

ORIGINALES**VALORACION DE LA DEMANDA Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DE LA POBLACION RURAL DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA. ENCUESTA POR ENTREVISTA PERSONAL****M. C. Sáenz González, J. A. Mirón Canelo, R. González Celador**

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina-II Hospital Clínico Universitario. Universidad de Salamanca.

RESUMEN

Este trabajo se enmarca dentro de los estudios epidemiológicos comunitarios y tiene por objeto conocer la demanda y utilización de servicios sanitarios de la población rural de la provincia de Salamanca a través de la aplicación de una Encuesta de Salud a una muestra representativa de la misma.

La encuesta por entrevista personal es un método útil para la obtención de datos en investigación epidemiológica; constituye un instrumento de información sanitaria rápida, directa y actualizada que permite conocer, entre otros, la demanda y utilización de servicios, sin excluir aquella parte que no utiliza habitualmente los servicios sanitarios (Población marginal).

Presentamos aquí una descripción de los datos, a partir de cuyo análisis podemos definir cuáles son algunas de las necesidades y problemas a priorizar y solventar por el Sistema Sanitario y prever racionalmente el futuro en materia de demanda de servicios sanitarios, lo que constituye la esencia de la Planificación Sanitaria.

Según los resultados obtenidos, la mayor demanda se produce en el primer nivel con un porcentaje del 71%. Siendo el principal motivo de consulta, la petición de recetas. A nivel hospitalario sólo llegan el 7% de las demandas que se producen en el primer nivel. Lo que da idea de la trascendencia funcional de la Atención Primaria en nuestro Sistema Sanitario.

Palabras clave: Demanda y utilización de servicios, Planificación Sanitaria, Encuesta por entrevista.

INTRODUCCION

En nuestro actual Sistema Sanitario,

Correspondencia:
Profesora Dra. María del Carmen Sáenz González.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital Clínico Universitario. Universidad de Salamanca.
Paseo de San Vicente 108-182. 37007 Salamanca.

ABSTRACT**Assessment of the Demand for and Use of Health Services among the Rural Population of the Province of Salamanca. Polling by Personal Interviews.**

This study falls within the framework of the Community epidemiological studies and has the aim of ascertaining the demand for and use of health care services on the part of the rural population in Salamanca through the use of a Health Survey taken on a representative sample thereof.

Surveys based on personal interviews are a useful method for obtaining data in epidemiological research and are a fast way of obtaining direct, up-to-date health data, making it possible to ascertain data such as demand for and use of services without excluding that sector of the population not normally making use of the health care services (the underprivileged).

Herein, we provide a description of the data which, when analyzed, can aid us in defining some of the needs and problems to be given priority and to be solved by the Health Care System and in rationally forecasting the future demand for health care services, which is the essence of Health Care Planning.

According to the results obtained, the greatest demand is for primary care, falling within the 71% percentile, with the main reason for seeking medical advice being the request for prescriptions. Only 7% of the demand at the level of primary care reach the hospital level, which gives one an idea of the functional importance of Primary Care in our Health Care Systems.

Key Words: Demand for and use of services. Health Care Planning, Survey by contact.

los servicios sanitarios deben ser entendidos como bienes públicos o privados que deben ser planificados y gestionados con la ayuda de un Sistema de Información que aporte datos e información necesaria y adecuada para tal fin^{1, 2}.

La demanda de atención de Salud y los costos crecientes de la misma obligan a una óptima utilización y distribución de los recursos existentes, hecho que adquiere suma importancia en lo que hace referencia a la Planificación de los servicios sanitarios ^{3,4}.

Con este estudio tratamos de cuantificar la demanda de atención, tanto del nivel primario como del especializado, que hace la población rural de la provincia de Salamanca. La metodología empleada son las encuestas, las cuáles facilitan datos que de otro modo no se podrían obtener ⁵.

Por tanto, analizamos la utilización y demanda de servicios sanitarios de la población rural con la finalidad de aportar información adecuada y válida para las autoridades sanitarias responsables de la Planificación, Administración y Gestión de nuestro Sistema de Salud.

MATERIAL Y METODO

El ámbito de estudio de este trabajo lo constituye la provincia de Salamanca que está ubicada al Oeste de la Península Ibérica, tiene forma rectangular y una extensión de 12.336 Km². La densidad provincial es de 29 habitantes por Km² y excluyendo la población y la superficie de la capital, sería de 16 hab/km². Esta densidad le supone estar entre las provincias de menor número de habitantes por kilómetro cuadrado de España.

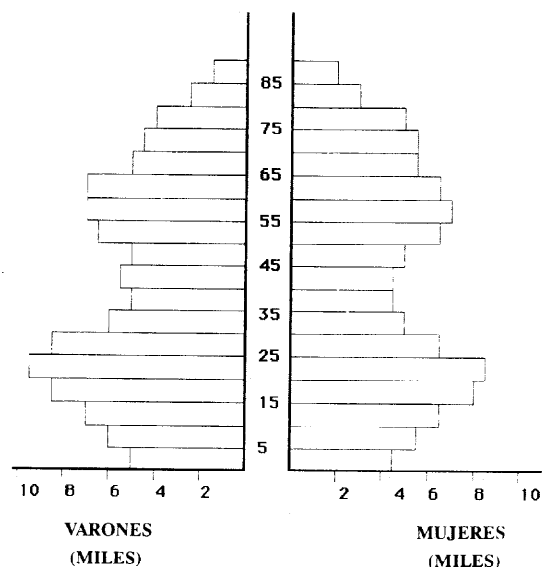
De la distribución por tamaño poblacional de los 357 municipios que existen en la actualidad, destacamos que el 70 por 100 de los municipios tienen menos de 500 habitantes, lo que nos indica que nos encontramos ante una provincia eminentemente rural y con gran dispersión de la población ⁵.

Las etapas seguidas han sido las habituales en este tipo de estudios ^{6,7}. En

primer lugar, se realizó un estudio demográfico con los datos aportados por la Diputación de Salamanca, provenientes de la recogida conjunta entre la Diputación y la Delegación provincial de Salamanca del Instituto Nacional de Estadística. Fueron agrupados por nosotros en Zonas Básicas de Salud según el mapa de ordenación territorial de Atención Primaria de la Junta de Castilla y León ⁸.

La Pirámide de Población (figura 1) correspondiente a la población total que nos ocupa se corresponde morfológicamente con un bulbo o hucha, por tener una base estrecha, ensanchándose progresivamente hacia el centro, para disminuir lentamente hacia el vértice. Se trata pues de una población madura con un marcado proceso de envejecimiento. Esto mismo reflejan los Índices demográficos de Sundbarg y Fritz.

FIGURA 1
PIRAMIDE DE POBLACION DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA (NO CAPITAL) SEGUN PADRON MUNICIPAL DE 1 DE ABRIL DE 1986)



El tamaño de la muestra se estableció estratificando la población de la Provincia de Salamanca por Zonas de Salud y por edades de los cabeza de familia. El tamaño de la misma se calculó mediante la fórmula para universos finitos ⁹.

El nivel de confianza fue de 2 desviaciones típicas (96 por 100) y el error de muestreo del 4 por 100, con lo que el tamaño de la muestra resultó ser de *619 familias*. Como unidad muestral se tomó el *domicilio familiar*, ya que es en éste donde se realizan las interacciones sociales que condicionan en gran medida el comportamiento sanitario. Considerando como domicilio familiar al conjunto de personas que viven en un mismo domicilio y comparten una vida doméstica y económica comunes. Por ello, los términos domicilio familiar y familia tienen para nosotros el mismo significado ^{5,6}.

Posteriormente se pasó a la elaboración y redacción del cuestionario, tanto el tipo de preguntas contenidas en el mismo, como el orden de los items, su extensión, claridad y formato de presentación, influyen en la validez de las respuestas obtenidas. Por ello, la mayoría de los contenidos del cuestionario y su forma de presentación han sido utilizadas de forma similar a otras encuestas ^{6,10,11,12} lo que nos ofrece un marco de referencia, a tener presente, sobre la validez de este tipo de mediciones.

El cuestionario quedó definitivamente compuesto por 60 items, la mayoría cerrados, que incluyen seis áreas de investigación:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| 1— Morbilidad Aguda | 4— Hábitos de Salud. |
| 2— Morbilidad Crónica. | 5— Consumo de medicamentos |
| 3— Utilización de servicios. | 6— Características sociodemográficas. |

El período de retrospectión utilizado para cada variable está condicionado por la necesidad de obtener información y por el efecto memoria (se recuerdan más y mejor los procesos graves que los leves) ^{12, 13}.

Los períodos de retrospectión establecidos fueron los siguientes:

Consulta médica	15 días
Hospitalización	1 mes
Dentista	1 año.
Medicamentos (consumo)	15 días.

El siguiente paso fue la *preparación de los entrevistadores* que fueron seleccionados dentro del personal facultativo del Departamento de Medicina Preventiva del Hospital Clínico de Salamanca quienes realizaron el trabajo de campo. La formación de los mismos se realizó mediante un cursillo impartido por los profesores con experiencia en este tipo de estudios¹⁰, dando cuenta del objetivo del estudio, definiciones de las variables recogidas en el cuestionario y las instrucciones precisas para cumplimentar cada apartado.

Posteriormente y con la finalidad de poner a prueba el cuestionario, se realizó un *estudio piloto* que consistió en la aplicación del cuestionario a una muestra de la población, por parte de 12 alumnos voluntarios de 6.º Curso de la Licenciatura de Medicina de la Universidad de Salamanca, a los que previamente se les explicó el motivo y la finalidad que perseguía el trabajo. Posteriormente se analizó en cada una de las variables las dificultades que sobre el terreno se habían encontrado en su aplicación y corrigiendo las deficiencias encontradas, se estableció el cuestionario definitivo.

El *trabajo de campo* fue realizado desde el 21 de marzo hasta el 30 de junio de 1988, mediante encuesta por entrevista personal. Las encuestas realizadas eran supervisadas con cada encuestador antes de ser analizadas y convenientemente codificadas para su posterior procesamiento. Aquellas encuestas en las que se detectaban errores o una mala cumplimentación eran anuladas y no se incluían en el estudio.

Así mismo en aquellas familias en las que no era posible realizar la encuesta, se seleccionaba al azar otro domicilio con las mismas características epidemiológicas.

Una vez concluida esta fase, se procedió a codificar las encuestas y a su introducción en una Base de Datos Omnis-3; ambos procedimientos fueron procesados por un ordenador Macintosh Plus que soporta un disco duro de 40 megabytes.

La totalidad de las 619 encuestas ocupan un total de 6.480 kbytes.

Por último, se llevó a cabo el estudio estadístico, con objeto de analizar los resultados obtenidos, éstos son expresados en tantos por cien con su intervalo de confianza para una seguridad de 95 por 100¹⁴.

RESULTADOS

La demanda del primer nivel asistencial es del 71% de las familias en-

cuestadas en los 15 días anteriores a la entrevista. Resultando la derivación al segundo nivel u hospitalario del 7 por 100.

Los motivos de consulta de las familias que utilizaron el primer nivel asistencial se presentan en tabla n.º 1, ocupando el primer lugar la Morbilidad con un porcentaje del 57 por 100, incluyendo como tal, el Diagnóstico y tratamiento no urgente, la Revisión de enfermedad y las urgencias. Le sigue en orden de importancia la petición de recetas con un 34 por 100.

La utilización de servicios de odontología fue en el año anterior a la encuesta del 17 por 100.

El consumo de medicamentos por parte de las familias fue del 83% de las familias, en los 15 días anteriores a la entrevista. En tabla números 2 y 3 se observan los grupos de medicamentos consumidos y hallados en los domicilios familiares, éstos fueron agrupados según la Clasificación Anatómica¹⁵.

TABLA 1
DEMANDA DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA Y MOTIVOS DE CONSULTA Y VISITA
EN EL PRIMER NIVEL ASISTENCIAL

Nivel asistencial*	N.º de familias	%	Intervalo de confianza
Atención Primaria	442	71	71 ± 4
Atención Especializada	42	7	7 ± 2
Motivos de consulta*	N.º	%	Intervalo de confianza
Diagnóstico y tratamiento no urgente	175	27	27 ± 3
Revisión de la enfermedad	170	26	26 ± 3
Consulta o visita preventiva	48	7	7 ± 2
Urgencia	25	4	4 ± 1
Petición de recetas	222	34	34 ± 3
Certificados y otros documentos	12	2	2 ± 1
Otras	4	0	0 ± 1

TABLA 2
MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR LA POBLACION DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA EN LOS ULTIMOS 15 DIAS

Grupos de medicamentos *	N.º de familias	%	Intervalo de confianza
Grupo A. AP. DIGESTIVO Y METABOLISMO	104	16	16 ± 3
A02. Antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras péptica	46	7	7 ± 2
A11. Vitaminas	58	9	9 ± 2
Grupo J. ANTIINFECCIOSOS VIA GENERAL	137	20	20 ± 3
Grupo M. AP. LOCOMOTOR	137	20	20 ± 3
M01. Antiinflamatorios y antirreumáticos	137	20	20 ± 3
Grupo N. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	188	27	27 ± 3
N02. Analgésicos	111	16	16 ± 3
N05. Psicofépticos	77	11	11 ± 2
Grupo R. AP. RESPIRATORIO	114	17	17 ± 3
R03. Antiasmáticos	45	7	7 ± 2
R05. Antigripales y antitusígenos	69	10	10 ± 2

* Clasificación Anatómica-Química-Terapéutica.

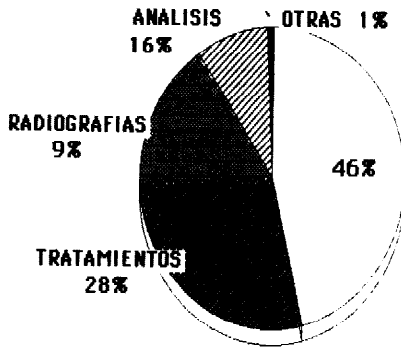
TABLA 3
MEDICAMENTOS HALLADOS EN LOS HOGARES DE LA PROVINCIA DE SALAMANCA

Grupos de medicamentos *	N.º de familias	%	Intervalo de confianza
Grupo A. AP. DIGESTIVO Y METABOLISMO	155	9	9 ± 2
A02. Antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras péptica	70	4	4 ± 2
A11. Vitaminas	85	5	5 ± 2
Grupo C. AP. CARDIOVASCULAR	61	3	3 ± 1
C04. Vasoterapia cerebral y periférica	61	3	3 ± 1
Grupo J. ANTIINFECCIOSOS VIA GENERAL	238	13	13 ± 3
Grupo M. AP. LOCOMOTOR	303	17	17 ± 3
M01. Antiinflamatorios y antirreumáticos	303	17	17 ± 3
Grupo N. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	550	31	31 ± 4
N02. Analgésicos	445	25	25 ± 3
N05. Psicofépticos	105	6	6 ± 2
Grupo R. AP. RESPIRATORIO	211	12	12 ± 3
R03. Antiasmáticos	58	3	3 ± 1
R05. Antigripales y antitusígenos	153	9	9 ± 2
OTROS	268	15	15 ± 3

* Clasificación Anatómica-Química-Terapéutica.

La necesidad de Pruebas y Tratamientos complementarios por parte de las familias que demandan cuidados en el nivel de Atención Primaria se presenta en la figura 2.

FIGURA 2
DEMANDA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTOS
A PARTIR DEL PRIMER NIVEL



En cuanto al tipo de hospitalización, los resultados de nuestra encuesta dan un mismo porcentaje para las programadas y las urgentes con un 50 por 100. El tiempo de espera para las hospitalizaciones programadas se refleja en la tabla número 4.

La duración de las hospitalizaciones y la valoración del proceso asistencial recibido en el nivel hospitalario se presenta en tabla número 5.

Las especialidades a las que más se derivan los pacientes desde el primer nivel son, según orden de importancia, las siguientes: Traumatología, Oftalmología, Odontología, Cardiología y Ginecología. Figura 3.

DISCUSION

Siendo conscientes de los múltiples sesgos⁷ que se pueden cometer en este tipo de estudios, hemos tratado de minimizarlos al máximo con una buena planificación, organización y ejecución del mismo^{10, 11, 12, 13, 16}.

De nuestro estudio se desprende que la mayor demanda de atención se produce en el nivel de Atención Primaria, además éste cumple la función "filtro" que tiene encomendada en el actual Sistema Sanitario ya que la derivación hacia el nivel especializado es del 10% de los pacientes atendidos en el primer nivel.

TABLA 4

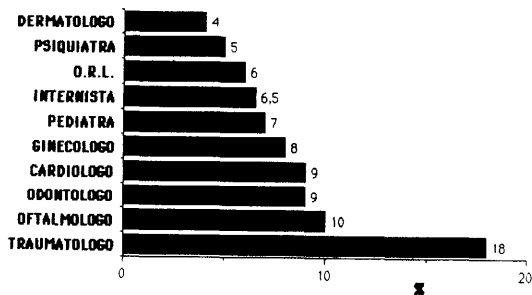
TIPOS DE HOSPITALIZACION Y TIEMPO DE ESPERA PARA LAS HOSPITALIZACIONES PROGRAMADAS

Tipo de Hospitalización	N.º de familias	%	Intervalo de confianza
Programada	21	50	50 ± 4
Urgente	21	50	50 ± 4
H. programada —Tiempo de Espera—			
Menos de 15 días	4	19	19 ± 3
Entre 15 y 30 días	2	10	10 ± 2
Entre 1 y 2 meses	2	10	10 ± 2
Entre 2 y 3 meses	5	24	24 ± 3
Más de tres meses	8	38	38 ± 4

TABLA 5
DURACION Y VALORACION DE LA ASISTENCIA RECIBIDA DURANTE LA HOSPITALIZACION

Duración de la Hospitalización	N.º de familias	%	Intervalo de confianza
Menos de 7 días	18	43	43 ± 4
Entre 7 y 14 días	11	26	26 ± 3
Entre 15 y 30 días	11	26	26 ± 3
Entre 31 y 45 días	2	5	5 ± 2
Más de 45 días	—	—	—
Valoración de la Asistencia			
Muy buena	19	45	45 ± 4
Buena	14	33	33 ± 4
Regular	6	14	14 ± 3
Mala	2	5	5 ± 2
Muy Mala	1	3	3 ± 1
Ns/Nc	—	—	—

FIGURA 3
ESPECIALIDADES CON MAYOR DEMANDA



Los resultados indican que la morbilidad es el primer factor determinante en la utilización y demanda de servicios sanitarios, puesto que el mayor número de consultas se produce por Diagnóstico y tratamiento no urgente (27 por 100), Re-

visión de la enfermedad (26 por 100) y por Urgencias (4 por 100).

Respecto de los motivos de consulta, considerados aisladamente, destaca en primer lugar la "Petición de recetas", resultado similar al de otros estudios aunque con distinta metodología^{17, 18}. Esto implica la necesidad de regular y disminuir esta demanda mediante *la receta de larga duración o de crónicos*, ya que creemos que ésta se produce en su mayoría, según se desprende de la Pirámide de Población e Índices Demográficos, por enfermos crónicos y/o ancianos (nuestra provincia está constituida básicamente por una población madura con tendencia al envejecimiento).

Si comparamos nuestros datos con un estudio de similares características metodológicas realizado en la capital salmantina, destacamos la mayor demanda de atención sanitaria en la provincia respecto a la capital¹⁰. Pensamos que esto se

debe a varios factores, entre los que destacamos, mayor porcentaje de enfermos crónicos, mayor número de ancianos y menor nivel de Educación Sanitaria en el medio rural ⁵.

Otro motivo de consulta que creemos de interés destacar es la consulta o visita preventiva que sólo representa el 7 por 100 del total de la demanda; por ésta entendemos toda petición, por parte del usuario del sistema, de medidas y/o consejos encaminadas a la prevención de la enfermedad o a la promoción de la salud.

Creemos que en la medida que se desarrollen las directrices marcadas por la Ley General de Sanidad¹⁹, habrá mayor número de peticiones, actuaciones y consejos enfocados específicamente a la Prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud en detrimento de las demandas asistenciales.

La utilización de los servicios de odontología son de un nivel bajo y no se relacionan con las necesidades en materia de Salud Bucodental ⁵.

Por su parte, el consumo de medicamentos es alto con respecto a otros estudios ^{6, 10, 20}, esto puede deberse a dos factores confluyentes, demográficos (población vieja) y sanitarios (elevado número de enfermos crónicos).

Los medicamentos más consumidos son los del grupo del Sistema Nervioso Central (analgésicos), antiinfecciosos vía general y los del aparato locomotor.

Respecto de los medicamentos hallados en los hogares, formando parte del botiquín familiar, destacamos la existencia de un alto porcentaje de antiinfecciosos vía general, creemos que su presencia sea debida a un uso incorrecto de los mismos cuando fueron prescritos por los servicios sanitarios, con el problema que esto puede ocasionar produciendo resistencias y disbacteriosis ^{5, 21, 22, 23}.

A nivel especializado, la derivación de pacientes desde el primer nivel está en nuestra provincia en cotas similares al de otras publicaciones al respecto ²⁴.

Por otra parte el procedimiento de "Hospitalización programada" se debe principalmente a dos factores, a la alta prevalencia de enfermedades crónicas que existen en nuestra provincia ⁵ y a las listas de espera hospitalarias.

Con respecto a la duración de las hospitalizaciones es la de "Menos de 7 días" con un porcentaje del 43% la que ocupa el primer lugar, con lo que existe una aproximación a la estancia media de nuestros hospitales (11 días).

En cuanto a la valoración que las familias hacen del proceso asistencial ²⁵ hospitalario destaca, que aproximadamente el 80 por 100 valoran positivamente dicha asistencia; esta opinión contrasta con la valoración que hace la población urbana (capital), que es positiva sólo en el 43 por 100 ¹⁰.

Las especialidades con mayor número de consultas son Traumatología y Oftalmología, como ocurre en otros tipos de estudios ²⁶. En nuestra provincia destaca Traumatología que ocupa el primer lugar, probablemente debido al gran número de enfermedades osteomusculares, que son las segundas en frecuencia entre las enfermedades crónicas para la población estudiada. Y estos enfermos crónicos cuando son derivados al segundo nivel, quedan encuadrados básicamente en esta especialidad ⁵.

A nuestro juicio el conocimiento de la utilización y demanda de servicios sanitarios supone el estar en condiciones de poder introducir medidas correctoras de la presión asistencial con el objeto de elevar la calidad del Sistema Sanitario. Así como la imprescindible mejora de la coordinación entre los niveles de atención ²⁷.

Debido a las deficiencias existentes en el actual Sistema de Información Sanitaria es necesario la realización de estudios comunitarios randomizados, como el que presentamos, con la finalidad de tener un mejor conocimiento de la situación real de la utilización de servicios sanitarios en los distintos niveles del Sistema Sanitario para realizar una distribución más racional y adecuada de los recursos²⁸.

BIBLIOGRAFIA

1. Antó J M, Company A. Diagnóstico de Salud de la Comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos. Atención Primaria 1984, 1: 247-257.
2. Equipo Cesca Eds. Sistemas de Registro en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1987.
3. Pineauld R, Daveluy C. Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987.
4. Dever A. Epidemiology in Health Services Management. Rockville: Aspen, 1984.
5. Mirón J A. Estudio descriptivo del nivel de salud de la población de la Provincia de Salamanca. Tesis Doctoral Salamanca: Universidad de Salamanca, 1989.
6. Antó J M, Domingo A, Company A. Aspectos metodológicos en la Encuesta de Salud de Barcelona. Informe Preliminar. Gaceta Sanitaria (serie monográfica) 1983; 1: 50-59.
7. O.M.S. Método de muestreo en las encuestas sobre morbilidad y en las investigaciones sobre Salud Pública. Ginebra, 1966; Serie Informes Técnicos, núm. 336.
8. Junta de Castilla y León. Decreto Delimitación Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Castilla y León. Junta de Castilla y León, 1988.
9. Domenech Massons J M. Bioestadística. Métodos Estadísticos para investigaciones. Barcelona: Herder, 1980: 82-88.
10. González R. Estudio del nivel de Salud en la población salmantina. Tesis Doctoral, Salamanca: Universidad de Salamanca, 1985.
11. Antó Boqué J M, Company Serrat A, Domingo Salvany A. Encuesta de Salud de Barcelona. Serie Salud Pública núm. 2. Ayuntamiento de Barcelona, 1985.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud Española. Estudio Piloto. Madrid, 1987.
13. Linder R E. Encuestas Sanitarias Nacionales por interrogatorio. Ginebra, O.M.S., 1967. Cuadernos de Salud Pública, núm. 27.
14. Jenicek M, Cleroux R. Epidemiología. Principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat, 1987.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación anatómica de medicamentos. Madrid 1985.
16. Sáenz M C, González R, Díez V M. Estimación a través de una encuesta por entrevista de la necesidad sentida y la demanda satisfecha en la utilización de Servicios Sanitarios en Salamanca. Rev San Hig Púb 1987; 61: 923-930.
17. Lucas Sánchez R. Estudio de los motivos de consulta en un medio rural. Atenc Prim 1986; 3: 113-120.
18. Lombardero Rico E. Estudio de la demanda asistencial en Zona rural de Asturias. Atenc Prim 1985; 2: 73-79.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley General de Sanidad. Madrid 1986.
20. Sáenz M C, Mateos Campos R, González Celador R. Encuesta por entrevista sobre consumo de medicamentos en la población salmantina. Rev San Hig Púb 1987; 61: 509-519.
21. Arias A, Martín M L, Campillo M. Botiquines familiares y estructura socio-sanitaria: estudio descriptivo de una muestra piloto. Atenc Prim 1986; 3: 128-132.
22. O.M.S. Uso racional de los medicamentos. Ginebra, 1986; Crónica de la O.M.S., núm. 40.

23. Frade García R, Cabrera De León A, Sanz E, Maldonado J. Fármacos en atención primaria. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 999-1006.
24. Llobera Canaves J. La derivación de pacientes de la Atención Primaria a la Especializada. *Gac Sanit* 1988; 9: 271-275.
25. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana S.A., 1984.
26. Sainz Saenz-Torre N, Salido Cano A, Rodríguez González B, Sainz Jiménez J, Valero Alonso R. Estructura e interrelación entre los distintos niveles asistenciales. *Atenc Prim* 1989; 6: 170-173.
27. Gervás J J. La reforma de la Atención Primaria en España: una propuesta pragmática. *Gac Sanit* 1989; 13: 476-481.
28. Ortun Rubio V. Criterios para la distribución de los recursos sanitarios en España. *Gac Sanit* 1987; 2: 69-77.