

ORIGINAL

¿Se realizan las mismas actividades preventivas en las consultas docentes que en las no docentes?

J. Iturralde-Iriso^{a,*}, N. Miskovic-Karacsonyi^b, M.L. Alarcia-Ceballos^b,
J.L. Hurtado-Mendoza^c, E. López De Uralde-Pérez De Albeniz^b y R. Cobos-Campos^d

^a Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz, España, Grupo de Actividades Preventivas de SEMERGEN

^b Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz, España

^c Unidad de Gestión Sanitaria, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz, España

^d Unidad de Investigación de Álava, Vitoria-Gasteiz, España

Recibido el 25 de octubre de 2010; aceptado el 27 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 3 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Medicina preventiva;
Formación médica
continuada

Resumen

Introducción: Se conoce la variabilidad existente entre los equipos de atención primaria en la realización de actividades preventivas existiendo un mayor cumplimiento cuando la carga asistencial es menor y postulándose la falta de tiempo como la barrera principal para la atención preventiva. Asimismo, la docencia a médicos residentes es otra actividad más dentro de las propias del tutor de médicos de residentes, y que incrementa la carga laboral en la consulta.

El objetivo principal es determinar si existe diferencia en la cumplimentación de actividades preventivas entre las consultas que tienen a su cargo un médico residente en medicina de familia y comunitaria y las consultas no docentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó como población a estudio los 143 médicos especialistas de medicina de familia y comunitaria (pertenecientes a los 13 centros de salud de Vitoria-Gasteiz) que estaban en situación laboral activa en enero de 2010. Se recogieron datos referentes al grado de cumplimiento de actividades preventivas en Osabide (historia digital única) a fecha enero de 2010.

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actividades de cribado de tensión arterial ($61,52 \pm 14,35$ frente $53,87 \pm 15,89$; $p=0,037$) y de consumo de alcohol ($60,67 \pm 16,92$ frente a $52,77 \pm 17,91$; $p=0,047$) entre las consultas docentes y no docentes.

Conclusiones: A partir de los resultados se puede sugerir que el tiempo que el tutor invierte en la docencia a los médicos residentes no tiene un efecto negativo en el proceso preventivo, por lo que es necesario involucrar a todos los facultativos en dicho proceso.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusmaria.iturraldeiriso@osakidetza.net (J. Iturralde-Iriso).

KEYWORDS

Primary health care;
Preventive medicine;
Continuing medical
education

Are the same prevention activities carried out in teaching clinics as in non-teaching ones?

Abstract

Introduction: We know the variability in carrying out preventive activities between primary care teams; increasing compliance when workload is lower, and the lack of time is postulated as the main barrier to preventive care. Likewise, teaching medical residents is one more activity within those of the medical residents tutor and increases the workload in the clinic.

The main objective of this study was to determine if there are differences in the level of carrying out prevention activities among physicians who are tutors of residents in family medicine and physicians who are not tutors.

Material and methods: We conducted a cross sectional study involving 143 family medicine physicians (belonging to the 13 Primary Health Centres in Vitoria-Gasteiz) who were in active work in January 2010. We collected data on the level of prevention activities accomplishment "Osabide" (single digital history).

Results: We only found statistically significant differences in the activities "screening blood pressure" (61.52 ± 14.35 vs 53.87 ± 15.89 ; $P = .037$) and "alcohol consumption" (60.67 ± 16.92 vs 52.77 ± 17.91 ; $P = .047$) between teaching and non-teaching clinics.

Conclusions: From the results obtained in this study it can be suggested that time spent by tutors in teaching resident physicians does not have a negative effect on the prevention process; therefore necessary to involve all physicians need to be involved in this process.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha producido un movimiento importante para la incorporación de las actividades preventivas en la práctica clínica, de acuerdo con la concepción más integral de la salud que ha impregnado el proceso de cambio del sistema sanitario. Nuestro papel no es sólo el de tratar las enfermedades agudas y crónicas, sino también el de buscar las enfermedades en sus fases precoces y el de educar sanitariamente a nuestra población¹ y es una de las múltiples actividades que realizamos los médicos de familia en nuestras consultas. Otra de las funciones que tenemos algunos de nosotros es la de formar a los futuros médicos de familia, siguiendo un programa específico². Dicho programa incluye el aprendizaje de actividades preventivas, con un nivel de responsabilidad primario, en el cual el médico de familia debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin apoyo de otro nivel asistencial en el 90% de los casos.

En nuestro país existe el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS)³, en el cual se basan muchas de las actividades preventivas que se realizan en los servicios de salud de las diferentes autonomías. No obstante, existen otros programas como el Canadian Task Force⁴ o el United States Task Force⁵. En nuestra consulta diaria, las actividades preventivas son fijadas en cada comunidad autónoma por las carteras de servicios o las que marcan la oferta preferente, no siendo siempre las mismas según el lugar donde trabaje cada médico, y no estando en todos los casos claramente justificadas⁶.

Se ha visto que existe variabilidad en la realización de actividades preventivas entre los equipos de atención primaria, en los que las características de la población y de los equipos pueden favorecerla, existiendo un mayor

cumplimiento cuando la carga asistencial es menor⁶. La presión asistencial, el tiempo que dispone el profesional para proporcionar el abanico de actividades recomendadas y el peso de las actividades curativas son factores que, en muchos estudios, presentan una correlación inversa para la cumplimentación de las actividades preventivas ($r = 0,40$; $p = 0,087$)^{7,8}. En otros estudios que tratan sobre el mismo tema se han postulado la edad de la población atendida, el sexo, el número de diagnósticos registrados, el número de anotaciones en la historia clínica y la frecuentación a los servicios sanitarios como posibles factores que pueden influir en esta variabilidad ($0,001 \geq p < 0,05$)^{1,8,9}.

Si nos basamos en encuestas realizadas a profesionales, parece ser que los médicos tenemos la convicción de que realizamos bastante bien las actividades preventivas¹⁰⁻¹² pese a que no podemos afirmar que dichas actividades tengan el impacto esperado en la población a quien se dirige¹². En un estudio comparativo con médicos europeos¹³, los médicos españoles realizan en mayor porcentaje las actividades de prevención y promoción de la salud por grupos de edad y sexo de mayor evidencia científica.

Para facilitar la realización de las actividades preventivas, disponemos en el Servicio Vasco de Salud-Osakidetza de una aplicación informática dentro del programa Osabide, que nos recuerda qué actividades preventivas están hechas y cuántas quedan pendientes de realizar en un paciente determinado. Las actividades preventivas a realizar en cada paciente están en relación con su edad y sexo, según las recomendaciones actuales, y se describen en la [tabla 1](#).

Asimismo, la docencia a médicos residentes es otra actividad más dentro de las propias del tutor de médicos de residentes, y que incrementa la carga laboral y la presión asistencial en la consulta. Como consecuencia de ello, sería de esperar que las consultas que tienen a su cargo un médico

Tabla 1 Actividades preventivas y población incluida en cada una de ellas.

Actividad	Población diana
Cribado de tensión arterial	Al menos cada 4 años en personas entre 14 y 40 años, ambos incluidos. Cada 2 años en personas mayores de 40 años
Cribado de tabaquismo	Al menos cada 2 años en personas mayores de 14 años. Excepción son los mayores de 30 años que nunca han fumado y los ex fumadores de 65 o más años
Cribado de colesterol	Al menos cada 5 años en los varones entre 35 y 74 años, ambos incluidos y en mujeres entre 45 y 74 años ambos incluidos
Cribado de glucemia	Al menos cada 3 años medición de glucemia en personas mayores de 45 años
Cribado de alcohol	Al menos cada 2 años interrogatorio sobre consumo de alcohol y clasificación a las personas entre 14 y 65 años
Consejos sobre anticoncepción	Todas las personas entre 14 y 45 años, ambos inclusive, deberán recibir al menos una vez, información y consejo sobre métodos anticonceptivos
Consejo sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual	Todas las personas entre 14 y 25 años, ambos incluidos, deberán recibir al menos una vez, información y consejo sobre prácticas sexuales seguras y de vías de transmisión
Vacunación antineumocócica	Todas las personas de 65 años o más y aquellas menores que sean inmunocompetentes con especial riesgo de contraer enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, EPOC, diabetes mellitus, fístulas de líquido cefalorraquídeo, alcoholismo o cirrosis. También aquellas personas inmunocomprometidas con mayor riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones: asplenia anatómica o funcional o enfermedad de células falciformes, enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico o trasplantes de órganos asociados a inmunodepresión, VIH

residente dispusieran de menor tiempo para realizar actividades tales como las relacionadas con la prevención y promoción de la salud, por lo que planteamos un estudio cuyo principal objetivo fue determinar si existe diferencia entre el grado de cumplimiento en la realización de actividades preventivas entre las consultas que tienen a su cargo un médico residente en medicina de familia y comunitaria y las consultas no docentes.

Material y métodos

Diseño y población en estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó a los 143 médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria de los 13 centros de salud de Vitoria-Gasteiz pertenecientes a la red del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, que estaban en situación laboral activa en enero de 2010.

Fuente y recogida de datos

Se recogieron los datos referidos al grado de cumplimiento de las actividades preventivas por parte de los 143 médicos de atención primaria de los 13 centros de salud de Vitoria-Gasteiz a fecha enero de 2010. Los datos recogidos procedían de las 227.767 personas residentes en Vitoria-Gasteiz con cobertura sanitaria procedente de la Seguridad Social (Servicio Vasco de Salud-Osakidetza) y cuya atención médica correspondía a uno de los 143 médicos especialista en medicina de familia y comunitaria de Vitoria-Gasteiz.

Dichos datos fueron extraídos de la aplicación informática existente en OSABIDE para el recordatorio y evaluación de actividades preventivas recogidas en la oferta preferente

para los servicios de atención primaria del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Sólo se consideraron válidos los datos que figuraban en los formularios diseñados a tal efecto en el módulo de actividades preventivas del programa. Estos formularios son idénticos para todos los médicos, aparecen en la historia clínica electrónica del paciente en caso de que sea necesario realizar la actividad preventiva y no pueden ser modificados. Si la actividad ha sido realizada, aparece marcada como tal.

Variables de estudio

Se recogieron variables como la edad de los pacientes atendidos (n.º de pacientes entre 14 y 64 años, n.º de pacientes entre 65 y 74 años y n.º de pacientes mayores de 75 años), ser tutor de médicos residentes (sí/no) y variables relacionadas con las actividades preventivas realizadas en las consultas de atención primaria como son: población a la que se le ha realizado cribado de tabaco (%), y variables población a la que se le ha realizado cribado de tensión arterial (%), población femenina a la que se le ha realizado citología (%), población a la que se le han medido los niveles en sangre de glucosa y/o colesterol (%), población a la que se le ha preguntado por el consumo de alcohol (%), población a la que se le ha dado consejos sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual (%), población a la que se le ha dado consejos sobre anticoncepción (%), población adulta de riesgo a la que se le ha vacunado contra el neumococo (%).

Análisis estadístico

Se realizó una descripción de las características generales de la muestra. Las variables cualitativas se expresaron por

Tabla 2 Distribución de la población según tramos de edad.

Tramos de edad	Cupos medios de población adscrita a tutores	Cupos medios de población no adscrita a tutores	Significación estadística (p)
14-64 años	1325	1284	0,19
65-74 años	151	150	0,90
> 75 años	155	149	0,71

medio del porcentaje y el intervalo de confianza al 95% y las cuantitativas a través de la media y la desviación estándar (DE).

Las comparaciones entre las variables categóricas se realizaron mediante la prueba chi cuadrado de Pearson. Para comparar variables continuas se empleó la prueba t de Student o bien la prueba Mann-Whitney-Wilcoxon en función de la distribución normal o no normal de las variables.

Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa IBM SPSS Statistics para Windows, versión 18.0.

Aspectos éticos

Se ha respetado y se respetará en todo momento la intimidad de las personas, y se mantendrá la confidencialidad de los datos contenidos en los ficheros creados para la realización del estudio, tal y como establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Ensayos Clínicos del hospital Txagorritxu.

Resultados

El número total de médicos incluidos en el estudio fue de 143, de los cuales el 67,1% fueron mujeres. De todos ellos, el 17,5% ($n = 25$) son tutores acreditados de la especialidad de medicina de familia y comunitaria.

Se distribuyó la población de los cupos médicos (promedio de los cupos) por tramos de edad, y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la población adscrita al grupo de tutores y al de no tutores ($p > 0,05$ en todos los tramos; *tabla 2*).

En la *figura 1* se muestra el promedio del porcentaje de cumplimentación de cada actividad preventiva por parte de todos los médicos. La actividad preventiva más realizada, de las que hemos estudiado, es el cribado de tabaco con un $67,06\% \pm 14,79\%$ y la actividad preventiva menos cumplimentada es el consejo anticonceptivo con un $44,39\% \pm 20,56\%$. El resto de actividades fueron cribado de tensión arterial un $55,21\% \pm 15,85\%$, cribado de glucemia/colesterol $57,51\% \pm 9,30\%$, cribado de ingesta de alcohol $54,15\% \pm 17,94\%$, consejo sobre enfermedades de transmisión sexual $55,84\% \pm 20,83\%$, vacunación antineumocócica $63,10\% \pm 16,96\%$.

Se comparó también el promedio del porcentaje de realización de cada actividad entre el grupo de profesionales tutores oficiales de la especialidad de medicina de familia y comunitaria y los que no (*fig. 2*), observando

únicamente diferencias estadísticamente significativas en las actividades de cribado de tensión arterial ($61,52 \pm 14,35$ frente $53,87 \pm 15,89$; $p = 0,037$) y de consumo de alcohol ($60,67 \pm 16,92$ frente a $52,77 \pm 17,91$; $p = 0,047$). Si bien es cierto que sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las 2 actividades mencionadas, sí que se observó una tendencia a favor de una mayor cumplimentación del resto de actividades por parte de los médicos que son tutores de la especialidad que los que no.

Discusión

En nuestra población en estudio, a pesar de que hay una tendencia mayor en el grupo de tutores a realizar actividades preventivas, no hemos encontrado, a excepción de en 2 de ellas, cribado de tensión arterial ($61,52 \pm 14,35$ frente $53,87 \pm 15,89$; $p = 0,037$) y de consumo de alcohol ($60,67 \pm 16,92$ frente a $52,77 \pm 17,91$; $p = 0,047$), diferencias estadísticamente significativas en su grado de cumplimentación por parte de los tutores en medicina de familia y comunitaria con respecto a los que no lo son, a pesar de ser actividades contempladas en el programa de la especialidad y de obligado conocimiento y cumplimiento por parte de nuestros residentes. En un estudio realizado en Cataluña y publicado en 2001¹, se observó variabilidad entre equipos de atención primaria (coeficientes de variación entre un 20 y un 35%) en estas 2 mismas actividades preventivas,

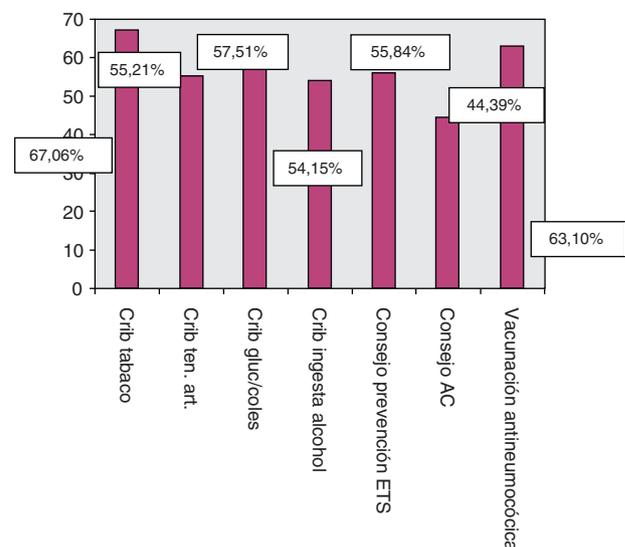


Figura 1 Porcentaje de cada actividad preventiva realizada en toda la población. ETS: Enfermedad de transmisión sexual, AC: Anticoncepción.

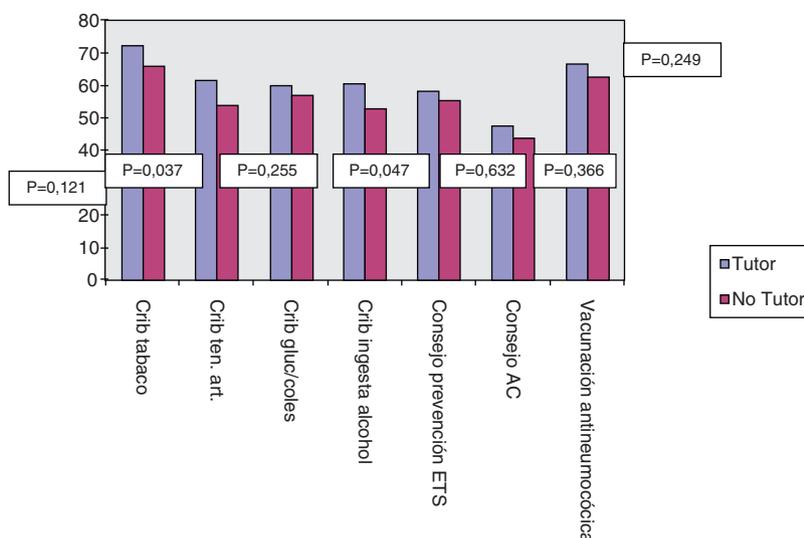


Figura 2 Porcentaje de actividad preventiva realizada según el médico sea tutor o no. ETS: Enfermedad de transmisión sexual, AC: Anticoncepción.

lo que podría indicar la necesidad de consensuar protocolos o procedimientos normalizados de trabajo a este nivel que limitasen o al menos redujesen este diferente modo de proceder ante estas 2 actividades, y establecer mecanismos para poder evaluar la efectividad de estas medidas tanto en resultados en salud en la población diana, así como en términos económicos. Otro estudio realizado también en Cataluña¹⁴ sobre la variabilidad del cribado de hipertensión arterial encontró un coeficiente de variación de un 30,4% entre equipos de atención primaria. Esta actividad ha demostrado ser efectiva ya que con una reducción de 10 mmHg de la tensión arterial media de la población se podría conseguir disminuir en un 30% la mortalidad coronaria¹⁵. Además, las complicaciones, mortales o no, de la hipertensión arterial se relacionan muy directamente con la cuantía del aumento tensional y el tiempo de evolución¹⁶. Por este motivo, la mejor manera de prevenirlas es realizar el diagnóstico precoz.

En un artículo publicado recientemente¹⁷, aunque con una metodología diferente al nuestro, ya que se realizó con videograbaciones, se concluyó que la realización de actividades preventivas por parte de nuestros residentes es muy escasa, y que aquellas consultas que incluyen actividades preventivas requieren más tiempo. De hecho, el tiempo es un factor limitante para poder realizar una atención médica completa. Según Saura et al serían necesarios un mínimo de 10 min¹⁸ por consulta para poder ofrecer una atención médica de calidad. También sería necesario reducir el número de pacientes por cupo médico a menos de 1.800^{6,19}, ya que cuanto mayor sea el número de pacientes de los cupos asistenciales menor es el índice de atención médica, ya que disponen de un menor tiempo de dedicación a cada uno de ellos.

En nuestro artículo no podemos saber el tiempo dedicado a realizar las actividades preventivas, aunque sí que existen diferencias entre diversos cupos médicos, por lo que no pensamos que el tiempo sea el único impedimento para no realizarlas. Otro factor importante que podría

explicar parcialmente estas diferencias son las opiniones de los médicos sobre las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones de tratamiento o estrategias diagnósticas para una misma enfermedad²⁰. Así, ante un mismo problema clínico, los médicos actuarían sistemáticamente de forma desigual, unos poniendo más énfasis en la prevención y otros en el tratamiento. Otros estudios han observado que la frecuentación a los servicios sanitarios es otra variable que está muy relacionada con la probabilidad de práctica de actividades preventivas^{3,8,9}. Otros factores que podrían igualmente condicionar la práctica de actividades preventivas podrían ser una ineficiente organización de la consulta²¹, las características sociodemográficas, edad, situación social y sexo de los pacientes atendidos, así como el ámbito rural o urbano²¹. Otros estudios han demostrado que los médicos más jóvenes y las mujeres tienen mayor probabilidad de incluir las actividades preventivas en la práctica clínica²²⁻²⁴.

Tampoco podemos saber si la actividad realizada en la consulta docente es realizada por el tutor o por el residente, por lo que no podemos afirmar que la realización de actividades preventivas por parte de nuestros residentes sea escasa.

La gran mayoría de los tutores de nuestra zona trabajan en turno de mañana y no sabemos si esta circunstancia puede influir a la hora de cumplimentar las actividades preventivas. Desconocemos si el hecho de no haber recogido la edad de los médicos, el tiempo que llevan de tutores y su formación académica posgrado han podido influir a la hora de cumplimentar dichas actividades.

El disponer de un sistema informático que recuerde al facultativo qué actividades preventivas quedan pendientes de realizar a cada paciente probablemente influya en la mejora de nuestros resultados, aunque aquellas actividades que no han sido reflejadas en los formularios diseñados para tal fin en OSABIDE y se apunten como texto libre o no se apunten en la historia clínica no van a ser detectadas como realizadas, pudiendo existir un infraregistro. Esto es una limitación importante del estudio y que debemos

tener en cuenta, aunque suponemos que afecta a los 2 grupos por igual, ya que ambos han sido informados de ello. Además este hecho puede explicar la diferencia que existe entre la sensación que tiene el médico a la hora de realizar actividades preventivas respecto a lo que realmente hace o registra¹².

Otra limitación importante del estudio parte del objetivo en sí y es que sólo se ha limitado a evaluar el registro de las actividades preventivas realizadas (medición de tensión arterial, cribado sobre consumo de alcohol, etc.) sin analizar posteriormente si dicha actividad preventiva ha sido complementada con las intervenciones oportunas para abordar el problema de salud detectado. Además, tampoco hemos seleccionado un espacio de tiempo para evaluar el grado de cumplimentación de las actividades preventivas ya que pretendíamos valorar el registro de las actividades preventivas recomendadas por el PAPPs en el conjunto de toda la historia clínica desde que comenzó esta práctica de promoción de la salud. Es cierto que estamos asumiendo que todos los registros que aparecen en la historia clínica pertenecen al último médico asignado al paciente pudiendo no ser así en muchos casos, bien porque el paciente haya cambiado de domicilio, haya solicitado un cambio de médico o bien un cambio de turno de consulta. Esto es algo que suponemos que afecta a muchos pacientes y que se distribuye equitativamente entre todos los médicos, y que por tanto no afecta a los resultados obtenidos.

Por otra parte, este estudio se ha centrado en analizar el grado de realización de actividades preventivas desglosado por consultas docentes y no docentes, sin hacer un subanálisis por equipo de atención primaria, ni por zona básica de salud, comarca sanitaria, zona rural o zona urbana, sexo y edad del médico, etc., que son variables que podrían condicionar el mayor o menor registro de prácticas preventivas, y por lo tanto consideramos que deberían ser tenidas en cuenta para futuras investigaciones que se realicen en este campo.

En principio este estudio es generalizable a la práctica de la medicina en el ámbito urbano. Puesto que el ámbito donde se desarrolla la práctica de la medicina puede ser un factor que afecte al mayor o menor registro de actividades preventivas, para poder generalizar estos resultados a la zona rural sería necesario realizar otro estudio donde se contemplase, entre otras variables, ésta.

Es un hecho que las consultas docentes nos llevan más tiempo, ya que hay bastantes problemas que debemos explicar a nuestros residentes y esto nos hace llevar algo de retraso, provocando que nuestras consultas ya de por sí más largas se incrementen con el tiempo dedicado a actividades preventivas. Esta situación podría dar lugar a que como en algún estudio se ha visto, en las consultas de centros docentes se hagan menos actividades preventivas que en los centros no docentes²⁵. No obstante, en nuestro estudio no hemos comprobado que sea así, aunque no disponemos de la información que corrobore que las consultas docentes son más largas en general que las no docentes.

Conclusiones

La principal conclusión derivada de este trabajo es la importancia de inculcar a nuestros residentes la importancia de

realizar actividades preventivas en la consulta diaria, y dedicar un tiempo de esta a su realización. Los residentes van a aprender lo que ven, y si en nuestras consultas dedicamos más tiempo a otras cuestiones clínicas y muy poco a realizar actividades preventivas, éstas tendrán un papel menos importante en su futura práctica diaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fusté J, Rué M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicación del análisis de niveles múltiples. *Gac Sanit.* 2001;15:118–27.
2. Programa formativo de la especialidad de medicina de Familia y comunitaria [consultado 21/3/2010]. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/2705/es/20052001medifamiliar.pdf>.
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud [consultado 21/3/2010]. Disponible en: <http://www.papps.org>.
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care [consultado 21/3/2010]. Disponible en: <http://www.ctfphc.org>.
5. United States Preventive Service Task Force (USPSTF) [consultado 21/3/2010]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>.
6. Ramírez Puerta D. La evidencia científica y la prevención. En: Ramírez Puerta D, Fernández de Cano N, De Santiago Nocito A, editores. *Actividades Preventivas en la consulta de Atención Primaria. Módulo 1.* Madrid: IM&C; 2009. p 10.
7. Battista R, Mickalide A. Integration of preventive services into primary care: a conceptual framework for implementation. En: Glodblom R, Lawrence R, editors. *Preventing disease. Beyond the rhetoric.* New York: Springer-Verlag; 1990.
8. Subías-Loren PJ, Casanovas-Cuquet E. Factores asociados con una mejor cumplimentación del examen periódico de salud en el adulto. *Aten Primaria.* 1988;22:570–3.
9. García O, Gené J, Parellada N. Ley del "cuidado inverso" en la detección de la hipertensión arterial y el tabaquismo. *Aten Primaria.* 1992;9:496–8.
10. Villa Vázquez S, Montañes Roig C. Montañes Roig. Promoción y prevención: ¿realidad o ficción? *Aten Primaria.* 2006;37:173.
11. Cano Martín LM, Berrocoso Martínez A, Aguilar Blanco EM, González González J. Autoaplicación de actividades preventivas en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;36:585.
12. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Grupo de Actividades Preventivas. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la mujer española del siglo XXI [consultado 21/3/2010]. SEMERGEN, Ministerios de Sanidad y Consumo; 2009. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13546/es/prevencion_mujer.pdf.
13. Kloppe P, Brotons C, Antón JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiriol R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria.* 2005;36:144–51.
14. Fusté J. Variabilidad en el cribado de la hipertensión arterial entre equipos de Atención Primaria de Cataluña en el año 2000. *SEMERGEN.* 2003;29:290–5.
15. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14:32–8.

16. Pardell H, Tresserras R, Martínez Amenós A, Torner M. Cribado de la hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 1994;102 Suppl:62–7.
17. Paniagua-Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán-Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:514-9.
18. Saura J. Diez minutos por consulta. Estableciendo límites a la carga de trabajo del médico de familia. *Jano*. 2001; 61:23.
19. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapas A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323: 1–6.
20. Moreno-Sánchez E, Francisco López de Castro F, Llamas-Rodríguez MA, Mareque-Ortega MA, Manzano-García M, Martín-Temprano M. Actitud de los médicos de Atención Primaria ante situaciones de incertidumbre. *Rev Clin Med Fam*. 2007;2:51–6.
21. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! [editorial]. *Aten Primaria*. 2001;27:297–8.
22. Battista RN, Spitzer WO. Adult cancer prevention in primary care: contrasts among primary care settings in Quebec. *Am J Public Health*. 1983;73:1040–1.
23. Frieman MP. The rate of adoption of new procedures among physicians: the impact of specialty and practice characteristics. *Med Care*. 1985;23:939–45.
24. Battista RN, Williams JL, MacFarlane LA. Determinants of primary medical practice in adult cancer prevention. *Med Care*. 1986;24:216–24.
25. Brotons C, Iglesia M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gene J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. The Coordinating Group For Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. *Fam Pract*. 1996;13:144–51.