./año.

Media de exploraciones radiológicas solicitadas en el último año:

- _____ RX/1.000 hab. asig./año o
☐ Entre 0 y 20 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 21 y 40 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 41 y 60 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 61 y 80 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 81 y 100 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 101 y 120 RX/100/hab. asig./año.
☐ Entre 121 y 140 RX/100/hab. asig./año.
☐ Más de 140 RX/100/hab. asig./año.

Media de derivaciones a especialistas realizadas en el último año:

- _____ Deriv./1.000 hab. asig./año o
☐ Entre 0 y 200 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 201 y 400 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 401 y 600 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 601 y 800 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 801 y 1.000 anal./1.000 hab. asig./año.
☐ Más de 1.000 anal./1.000 hab. asig./año.

Media de recetas en el último año:

- _____ Recetas/1.000 hab. asig./año o
☐ Entre 0 y 5 rec./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 5,1 y 10 rec./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 10,1 y 15 rec./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 15,1 y 20 rec./1.000 hab. asig./año.
☐ Entre 20,1 y 25 rec./1.000 hab. asig./año.
☐ Más de 25 rec./1.000 hab. asig./año.