



Metges de
Catalunya

Posicionament de Metges de Catalunya
respecte a la gestió de la demanda
en l'Atenció Primària

setembre 2008

Índex

Introducció	3
Anàlisi del document “La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda”	6
Anàlisi de la situació	8
La tria de malalts	10
L’assistència d’infermeria a la patologia banal aguda	11
La delegació de funcions i el treball en equip	12
Propostes alternatives de gestió de la demanda en l’Atenció Primària	13
Bibliografia	15

Introducció

L'actual situació de col·lapse assistencial per dèficit de facultatius es deu a:

La més absoluta manca de previsió política dels requeriments del model sanitari català i de les adaptacions al creixement desenvolupat en els darrers anys.

Una nefasta gestió dels recursos humans del sistema sanitari públic, amb actuacions paradigmàtiques com el decret de jubilació forçosa de metges amb voluntat i capacitat de seguir treballant, en el moment de màxima demanda de facultatius.

Un sistema rígid de formació d'especialistes que ha produït durant dècades titulats altament qualificats, però en quantitat insuficient, d'acord amb les disponibilitats pressupostàries de cada exercici, i de forma totalment independent dels requeriments futurs del país, que ni tan sols s'havien estudiat.

També hi ha hagut decisions paradigmàtiques d'aquesta manca de previsió, com l'allargament dels anys de formació MIR per als especialistes de medicina familiar i comunitària (afegint un quart curs), en el moment de màxima necessitat d'aquests especialistes.

Una política universitària erràtica que ha premés l'accés a la carrera de medicina de forma totalment incongruent, sense previsió temporal de cap mena i que ha provocat l'alternança, gairebé consecutiva, de la plètor de metges amb la manifesta insuficiència per a la cobertura de les necessitats.

Altres situacions també emblemàtiques de la manca de previsió esmentada com la inexistència de mesures d'adaptació al districte universitari únic europeu que ha provocat la pèrdua efectiva de places per a metges del país, en detriment de metges d'altres estats i d'altres comunitats autònomes que marxen quan acaben els seus estudis.

La perenne infradotació econòmica del sistema que comporta les pitjors retribucions mèdiques d'Europa que motiven emigracions massives de metges cap a altres països a la recerca de millors salaris i condicions de treball.

La hipertròfia dels serveis gerencials que constantment sostreu clínics de les seves consultes per encerregar-los tasques de gestió i control, un fet que complica encara més aquesta precarietat d'efectius assistencials.

Aquests limitats recursos humans disponibles han de fer front a una demanda en constant creixement, motivat per l'augment brut de població assistida (7,5 milions de targetes individuals sanitàries en el moment actual) i per l'increment sostingut i permanent de la freqüentació d'una població que percep els serveis sanitaris com un bé de consum més (i a més gratuït) i que ha perdut tota capacitat d'autocura; amb una cartera de serveis de l'atenció primària cada vegada més extensa, que ha decidit començar a oferir atencions fins ara reservades a l'especialista (control d'anticoagulants orals, cirurgia menor, oftalmoscòpia en càmera no midriàtica...), precisament, en aquests crítics moments.

Davant d'aquesta desproporció entre les necessitats a cobrir i els recursos humans disponibles en el sistema sanitari públic català, l'administració reacciona contractant metges estrangers, per als quals pretén simplificar els tràmits i escurçar els terminis de convalidació de títols, alhora que se'ls vol habilitar per a l'exercici, independentment de l'esmentada convalidació¹.

Una altra alternativa, encara més perillosa, consisteix en buscar fórmules per a una assistència mèdica sense metges. En aquesta tendència cal emmarcar iniciatives com la vídeo-consulta, la promoció del "malalt expert" o la gestió de la demanda mèdica per part de professionals no metges, com promou el document de l'Institut Català de la Salut (ICS) que ens ocupa.

Així doncs, l'anomenada Gestió de la Demanda per part d'infermeria és una ofensiva perfectament dissenyada per part de l'administració² que parteix d'unes experiències pilot prèvies en determinades ABS, segueix amb l'elaboració, per part de la Direcció de processos, cures i qualitat de l'ICS, del document "*La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda*" i acabarà amb la seva aplicació universal i el desplegament territorial del pla, mitjançant l'establiment d'incentius específics (DPO) per al seu desenvolupament.

Que el Departament de Salut hagi permès a l'ICS tirar endavant aquest projecte, sense l'informe vinculant del Consell de la Professi6n Mèdica de Catalunya ni del d'Infermeria, a més de constituir un inexplicable menyspreu per aquests òrgans representatius de les respectives professions per part de la pr6pia administraci6n que els va crear, delata el nivell d'implicaci6n i de complicitat de l'esmentat departament.

Aquest document va molt més enllà de l'estricta Gestió de la Demanda i s'incardina en el si d'una política de transferència de competències, tradicionalment exclusives del metge, als professionals d'infermeria que s'anirà desenvolupant en un futur imminent³ i que tindrà la prescripció farmacològica d'infermeria com a element clau.

La més gran reforma que hagi tingut lloc en la història de l'Atenció Primària, fonamentada en la suplantació de metges per infermers a aquest nivell assistencial, s'està desplegant, doncs, de forma encoberta, defugint del debat social, polític, professional i científic que requereix una revolució assistencial d'aquesta magnitud.

Anàlisi del document de l'ICS "La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda"

En l'àmbit concret que ens ocupa, l'administració vol descarregar demanda espontània del metge fent-la assistir per la infermera, intentant establir, per decret, una cessió de competències que només pot produir-se amb la confiança que s'estableix entre professionals a base d'anys de treball en conjunt. Per dur a terme aquesta iniciativa, la Direcció de processos, cures i qualitat de l'ICS ha redactat el projecte anomenat "La infermeria familiar i comunitària. Gestió de la demanda" objecte d'aquest estudi.

Es tracta d'un document confús, que barreja conceptes i confon tria d'urgències amb gestió de demanda espontània i imputa bibliografia d'unes situacions assistencials concretes a unes altres, barrejant referències d'assistència d'infermeria a malalts crònics, d'acord amb uns estàndards perfectament delimitats i experimentats per a unes quantes malalties concretes, amb la novadora assistència d'infermeria a pacients que demandin atenció per a patologies agudes.

El projecte pateix, en definitiva, de la suficient fonamentació en l'evidència científica i es recolza en experiències pilot no publicades, ni estadísticament avaluades.

"Gestió de la demanda" promou l'atenció directe d'infermeria, d'una forma deslligada i independent del metge en l'assistència (inicialment) de deu situacions mèdiques agudes concretes, d'acord amb uns protocols de dubtosa factura, que parteixen de l'equívoca premissa que el personal que els ha d'aplicar sap medicina i té coneixements suficients en propedèutica i semiologia com per abordar cada cas clínic.

Els protocols esmentats, amb una simplicitat alarmant, pretenen proporcionar els coneixements suficients per assistir les referides patologies i establir-ne el diagnòstic diferencial (amb el diagrama contingut en un simple foli, amb el text

explicatiu inclòs). La qualitat clínica d'aquests diagrames els aproxima més als protocols d'assistència de patologia banal per personal no sanitari en embarcacions d'alta mar⁴ que als protocols i guies de pràctica clínica consensuats per diferents societats científiques⁵

En espera del desenvolupament legislatiu a nivell d'estat que permeti la prescripció farmacològica d'infermeria, els protocols acaben suggerint la "validació" per part del metge de la prescripció feta per l'infermer, sense precisar com s'ha de fer aquesta validació i sense delimitar els nivells de responsabilitat administrativa, civil i penal de cada professional. Qüestió, aquesta, sobre la qual s'han manifestat molt preocupats els col·legis professionals, tant de metges com d'infermeres, en un document conjunt⁶.

El document analitzat tampoc aporta solucions organitzatives, ni explica com s'ha d'estructurar el nou servei sense supeditar la consulta mèdica a les necessitats i requeriments de la infermera i sense ocasionar contínues interrupcions en la consulta mèdica, que tant deterioren la qualitat, motivades pels dubtes i derivacions d'infermeria.

Anàlisi de la situació

El document ha rebut crítiques contundents de totes les organitzacions professionals, tant de metges com d'infermeres, havent fet pública la seva disconformitat als Consells de Col·legis Oficials^{7 i 8} i els respectius sindicats professionals^{9 i 10}. S'han manifestat també en contra algunes Juntes Clínicas i Juntes de Personal de primària de l'ICS.

Menys crítiques s'ha mostrat les societats científiques de primària. Tot i així, han presentat importants objeccions a aspectes concrets del text.

Així l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària (AIFICC) exigeix canvis legislatius previs quan diu: “És important tenir present la normativa que ha d'adaptar-se a les realitats de la professió i als seus avanços. Això ja està resolt en altres països capdavanters de la Unió Europea, Canadà i EUA i ens ha de marcar els passos a seguir pels nostres juristes per tal d'arribar a emparar les nostres actuacions i, a més, cobrir les necessitats legals que tenim actualment com, per exemple, la prescripció infermera. L'adaptació de la normativa és una feina que s'ha de fer paral·lelament i cal aplicar-la amb prudència¹¹”.

La Societat Catalana de Medicina de Família (CAMFiC) l'organització que s'ha manifestat més obertament favorable al document, també qüestiona l'anomenada “*prescripció col·laborativa*” i demana que es desenvolupin acords en el si de cada equip per fer-la possible¹².

El desplegament territorial, fins i tot l'aplicació en àrees pilot, s'ha dut a terme d'esquenes al metge i s'ha organitzat la futura gestió de la seva demanda sense comptar amb ell. Per això, en termes generals, el metge de l'ICS desconeix que es pretén fer, en un futur immediat, amb la població que demandi la seva assistència espontàniament.

En les exposicions de presentació del document que els responsables d'infermeria de l'ICS efectuen als infermers de cada ABS (en reunions en les

quals mai no es convoca els metges) se solen proposar, respecte al seu desplegament i aplicació real, actuacions molt més agosarades que les contemplades en el mateix text.

En l'ensinistrament efectuat als infermers per posar en pràctica la gestió de la demanda, s'han organitzat cursos en les diferents ABS on, segons el mateix programa, amb sessions de dues hores se'ls pretenia formar respecte a "tots" els protocols continguts en l'esmentat document.

Les consignes difoses mitjançant aquestes activitats divulgatives, els mecanismes de promoció del projecte, vinculats a l'establiment de la DPO específica corresponent, i el mateix document, difereixen substancialment respecte a la seva aplicació pràctica. Qüestions tant disperses com la gestió de la demanda espontània de l'atenció primària, l'anomenat "*triaatge*" d'infermeria i l'assistència de patologies agudes per part d'aquests professionals, es barregen de forma tant constant i reiterativa que només pot explicar-se en el context d'una deliberada estratègia de confusió, encaminada a evitar el rebuig dels professionals o dels propis pacients que es mostren sempre refractaris als canvis en els rols tradicionals de cada professió en les enquestes¹³.

La tria de malalts

En català no cal utilitzar el gal·licisme “triatge” ja que tenim la paraula “tria” amb el mateix origen etimològic i significat.

En situacions d'allau assistencial s'imposa la tria o selecció de malalts, existint àmplia experiència i bibliografia al respecte.

La tria de malalts està inherentment vinculada a la medicina de guerra des dels seus orígens, per part del metge militar francès Dominique Jean Larrey¹⁴ que va idear el mètode per a l'exèrcit napoleònic. La seva vigència actual és indiscutible per a situacions catastròfiques, existint uns fonaments internacionalment acceptats, com els clàssics codis de classificació per colors¹⁵. En aquests casos, la qualificació del classificador que fa la tria dependrà de les disponibilitats de personal, concurrència simultània de malalts i magnitud de la catàstrofe, però s'admet que personal degudament ensinistrat pot classificar, independentment de la seva titulació (metge, infermer, paramèdic, sanitari militar, bomber...)

Per extensió, s'ha adoptat la tria de malalts a les sales d'urgència per tal de prioritzar les demandes amb una major racionalitat que la que oferia el simple ordre d'arribada; hi ha protocols de tria en múltiples centres i per a múltiples patologies, en molts dels quals la participació de la infermeria està perfectament delimitada¹⁶. La Societat Espanyola de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) recomana denominar a aquesta activitat: “Recepció, acollida i classificació” (RAC)¹⁷ per tal de diferenciar-la de la tria catastròfica abans referida.

L'assistència d'infermeria a la patologia banal aguda

Això no obstant, la transferència de l'assistència de la patologia banal aguda i de la demanda espontània del metge a la infermera, d'acord amb uns protocols preestablerts, excedeix de les meres activitats de tria i selecció de malalts i ens introdueix en un àmbit poc experimentat que gaudeix, a hores d'ara, de molt poca evidència que l'avalii.

A la revisió Cochrane de Laurant i cols, entre 1966 i 2002, només es troben set estudis en els quals infermeria assumeix totes les demandes que es produeixen al centre d'atenció primària, des del primer moment fins al final de l'assistència¹⁸.

Dels pocs estudis que es disposen en aquests trenta-sis anys revisats, alguns d'ells amb deficiències metodològiques importants¹⁹, no n'hi ha cap que posi en evidència l'alleugeriment de la càrrega assistencial del metge. D'altra banda, les valoracions clíniques de l'assistència es circumscriuen als resultats obtinguts en l'atenció a la banalitat i desatenen les conseqüències de la infradetecció de casos.

Molts d'aquest estudis²⁰, a més, s'han fet amb infermeria qualificada (*nurse practitioner*) o "infermeres de pràctica avançada" i no amb infermeres diplomades o *registered nurse*, el tipus homologable a la nostra infermeria en el moment actual, tot i que a Catalunya encara queda un 15% d'infermeres, només amb la titulació antiga d'ATS²¹. La qualificació de *registered nurse*, als EUA per exemple, requereix d'un curs acadèmic de dos anys de durada (*Master of Science in Nursing*), la superació d'una prova de certificació de la seva especialitat i reacreditacions periòdiques en formació continuada i pràctica mèdica.

La delegació de funcions i el treball en equip

El treball en equip és encara una assignatura pendent d'aquest primer quart de segle de l'Atenció Primària reformada i la manca d'una jerarquització clara en el si de l'equip bàsic assistencial, n'és una de les causes. Per abordar propostes de millora al respecte, cal establir de forma definitiva i inequívoca, la dependència jeràrquica dins l'equip. És de preveure que el metge no acceptarà mai delegar competències, si no queda clara la seva autoritat clínica i assistencial respecte a la persona a qui delega.

La delegació de funcions, fins als límits que imposen les competències exclusives de la professió mèdica, d'acord amb la Llei d'ordenació de les professions sanitàries (LOPS), s'ha d'entendre, doncs, com un gest individual de confiança que no pot regular-se per decret. Es delega entre professionals concrets en funció de la mútua confiança, no entre estaments professionals, d'acord amb imposicions normatives. És obvi que el que un metge delega a l'infermer habitual del seu equip, no pot ser assumit d'igual manera per un suplent temporal que cobreixi la seva absència.

S'ha de fomentar el treball en equip, però deixant que sigui cada unitat bàsica assistencial qui estableixi els límits dinàmics d'aquesta delegació i organitzi les seves demandes.

No es pot regular de forma universalitzada i genèrica, la transferència de competències mèdiques a infermeria i, encara menys, fer-ho d'avui per demà.

Propostes alternatives de gestió de la demanda en l'atenció primària

Posar ordre en la incessant demanda assistencial que pateix l'atenció primària, sobretot en les consultes mèdiques, és una necessitat percebuda per tothom. Una errònia política de complaença amb l'usuari (que s'ha arribat a anomenar client durant molts anys) no s'ha traduït en millores en termes de salut ni tan sols en termes de satisfacció. En canvi ha propiciat la freqüentació més alta de l'Europa comunitària²² i la creença generalitzada que es pot anar al metge en qualsevol lloc, a qualsevol hora.

La necessitat de donar resposta a la demanda il·limitada és un dels principals motius de desgast professional a l'atenció primària²³.

Quan la freqüentació espontània motivada per patologies banals, qüestions burocràtiques i demandes d'ordre social treu dedicació a l'assistència mèdica dels malalts que requereixen un temps per ser atesos correctament, entrem, a més en una qüestió de salut pública que requereix solucions polítiques consensuades.

L'actual proliferació de múltiples tipus de consulta en la gestió de les agendes, que han imposat directors i gestors, contribueix a complicar encara més l'ordenació racional de la demanda. Per tal d'agilitzar aquesta gestió, només hi hauria d'haver, doncs, dos únics tipus d'assistència en els CAP: consultes programades i consultes urgents, sent les primeres les corrents, les que es van citant d'acord amb les disponibilitats, com passa en qualsevol centre hospitalari i les segones, les que, pel motiu que sigui, no poden esperar a la programació proposada, per a les quals cal dissenyar un operatiu assistencial que no destorbi a les consultes amb cita prèvia.

Qualsevol projecte d'ordenació de la demanda que no es plantegi la restricció de l'accessibilitat està condemnat al fracàs. Cal, doncs, plantejar-ne limitacions en el sentit que el malalt ha de poder seguir gaudint del dret d'escollir metge i del dret a demanar quan vol ser atès, però la simultaneïtat en l'exercici dels dos

drets comporta un desordre assistencial que provoca perjudicis per a altres malalts o per a ell mateix.

Urgeix, doncs, arbitrar mecanismes, amb la dotació humana corresponent, per atendre la demanda sobrevinguda, sense que aquesta repercuteixi en detriment de la qualitat assistencial de la programada. El metge d'atenció primària és, ara per ara, l'únic especialista que treballa sense saber com ha de repartir els temps de visita perquè ignora, en començar la consulta, quantes visites tindrà i l'únic que pateix la paradoxal circumstància de veure com la seva agenda s'allarga a mesura que avança la jornada, mentre li van atapeint visites des de diferents fronts a l'hora que s'escurça el temps disponible per visita.

Els nous sistemes d'ordenació de la demanda de l'atenció primària han de considerar com a urgent tota demanda assistencial que sigui percebuda com a tal pel mateix malalt (o familiar si es tracta d'un menor o incapacitat) i que, a parer seu, no pugui esperar la programació de l'assistència, però aquesta qualificació d'urgència ha de ser provisional fins que un metge no hagi valorat el cas. Després d'aquest moment, s'entén per urgència, només, cadascun dels casos que el metge així els qualifiqui.

En el primer cas, per a urgències percebudes com a tals per l'usuari, des de recepció s'activarà el procés assistencial corresponent, avisant l'equip responsable d'aquesta mena d'assistència i s'adreçarà el malalt a l'espai físic que s'hagi habilitat per a aquest fi. Els professionals d'infermeria poden jugar un paper fonamental en l'acollida clínica d'aquests casos, procedint a obrir la e-CAP en la plana que correspongui a l'assistència d'aquell malalt, recopilant el motiu de consulta i dades bàsiques de l'anamnesi (al·lèrgies, tractaments...), dispensant les atencions i cures que cregui pertinents i prenent les constants oportunes. Tot seguit, el metge encarregat de les urgències farà el diagnòstic i el tractament que cregui necessari, activant, si s'escau, els processos assistencials i de trasllat que consideri adients o programant el malalt per al seu equip habitual, si desestima la naturalesa urgent del cas.

Cal que a cada centre, en col·laboració amb els serveis socials, s'incentivi l'estudi clínic i social de la hiperfreqüentació, analitzant les seves conseqüències assistencials i estudiant l'oferta específica d'informació que pugui millorar-la, aspectes on, un altra vegada, infermeria pot jugar un paper fonamental d'educació sanitària.

Bibliografia

- ¹ Beatriz González López-Valcarcel. Ponencia sobre el sector salud y la ocupación. II Jornada Ernest Lluch de Sanidad. Barcelona 12.06.08
<http://www.fundacioernestlluch.net/index.php?lang=es&&PHPSESSID=0572bbd78055e8985175cc34cab125f&PHPSESSID=0572bbd78055e8985175cc34cab125f&PHPSESSID=0572bbd78055e8985175cc34cab125f>
- ² La Enfermería en el siglo XXI. Discurs del ministre de Sanitat, Bernat Soria, a l'Escola d'Infermeria de la Universitat d'Alacant. Alacant 22.01.08.
http://www.ugt-cat.net/subdominis/infermeria/images/stories/consellprof/discurso_bernat_soria.pdf
- ³ Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Elements estratègics per a la innovació
- ⁴ Guía Sanitaria a Bordo. Bloque III: Primeros auxilios a bordo. Capítulo 8. Asistencia al enfermo.
http://www.seg-social.es/ism/gsanitaria_es/indice_cap8.htm
- ⁵ Guía de práctica clínica en el manejo de la lumbalgia. Programa europeo COST B13.
<http://www.kovacs.org/Imagenes/Guia%20Lumbalgia.pdf>
- ⁶ Pronunciament del Col·legi de Metges i del Col·legi d'Infermeria en relació al Pla de gestió de la demanda per a la infermeria familiar i comunitària, proposat per l'Institut Català de la Salut.
http://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/posicio_comb_coib.pdf
- ⁷ El Pla de Gestió de la demanda i les competències d'infermeria. Document del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.
http://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/competencies_infermeria.pdf

⁸ Informe preliminar del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya sobre el document objectius de l'Institut Català de la Salut. Barcelona, 13.03.08
http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/DPO'08_INFORME%20CCDIC%20130308%20V2.PDF

⁹ Manifest de Metges de Catalunya criticant que l'ICS assigni competències mèdiques a les infermeres per pal·liar el dèficit de facultatius. Barcelona 04.04.08
<http://www.metgesdecatalunya.net/actualitat.htm#373>

¹⁰ SATSE planteja dubtes sobre les DPO's. Barcelona, 28.03.08
<http://catalunya.satse.es/>

¹¹ Fina Araque Serradell. Cèlia García Gutiérrez. Clàudia Cardoner Bastardes. Enric Mateo Viladomat. Adolf Castro Carreras. Rosa M^a Riera Escoda. Josep Ventura Espona Ferrer. M^a Teresa Ruhí Planas. AIFICC i Gestió de demanda.
http://www.aificc.cat/2008/AIFICC_Gestio_de_la_demanda_desembre20071%5D.pdf

¹² Postura de la CAMFiC sobre el document "La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda". Barcelona, 07.04.08. La Junta de la CAMFiC.
http://www.camfic.org/docs/postura_camfic_infermera_familiar.pdf

¹³ "El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos", Informe Delphi. Barcelona 29.05.08, Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
http://www.fundsis.org/docs_act/116_Llibre-DELPHI.pdf

¹⁴ Robertson-Steel Iain; Evolution of triage systems; Emergency medicine journal. ISSN 1472-0205. Source / Source. 2006, vol. 23, n^o 2, p.154-155

¹⁵ A uniform triage scale in Emergency Medicine From the American College of Emergency Physicians
<http://www.acep.org/library/pdf/triagescaleip.pdf>

¹⁶ L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence Guide d'implantation
http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/echelle_canada.pdf

¹⁷ Recepción, acogida y clasificación de los pacientes en urgencia. Recomendación científica SEEUE.
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/funciones.html>

¹⁸ Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁹ Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida). De La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd.

<http://www.update-software.com/abstractsES/AB001271-ES.htm>

²⁰ Mundinger, MO, Kane, RL, Lenz, ER, Totten, AM, Wei-Yann, T., Cleary, PD, Friedewald, WT, Siu, AL, Shelanski, ML (2000) Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. JAMA 2000; 283(1): 59-68.

²¹ Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya. 2004. ISBN 978-84-393-7559-3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut II. Col·lecció: Planificació i avaluació; 12

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/infgen.pdf>

²² Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Els serveis per a la salut: mirant cap el futur.

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/not674808.pdf>

²³ Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D. Síndrome de Burnout en Atención Primaria. Salud Rural 1999; 8: 41-52.