

Actitud de los médicos de Atención Primaria ante situaciones de incertidumbre

Elena Moreno Sánchez^a, Francisco López de Castro^a, Manuel Andrés Llamas Rodríguez^a,
M^a Antonia Mareque Ortega^a, Manuel Manzano García^a, Manuel Martín Temprano^a

^a Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.

Correspondencia:
Francisco López de Castro.
Gerencia de Atención Primaria de Toledo,
C/ Barcelona 2,
45005-Toledo.
E-mail: flopez@sescam.org

Recibido el 10 de septiembre de 2007.

Aceptado para su publicación el 7 de octubre de 2007.

RESUMEN

Objetivo. Se ha postulado la existencia de diferentes "estilos de práctica" (EP) como explicativo de las variaciones en la práctica médica (VPM) no justificadas por características específicas de los pacientes o de los médicos. Se pretende determinar si existe tal variabilidad en la actitud médica ante la incertidumbre y, secundariamente, establecer diferentes EP según la utilización de recursos sanitarios.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Atención Primaria.

Participantes. Todos los médicos de Familia del Área Sanitaria de Toledo.

Mediciones principales. Estudio basado en una encuesta con tres supuestos clínicos en los que no existen evidencias que apoyen una actitud determinada. En función de las respuestas afirmativas a las preguntas clave de los supuestos, se definieron tres clases de EP (EP1, EP2 y EP3), de menor a mayor utilización de recursos.

Resultados. Se consideró EP1 al 21,6%, EP2 al 48,8% y EP3 al 29,6% de los médicos. La media de edad de los médicos EP1 fue menor que la de los EP2 y EP3 respectivamente (41,7 vs 46,4 vs 48,9; $p=0,003$), al igual que su experiencia profesional (13,9 vs 17,8 vs 21,0 años; $p=0,008$). El porcentaje de EP1 entre los médicos con formación MIR fue mayor (34,3% vs 16,7%; $p=0,046$), al igual que en médicos de atención continuada frente a médicos de consulta (40,7% vs 16,3%; $p=0,014$).

Conclusiones. Se constata variabilidad en la actitud de los médicos ante la incertidumbre. Dado que las VPM podrían sugerir problemas de adecuación o de eficiencia, el mejor conocimiento de los factores influyentes es importante para mejorar la calidad de la atención sanitaria, pudiendo utilizarse el consumo de recursos como indicador de EP.

Palabras clave. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

The attitude of General Practitioners in situations of doubt

Objective. The existence of different practice styles (PSs) has been postulated to explain variations in medical practice (VMP) not justifiable by specific characteristics of the patients or doctors. The objective is to establish whether this variability in medical attitude in the face of doubt does exist and, secondarily, to determine different PSs in relation to the use of healthcare resources.

Design. Descriptive study.

Setting. Primary Care.

Participants. All the General Practitioners in the Toledo region.

Main measures. Study based on a survey with three clinical assumptions in which there is no evidence of support of any particular attitude. In relation to the positive replies to key questions for the assumptions, three classes of PSs were defined (PS1, PS2 and PS3), from lesser to greater use of resources.

Results. A total of 21.6% of doctors were considered as PS1, 48.8% as PS2 and 29.6% as PS3. PS1 doctors were on average younger than PS2 and PS3 doctors, respectively (41.7 vs 46.4 vs 48.9; $p=0.003$), and had less professional experience (13.9 vs 17.8 vs 21.0 years; $p=0.008$). A higher percentage of PS1 doctors had received the speciality of family doctor (34.3% vs 16.7%; $p=0.046$), and more were providers of continuous medical care rather than only attending patients in clinics (40.7% vs 16.3%; $p=0.014$).

Conclusions. Doctors have a variable attitude when faced with doubt. Given that VMP could imply problems of suitability or efficacy, it is important to improve our understanding of the factors involved to be able to improve the quality of healthcare. The use of resources could possibly be used as an indicator of PSs.

Key words. Health Knowledge, Attitudes, Practice, Family Practice.

INTRODUCCIÓN

Desde finales de los sesenta y principios de los setenta se han realizado numerosos estudios a nivel internacional que han demostrado que existen amplias variaciones individuales dentro de la práctica clínica, especialmente los trabajos publicados por Wennberg y cols.^{1,2}. No es éste el caso de nuestro país, donde aún existe un déficit importante de trabajos sobre variabilidad en la práctica médica (VPM), dado que en muchas ocasiones los modos organizativos y los sistemas de información existentes dificultan la atribución de la actividad a los distintos profesionales que desarrollan su trabajo en un determinado área de salud³. Sin embargo, disponer de este tipo de estudios es importante, ya que las VPM pueden ser reflejo de otros problemas (ignorancia, problemas organizativos, etc.), sugiriendo normalmente una sobre o infrautilización de los recursos sanitarios, por lo que el disponer de un mayor conocimiento de los factores que tienen influencia es de gran importancia para diseñar programas de mejora de la calidad de la atención sanitaria⁴.

Las VPM son explicadas, entre otros factores, por características específicas de los pacientes y de los propios médicos, así como por el entorno en que estos últimos desarrollan su actividad⁵. Se han observado, sin embargo, variaciones entre pequeñas áreas no explicadas por las diferencias de morbilidad o las características de la población o del médico, lo cual ha llevado a postular la existencia de diferentes estilos de práctica médica como explicativo de las mismas⁶.

El término "estilo de práctica" (EP) se refiere a las diferentes opiniones que pueden tener los médicos sobre las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones de tratamiento o estrategias diagnósticas para una misma patología⁵. Así, ante el mismo problema clínico, los médicos actuarían de forma desigual, y estas diferencias no serían aleatorias, sino sistemáticas, de manera que unos hacen más énfasis en la prevención, prescriben con más frecuencia un tipo de fármacos, dan más información al paciente o realizan más intervenciones quirúrgicas que otros ante el mismo proceso clínico^{7,8}.

La mayoría de los estudios apunta a que estas diferencias de actitud se dan principalmente en presencia de incertidumbre, es decir, cuando falta evidencia científica sobre los resultados de las posibles alternativas de tratamiento o sobre el valor de las pruebas diagnósticas en situaciones concretas⁵. De este modo, en los procedimientos o actuaciones sobre los que exista gran incertidumbre se producirá una amplia variación en la práctica, jugando un papel muy importante en este caso las actitudes personales del médico, sus motivaciones, estímulos, creencias, etc., mientras que ocurrirá lo contrario con aquellos procesos sobre los que existan mayores certezas^{9,10}. Hay, a pesar de todo lo escrito, muy poca evidencia directa que defina el EP mediante indicadores objetivos y lo relacione con las VPM⁴, ya que se trata de un concepto algo abstracto.

El primer objetivo de este estudio es describir la existencia de variabilidad en la actitud de los médicos de Atención Primaria (AP) ante situaciones de incertidumbre, como las planteadas ante un caso de prescripción farmacéutica, otro de solicitud de pruebas diagnósticas y un último caso de derivación a atención especializada en los que no existen evidencias que apoyen ninguna decisión concreta. En segundo lugar, pretendimos describir diferentes EP en función de la mayor o menor utilización, hipotética, de recursos sanitarios, así como determinar cuáles son las características individuales de los médicos que pudieran estar relacionadas con estos EP propuestos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado en el Área de Salud de Toledo, basado en encuestas anónimas y autocumplimentadas que contenían tres casos clínicos relacionados con la posible derivación de un paciente a urgencias hospitalarias, la solicitud de una prueba diagnóstica – un TAC – y la prescripción de un antidepresivo respectivamente. Los casos fueron elaborados intentando que no existieran datos concluyentes que apoyaran una determinada actitud, y cada uno de ellos incluía, entre otras, una pregunta clave sobre el aspecto evaluado, que debía responderse de forma afirmativa o negativa (Anexo 1).

Las encuestas fueron remitidas a todos los médicos de familia del Área, incluyendo el Personal Estatutario de Atención Continuada – PEAC –, y en ellas se solicitó también información sobre sus características personales (edad, sexo, formación MIR, grado de actualización y años de experiencia en AP), así como sobre el entorno en que tenía lugar su desarrollo profesional (puesto de trabajo, dedicación exclusiva o no, ubicación de la consulta, presión asistencial media y tamaño aproximado del cupo).

En función de las respuestas a la pregunta clave de cada uno de los casos clínicos se definieron tres clases de "estilos de práctica clínica" (EP) de acuerdo al distinto grado de utilización de recursos: EP1 (una o ninguna respuesta afirmativa), EP2 (dos respuestas afirmativas) y EP3 (tres respuestas afirmativas).

Una vez recibidas las encuestas, el análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 10.0. Para la descripción de los resultados se utilizaron la media y la desviación típica. La comparación de porcentajes se realizó mediante la χ^2 de Pearson. Para efectuar el contraste de medias, al no cumplirse los criterios de normalidad en la distribución e igualdad de varianzas, se utilizaron los tests de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis (χ^2 KW). En el caso de variables cuantitativas se realizaron pruebas de correlación, mediante el cálculo del coeficiente Rho (r) de Spearman.

Nota previa: estos casos, aunque pudiera parecerlo, no son un examen de conocimientos; por favor, conteste como si fueran pacientes normales de su práctica diaria.

CASO 1

Se recibe un aviso de una residencia de ancianos. Se trata de un varón de 79 años, conocido y controlado periódicamente por su médico, con fiebre y disnea que ha empeorado paulatinamente desde ayer. Se encuentra obnubilado, con taquipnea (22/min), taquicardia en torno a 100 lpm, estertores y roncus en ambas bases pulmonares. Saturación de oxígeno de 88% (está con oxígeno domiciliario). Según su historial, padece una demencia moderada. Es autónomo para comer y controla esfínteres, pero precisa ayuda para levantarse, vestirse y asearse. Ha presentado varias caídas en los últimos 4 años; en la última se fracturó la cadera y fue intervenido, pasando a la residencia, donde vive con su esposa. Está en revisiones periódicas por Cardiología por doble by-pass coronario. Hace 4 meses estuvo ingresado durante 15 días por una neumonía lobar derecha. Con el diagnóstico de probable neumonía bilateral hablamos con su familia. La esposa tiene una postura dudosa, aunque preferiría que fuera controlado por el Centro de Salud. Una hija tampoco desea el traslado hospitalario "si no se les garantiza que se va a recuperar". Recuerda que "en el último ingreso le hicieron sufrir mucho".

A su juicio, el pronóstico de este paciente es...: Grave Muy grave Extremadamente grave
 ¿Remitiría a este paciente al hospital?: Si No
 ¿Cuál es la razón principal que motiva esta decisión? _____

CASO 2

Varón de 75 años que acude a por recetas para su mujer y comenta de pasada una sensación de inestabilidad por la que ya ha consultado en otras tres ocasiones, en los últimos seis meses. Lo define como inestabilidad, "se me va la cabeza", sin sensación de giro de objetos. Dice sentirse inseguro para salir de casa. También refiere molestias visuales, "como si las gafas no estuvieran bien graduadas". Hace 9 meses sufrió una pérdida de conciencia de un minuto de duración con recuperación completa. Posteriormente aquejó vómitos alimenticios y epigastralgia. No presentó melenas. En urgencias del Centro de Salud, la exploración neurológica, la glucemia, la tensión arterial y el ECG fueron normales. Fue tratado con Sulpiride (Dogmatil®), con escasa mejoría. En su historia figura tratamiento antihipertensivo con enalapril; salbutamol y tiotropio por EPOC; y AINEs y antiácidos para artrosis que toma de modo ocasional. Está pendiente de cita en cardiología por cardiomegalia y de intervención de cataratas. En exploraciones repetidas, la tensión es normal, nunca ha presentado déficits neurológicos, ni deterioro cognitivo.

A su juicio, la causa más probable es de origen:
 Digestivo Neurológico Cardiovascular ORL Traumatológico Otro
 ¿Solicitaría un TAC cerebral a este paciente? SI NO
 ¿Cuál es la razón principal que motiva esta decisión? _____

CASO 3

Se trata de una mujer de 44 años, perimenopáusica, que consulta por taquicardia, disnea ocasional y sensación de nudo en el estómago. Se cita para consulta programada. En el interrogatorio dirigido, relata bajo ánimo episódico desde hace años, que ha empeorado en los últimos 10 días. A menudo tiene ganas de llorar. El sueño es normal. Refiere encontrarse sola, sin apoyo y preocupada por la situación familiar. La empresa en que trabaja su marido, operario no cualificado, ha anunciado regulación de empleo; dada su edad, ella piensa que será difícil su recolocación. Además, desde hace tres semanas, su hijo ha vuelto a casa tras un nuevo proceso de desavenencias conyugales. Desde hace 3 años viven en un chalet adosado, a 12 km de la ciudad. A pesar de todo, hace las tareas domésticas y lleva a los nietos a la guardería. Pasea con las amigas por la tarde y ocasionalmente quedan a tomar el aperitivo. Tiene planes para ir con otra familia a un apartamento compartido al Mediterráneo. En su historia se registran episodios similares, limitados en el tiempo, en relación con la pérdida de la madre y otros sin motivación aparente. Fueron tratados con antidepresivos y/o ansiolíticos que suspendió ella misma por no encontrar mejoría. Carece de antecedentes somáticos, salvo HTA que trata con atenolol 50 mg/12 h. Ha sido valorada por Digestivo por clínica similar, siendo etiquetada como "funcional".

A su juicio, lo más probable es que esta mujer padezca:
 Trastorno depresivo menor
 Trastorno depresivo recurrente
 Trastorno afectivo estacional
 Distimia (estado basal habitual de bajo ánimo).
 Trastorno de adaptación (reacción exagerada a los contratiempos de la vida diaria).
 ¿Trataría con antidepresivos / ansiolíticos a esta paciente? Si No
 ¿Cuál es la razón principal que motiva esta decisión? _____

Anexo 1. Encuesta con los casos remitidos.

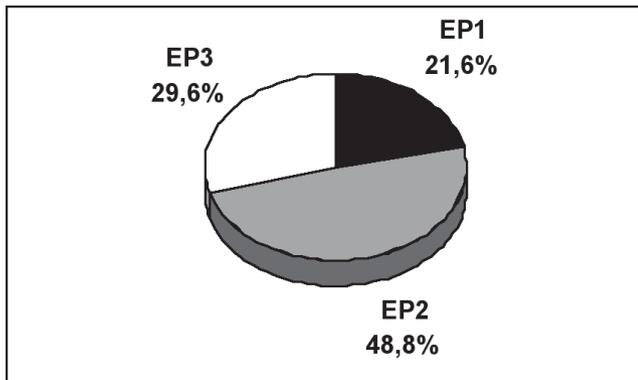


Figura 1. Tipos de estilo de práctica. Las tres categorías de estilo de práctica (EP) se han definido en función de las respuestas a las preguntas claves de los casos planteados, según el distinto grado de utilización de los recursos: EP1 (una o ninguna respuesta afirmativa), EP2 (dos) y EP3 (tres).

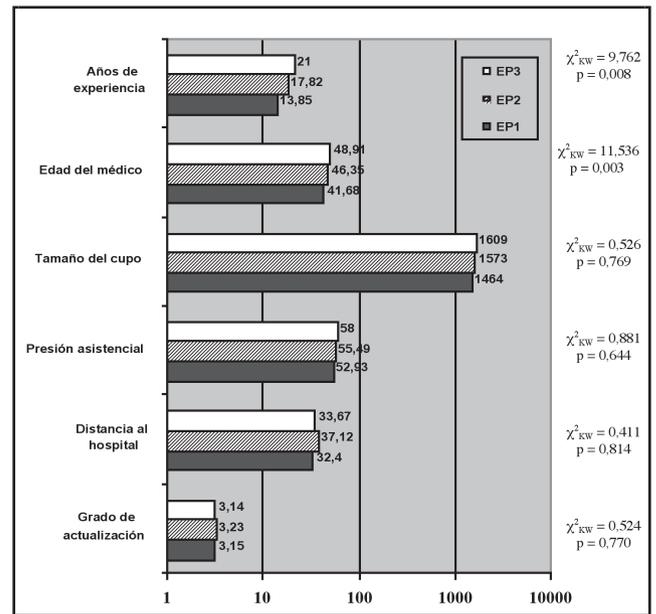


Figura 2. Relación entre estilo de práctica y variables numéricas (escala logarítmica). Las tres categorías de estilo de práctica (EP) se han definido en función de las respuestas a las preguntas claves de los casos planteados, según el distinto grado de utilización de los recursos: EP1 (una o ninguna respuesta afirmativa), EP2 (dos) y EP3 (tres).

Variable	EP1		EP2		EP3		Significación estadística
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							
Hombres	15	(18,3)	41	(50,0)	26	(31,7)	$\chi^2 = 1,63$ $p = 0,442$
Mujeres	12	(27,9)	20	(46,5)	11	(25,6)	
Formación							
No MIR	15	(16,7)	44	(48,9)	31	(34,4)	$\chi^2 = 6,17$ $p = 0,046$
MIR	12	(34,3)	17	(48,6)	6	(17,1)	
Trabajo							
Consulta	16	(16,3)	49	(50,0)	33	(33,7)	$\chi^2 = 8,52$ $p = 0,014$
PEAC	11	(40,7)	12	(44,4)	4	(14,8)	
Ubicación							
Rural	8	(15,4)	25	(48,1)	19	(36,5)	$\chi^2 = 1,00$ $p = 0,910$
Semirrural	4	(16,0)	13	(52,0)	8	(32,0)	
Urbana	3	(15,0)	12	(60,0)	5	(25,0)	

Tabla 1. Distribución de los estilos de práctica según sexo, formación MIR, tipo de trabajo y ubicación del mismo. MIR: Médico Interno Residente. PEAC: Personal estatutario de atención continuada. Las tres categorías de estilo de práctica (EP) se han definido en función de las respuestas a las preguntas claves de los casos planteados, según el distinto grado de utilización de los recursos: EP1 (una o ninguna respuesta afirmativa), EP2 (dos) y EP3 (tres).

RESULTADOS

De las 312 encuestas enviadas recibimos 125, lo que supone una tasa de respuesta del 40,1%. El 65,6% correspondía a varones; la media de edad era de 46,2 años (DE 8,2) y la experiencia profesional media de 17,9 años (DE 8,9). El 28,0% tenía formación MIR. El 21,6% trabajaba como PEAC y el 78,4% como médico

de familia en Centro de Salud. Sólo un 8,0% no tenía exclusividad.

En cuanto a la ubicación, un 53,6% trabajaba en medio rural, el 25,8% en semirrural y el 20,6% en urbano. La distancia media al hospital era de 35,3 Km (DE 18,4). El tamaño del cupo era de 1.568,7 tarjetas de promedio (DE 437,4), mientras que la presión asistencial declarada media era de 55,9 pacientes/día (DE

17,5), con un rango entre 22 y 110. Respecto a la autovaloración del grado de actualización, el promedio estaba en 3,18 puntos (DE 0,7), en una escala de 1 a 5.

En el caso número 1, el 77,4% de los médicos optó por derivar al paciente al hospital y el 22,6% por no hacerlo; en el número 2, el 59,2% se inclinó por solicitar un TAC craneal, mientras el 40,8% no lo consideró necesario; y en el caso número 3, el 70,4% afirmó que prescribiría un antidepresivo a la paciente y el 29,6% que no lo haría. En función de estas respuestas, la clasificación del estilo de práctica es la que se puede ver en la figura 1, donde se observa que el estilo mayoritario es el EP2 (48,8%).

Como se aprecia en la tabla 1, no encontramos asociación significativa entre el estilo de práctica así definido y el sexo o la ubicación de la consulta. Sí con el tipo de trabajo, observándose mayor presencia de EP1 y menor de EP3 en los PEAC que en los médicos de consulta ($p=0,014$). Tendencia similar se observó en los médicos con formación MIR frente a los no MIR ($p=0,046$).

Respecto a la relación entre estilo de práctica y edad (figura 2), los médicos con una actitud más proclive a la utilización de recursos tenían una media de edad superior ($p=0,003$). Igual relación se observó con la experiencia profesional ($p=0,008$), mientras que no se apreció relación significativa con el tamaño del cupo, la presión asistencial, la distancia al hospital o el grado de actualización.

DISCUSIÓN

En general, podríamos decir que nuestros datos confirman la existencia de variabilidad en la actitud de los médicos ante situaciones de incertidumbre. No obstante, para una mejor interpretación de los resultados, hemos de resaltar que se trata de actitudes y no de comportamientos. Ambos conceptos están muy relacionados, pero no son necesariamente coincidentes, ya que el comportamiento sería el resultado de la interacción entre la actitud del médico con la del paciente, su familia, el entorno institucional, etc., en un contexto de práctica habitual. A pesar de ello, consideramos que la variabilidad en la actitud del médico es fiel reflejo de la VPM por ser un factor fundamental en la misma.

Otro hecho a considerar es la baja tasa de respuesta (40,1%) de nuestro estudio, que puede arrojar dudas sobre la representatividad de la muestra. No obstante, las características de la misma (en lo referente a edad, sexo, relación PEAC/MF y formación MIR) son similares a las de la población de referencia del Área, por lo que entendemos que la posibilidad de dicho sesgo es pequeña.

Nuestros resultados, por tanto, demuestran la existen-

cia de variabilidad en la actitud de los médicos que, ante escenarios clínicos iguales y en un contexto de incertidumbre, optan por actuaciones diferentes, tanto en aspectos diagnósticos, terapéuticos como de manejo del paciente. Esta diferencia de actitud es la base de la existencia de las VPM observada en múltiples estudios.

Es preciso señalar que aunque las VPM no constituyen un indicador directo que permita establecer la calidad de la atención ofrecida por los médicos, la presencia de amplias diferencias sí requiere una especial atención para constatar que no son debidas a la existencia de problemas subyacentes, pues podrían plantearse cuestiones relacionadas con la ética médica o con la adecuación y la relación coste-efectividad de los cuidados sanitarios¹¹. Deberían establecerse, por tanto, políticas que refuercen los sistemas de información, mejoren la calidad de las decisiones clínicas en situaciones de incertidumbre y gestionen adecuadamente el riesgo inherente a los procesos asistenciales¹². Las estrategias de intervención a desarrollar ante problemas de incertidumbre se basarían en la profundización y estudio de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos procedimientos alternativos para un mismo problema de salud, y en el posterior desarrollo y difusión de guías de práctica clínica que establezcan las mejores actuaciones posibles⁵.

En nuestro trabajo hemos encontrado algo más de un 20% de médicos con EP1 – podríamos llamar a este grupo “hipoutilizadores de recursos” –, mientras que casi el 30% serían EP3 – “hiperutilizadores” –, distribución que creemos cercana a la realidad, aunque no hemos encontrado estudios que permitan comparar estos datos. Por ello, consideramos que la categorización del estilo de práctica en función de la utilización de recursos puede ser una opción válida e interesante que debemos seguir estudiando. De hecho, ya existen algunos estudios que han apuntado una relación entre la actitud de los médicos ante la incertidumbre y el riesgo y el volumen de recursos consumido, aunque en éstos se consideraban únicamente los diferentes EP en lo que se refiere a la solicitud de pruebas complementarias^{13,14} o bien a la derivación de pacientes a atención especializada^{15,16}, pero no se tenían en cuenta todos los aspectos de forma conjunta.

Al igual que en otros trabajos, como el llevado a cabo en Castilla-León, Comunidad Valenciana y País Vasco a partir de la información proporcionada por redes de médicos centinelas¹⁷, las características individuales de los médicos ejercen influencia sobre sus actitudes terapéuticas. En nuestro estudio, encontramos relación entre el estilo de práctica, tal y como lo hemos definido, y algunas características del médico (básicamente edad – y, consecuentemente, años de experiencia en AP –, tipo de trabajo y formación MIR); pero no con otras como el tamaño del cupo, la presión asistencial, la distancia al hospital de referencia o la ubicación de la consulta. Estos resultados corroboran los de otros estudios realizados, la mayoría referentes

a prescripción de medicamentos, que también señalan la edad del médico y los años desde la licenciatura como marcadores de baja eficiencia¹⁸. Por otra parte, la diferente actitud observada en los médicos que llevan a cabo la atención continuada con respecto a los médicos con consulta pudiera estar relacionada con la estabilidad en la relación médico/paciente de estos últimos, puesto que la mayor interacción con los pacientes hace que las decisiones clínicas del médico puedan verse condicionadas por la percepción que tenga de las expectativas de éstos, de acuerdo con el modelo de satisfacción de las necesidades¹⁹.

En definitiva, el estilo de práctica es algo complejo en el que las características demográficas, profesionales y de formación del médico sí tienen importancia, pero que está ligado básicamente a sus experiencias profesionales y personales, así como a la búsqueda de un estilo personal de praxis²⁰. Es preciso señalar, a pesar de todo, que las variaciones debidas a las elecciones realizadas por los clínicos en presencia de incertidumbre – no debemos olvidar que la consulta médica suele presentar a menudo ese escenario²¹– son perfectamente legítimas, no siendo un objetivo de calidad reducir por completo la variabilidad, pues sólo deben calificarse como actuaciones de baja calidad aquellas que se produzcan sobre procesos para cuyo diagnóstico o tratamiento exista una evidencia científica suficientemente consolidada.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores M^a Ángeles Sánchez Cabezudo, Antonio Moya Bernal, Agustín Julián Jiménez y Ángel Modrego Navarro, por su ayuda en la “indefinición” de los casos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science*. 1973; 18:1102-8.
² Wennberg JE, Gittelsohn AM. Variations in medical care among small areas. *Sci Am*. 1982; 264:100-11
³ Meneu R, Bernal E. Variaciones de Práctica: Una agenda para los próximos años. *Atlas VPM*. 2005; 1(1):37-42.
⁴ Mojtabai R. Diagnosing Depression and Prescribing Antidepressants by Primary Care Physicians: The Impact of Practice Style Variations. *Mental Health Services Research*. 2002; 4(2):109-18.
⁵ Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin*. 1998; 110(10):382-90.
⁶ Fusté J, Rué M. Variabilidad en las actividades preventi-

vas en los equipos de atención primaria de Cataluña. *Aplicación del análisis de niveles múltiples*. *Gac Sanit*. 2001; 15(2):118-27.
⁷ Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Aten Primaria*. 2001; 28:219-26.
⁸ Yagüe A. Variabilidad en la prescripción de antibióticos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002; 20(2):78-84.
⁹ Bernal E, Martínez N, Libroero J, Sotoca R. Necesidad u oferta ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica? *Atlas VPM*. 2005; 1(1):5-10.
¹⁰ Gómez A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales Sis San Navarra*. 2003; 26(1):11-26.
¹¹ Gilså D, Søndergaard J, Vach W, Freng L, Rosholm J-U, Kragstrup J. Antidepressant drug use in general practice: inter-practice variation and association with practice characteristics. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003; 59:143-49.
¹² Polo P. ¿Deberíamos estar preocupados por las variaciones geográficas en la utilización de los recursos sanitarios? *Atlas VPM*. 2005; 1(1):11.
¹³ Zaat JO, van Eijk JT. General practitioners' uncertainty, risk preference, and use of laboratory tests. *Med Care*. 1992; 30(9):846-54.
¹⁴ Holtgrave DR, Lawler F, Spann SJ. Physicians' risk attitudes, laboratory usage, and referral decisions: the case of an academic family practice center. *Med Decis Making*. 1991; 11(2):125-30.
¹⁵ Forrest CB, Nutting PA, von Schrader MA, Rohde C, Starfield B. Primary Care Physician Specialty Referral Decision Making: Patient, Physician, and Health Care System Determinants. *Med Decis Making*. 2006; 26:76-85.
¹⁶ Bertakis KD, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. Predictors of Patient Referrals by Primary Care Residents to Specialty Care Clinics. *Fam Med*. 2001; 33(3):203-09.
¹⁷ Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urriaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1999; 24:569-78.
¹⁸ López-Picazo JJ, Sánchez JF, Rausell V, Sanz JA, Sánchez F, Salas E. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: tras las pistas de la eficiencia. *Aten Primaria*. 2004; 34(4):178-85.
¹⁹ Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001; 27:43-48.
²⁰ Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Family Practice*. 2005; 6:21-29.
²¹ Torío Durántez J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF*. 2006; 2(6):320-331.