

¿Nos resistimos a la prevención? Grupos focales para generar ideas que aumenten el cumplimiento

G. Garzón González, M. Liñares Paz, A. Sacristán Rubio, M. Gómez Cuñarro,
A. Maganto Sancho y A. Orozco Sanmartín

Equipo de Atención Primaria Federica Montseny. Área 1. Madrid.

OBJETIVO. Identificar intervenciones a introducir que aumenten el cumplimiento de cuatro actividades preventivas de alto impacto en la salud y de bajo cumplimiento (consejo antitabaco, despistaje prácticas sexuales de riesgo, información anticoncepción, control de cifras tensionales), así como detectar las resistencias y dificultades de los clínicos a estas intervenciones y actividades.

DISEÑO. Estudio cualitativo con grupos focales.

EMPLAZAMIENTO. Un Área de Salud urbana de Madrid. Años 1999-2000.

PARTICIPANTES. Tres grupos: a) de todos los gestores y técnicos de las direcciones asistenciales del Área (10 participantes), b) de representantes de los clínicos, elegidos por éstos, uno por cada Equipo de Atención Primaria (EAP) (20 participantes) y c) de líderes clínicos seleccionados por los autores (15 participantes).

MÉTODO. Técnica de grupos focales, con una sesión de unas dos horas, con moderador y observador externo. Se realizó registro de las opiniones clave.

RESULTADOS. Se identificaron las siguientes ideas: a) pegatinas/flash, b) modificación de la hoja/plan de actividades preventivas del adulto, c) recordatorios escritos en la consulta, d) revisión de historias antes del comienzo de la consulta, e) marcar cifras tensionales descontroladas, f) definir normas de calidad en enfermería, g) talleres formativos a los profesionales, h) recordatorios escritos en las derivaciones a especialistas, i) sesiones recordatorio, j) auditorías internas. Se identificaron resistencias y dificultades en las intervenciones a, b, g y h.

CONCLUSIONES. Para incrementar cuatro intervenciones preventivas de alto impacto en salud y de bajo cumplimiento se han encontrado intervenciones, sin hallar resistencias o dificultades, centradas en la realización de recordatorios y evaluaciones.

Palabras clave: Atención Primaria, prevención, cualitativa.

OBJECTIVE. Identify interventions to be introduced, that increase compliance of four high impact preventive activities in health and low compliance (anti-smoking advise, screening of sexual practices of risk, contraception information, control of blood pressure values), and to detect the resistances and difficulties of the clinicians to these interventions and activities.

DESIGN. Qualitative study with focal groups.

SITE. Urban Health Area in Madrid. Years 1999-2000.

PARTICIPANTS. Three groups: a) of all the managers and technicians of the health care administrations of the Area (10 participants), b) of the representatives of the clinicians, chosen by the clinics, one for each primary care team (PCT) (20 participants), c) of the clinical leaders chosen by the authors (15 participants).

METHOD. Technique of focal groups, with one two-hour session, with moderator and external observer. Registry of the key opinions was done.

RESULTS. The following ideas were identified: a) stickers/flash, b) modification of the sheet/plan of adult preventive activities, c) reminders written in the out-patient clinic, d) review of clinical records before beginning the visit, e) indicate uncontrolled blood pressure values, f) define nursing quality guidelines, g) educational workshops for the professionals, h) written reminders in the referrals to specialists, i) reminder sessions, j) internal audits. Resistances and difficulties in the interventions a, b, g, and h were identified.

CONCLUSIONS. To increase four high impact preventive interventions in health and low compliance, interventions have been found, without finding resistances or difficulties, focused on the conduction of reminders and performance of evaluations.

Key words: Primary Care, prevention, qualitative.

Correspondencia: G. Garzón González.
Equipo de Atención Primaria Federica Montseny. Área 1.
Avda. de la Albufera, 285.
28038 Madrid.

Recibido el 29-09-05; aceptado para su publicación el 30-01-06.

INTRODUCCIÓN

La prevención se ha considerado como la faceta más específica de la Atención Primaria^{1,2}. Incluso se ha sugerido que es la razón de ser de ésta. No obstante, no todas las intervenciones preventivas que se sugieren han demostrado que mejoren el pronóstico, en cantidad o calidad de vida, de una forma importante³. Por otra parte, tampoco el cumplimiento en la práctica clínica de todas las intervenciones preventivas es similar.

En este sentido, en un Área de Salud urbana de Madrid, el Área 2, se realizó un proyecto en el que, en primer lugar, se identificaron, de entre todas las actividades preventivas recomendadas⁴⁻¹¹, aquellas intervenciones preventivas con evidencia válida y relevante, abordables desde Atención Primaria, coste-efectivas (sobre todo desde el punto de vista del tiempo dedicado por los profesionales sanitarios) y consensuadas por gestores, técnicos y clínicos. En segundo lugar, se evaluó el cumplimiento de las actividades preventivas priorizadas, identificando cuatro actividades prioritarias y de bajo cumplimiento: a) consejo breve antitabaco al fumador¹²⁻¹⁹, b) despistaje de prácticas de riesgo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis B²⁰⁻³³, c) información sobre métodos anticonceptivos^{34,35} y d) modificaciones terapéuticas, en pacientes con hipertensión arterial (HTA), con cifras no controladas³⁶⁻³⁹.

La idea del proyecto era, por tanto, que los esfuerzos dedicados a aumentar el cumplimiento de estas cuatro actividades serían los que mayor impacto en la salud de nuestra población tendrían. Con la premisa de que si siempre hacemos lo que siempre hicimos, siempre obtendremos lo que siempre obtuvimos, se trataba de introducir intervenciones en la práctica clínica que incrementasen el cumplimiento de las actividades mencionadas.

El objetivo del presente trabajo es identificar intervenciones que aumenten el cumplimiento de las cuatro actividades preventivas mencionadas, así como detectar las resistencias y dificultades de los clínicos a estas intervenciones.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Diseño

Estudio cualitativo con grupos focales. Se realizó en un Área de Salud urbana (el Área 2) de Atención Primaria de Madrid en los años 1999-2000. Cada grupo focal tuvo una única sesión de unas dos horas de duración, con un moderador y un observador externo. Cada sesión se dividió en dos mitades, una para identificar ideas de posibles intervenciones y la otra mitad para identificar resistencias y dificultades (excepto en el grupo de gestores y técnicos). En cada mitad se planteó el objetivo del grupo y se abrió la discusión. La recogida de información se realizó mediante registro de las ideas clave por parte del observador externo.

Muestra y participantes

Se formaron tres grupos focales:

1) Gestores y técnicos: aportaron ideas sobre posibles intervenciones. Diez miembros. Seleccionados todos los gestores y técnicos de las direcciones asistenciales del Área.

2) Clínicos representantes de cada Equipo de Atención Primaria (EAP): aportaron ideas y valoraron las posibles resistencias y dificultades en su aplicación. Veinte miembros. Elegido cada uno por su propio equipo.

3) Líderes clínicos de los EAP: aportaron ideas y valoraron resistencias y dificultades. Quince miembros. Seleccionados por los autores.

Análisis

Se identificaron, en las intervenciones de los participantes, las ideas para mejorar el cumplimiento en la primera mitad, y las resistencias y dificultades en la segunda. Tras la construcción de las categorías que se relacionan en el punto siguiente, se realizó *feedback* de la lista obtenida para garantizar la confiabilidad de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La participación en los grupos fue alta, la intervención fue generalizada y la discusión discurrió, en general, centrada en el objetivo.

El análisis se realizó asociando aportaciones similares en categorías únicas, construyéndose un listado de ideas de intervenciones para mejorar el cumplimiento de las cuatro actividades preventivas mencionadas. Se obtuvieron las siguientes ideas de intervenciones a introducir y las siguientes resistencias y dificultades.

Ideas de intervenciones a introducir para incrementar el cumplimiento de las actividades preventivas priorizadas

En cada idea se comenta para qué actividad preventiva se propuso.

– Pegatinas (sustituible por flash en las historias informatizadas): para consejo del fumador. Se trataría de elaborar pegatinas preimpresas que se colocarían en las carpetas de las historias clínicas de los pacientes, al identificarles como fumadores en la consulta. En sucesivas visitas, al utilizar la historia, la presencia de la pegatina serviría de recordatorio para realizar el consejo antitabaco.

– Hoja de actividades preventivas del adulto (protocolo correspondiente en las historias informatizadas): para las cuatro actividades preventivas prioritarias. Se propuso la modificación de la hoja de actividades preventivas del adulto, de modo que estas cuatro actividades fuesen remarcadas o colocadas en primer lugar.

– Recordatorios en la consulta: para las cuatro actividades. Se trataría de establecer recordatorios escritos en diferentes soportes (carpetas de sobremesa, calendarios, carteles, etc.) con las cuatro actividades, de modo que sean visibles en la consulta.

– Revisión de historias: para las cuatro actividades. Se trataría de realizar una revisión de las historias preparadas para la consulta diaria (por el médico o por el personal de

enfermería), antes del comienzo de ésta, identificando aquéllas en las que correspondiese la realización de alguna de las actividades preventivas señaladas.

– Señalar de forma remarcada cifras de tensión arterial (TA) descontroladas (en rojo, por ejemplo): para control de cifras de TA en hipertensos. Se planteó que, cuando en un control rutinario de un hipertenso se detectase una TA superior a 140 mmHg de sistólica o 90 mmHg de diastólica, se anotaría en rojo en la historia (se definieron estas cifras como un primer objetivo simple y homogéneo, con idea de, cuando el cumplimiento de esta actividad mejorase, implantar la intervención con cifras discriminatorias). De esta manera, el hecho de anotar en rojo recordaría una nueva medición de TA en quince días y en futuras revisiones sería más fácilmente identificable la presencia de cifras elevadas.

– Norma de calidad de enfermería: para control de cifras de TA. Se trataría de establecer, como norma de calidad de enfermería, que la determinación de dos cifras tensionales consecutivas superiores a 140 mmHg sistólica o 90 mmHg diastólica, suponga inmediatamente que ese paciente pase a consulta médica para revisión.

– Talleres: para despistaje de prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS). Se trataría de la realización periódica de talleres teórico-prácticos para el desarrollo de habilidades, por parte del personal médico, en la realización del despistaje de prácticas de riesgo (entrevista clínica, *rol-playing*, etc.).

– Recordatorio preimpreso en el documento de interconsulta (PIC) a ginecología: para información sobre métodos anticonceptivos. Se trataría de tener preimpreso en el PIC de ginecología un recordatorio visible para que, en el momento que la paciente solicitase esa consulta, se realizase consejo sobre métodos anticonceptivos.

– Sesiones recordatorio: para todas las actividades priorizadas. Se trataría de realizar, dentro del EAP, sesiones recalando la prioridad de estas cuatro actividades preventivas y el impacto que sobre la salud tiene su cumplimiento.

– Auditorías internas: para las cuatro actividades. Se trataría de, dentro de cada EAP, comprobar, con una auditoría interna, el grado de cumplimiento de las actividades prioritarias.

Podemos ver en la tabla 1 un resumen de todas las ideas obtenidas y a qué actividad preventiva se asocia cada una de ellas.

Resistencias y dificultades

Dentro de los mismos grupos de discusión se realizó un análisis de las resistencias y dificultades a la puesta en práctica de las ideas surgidas. Podemos señalar que, en general, la idea de realizar actividades preventivas era aceptada y valorada positivamente. En cambio, no existía el concepto claro de actividades prioritarias frente a otras no prioritarias, es decir, el hecho de que deberíamos esforzarnos por llevar a cabo aquellas actividades que tengan evidencias de un mayor impacto sobre la salud pública, aun en detrimento de la realización de nuevas actividades preventivas cuya evidencia sea menor o no esté científicamente demostrada su utilidad.

Mientras el hecho de realizar las actividades señaladas como prioritarias era bien aceptado por todos, no lo eran, en cambio, todas las ideas propuestas.

Se detectaron resistencias al uso de pegatinas, pues para algunos era interpretado como un modo de estigmatizar a los pacientes.

La modificación de la hoja de actividades preventivas del adulto generó rechazo en tanto en cuanto podía suponer un aumento de la carga burocrática de la consulta.

En cuanto al recordatorio preimpreso para la información sobre anticoncepción, se valoró como una duplicación de la actividad, pues la paciente va a recibir ese tipo de consejo, en principio, en la consulta de ginecología a la que se le estaría enviando.

Por último, se detectaron dificultades en el despistaje de prácticas de riesgo para ETS. Los profesionales refirieron que muchas veces los pacientes se niegan a contestar ese tipo de preguntas.

En la tabla 1 figuran las ideas en las que había resistencias o dificultades.

Aunque se ha encontrado bibliografía que analiza los factores que influyen en el cumplimiento de las guías de práctica clínica⁴⁰⁻⁴⁴ y de las actividades preventivas en concreto^{45,46}, no se ha encontrado ningún estudio cualita-

Tabla 1. Resultados principales. Ideas para mejorar el cumplimiento de actividades preventivas surgidas de los grupos focales. Área 2 de Atención Primaria. Madrid, 1999-2000

	Consejo antitabaco al fumador	Despistaje prácticas riesgo ETS	Información métodos anticonceptivos	Control cifras TA en hipertensos
Pegatinas	*			
Hoja actividades adulto	*	*	*	*
Recordatorios	*	*	*	*
Revisión historias	*	*	*	*
TA en rojo				*
Norma calidad enfermería				*
Talleres		*		
Recordatorio PIC ginecología			*	
Sesiones	*	*	*	*
Auditoría interna	*	*	*	*

Figura el símbolo * en las actividades preventivas en las que se ha planteado esa idea. Figuran sombreadas las ideas en las que existían resistencias o dificultades. ETS: enfermedades de transmisión sexual; TA: tensión arterial; PIC: petición interconsulta.

tivo similar al presente trabajo con el que comparar los resultados.

Contestando al objetivo inicial, el trabajo ha identificado como elementos implantables, sin encontrarse resistencias ni dificultades, los centrados en dos aspectos: el recordatorio (ya sea escrito, remarcado o mediante sesiones periódicas) y la evaluación interna para detectar lo no realizado (ya sea estableciendo normas de calidad, auditorías o evaluación de las historias de la consulta con corrección inmediata).

Asumiendo de forma simple que para que se produzca un cambio deben darse tres cosas, saber, querer y poder, no parece que se identifiquen lagunas globales en el "saber" (sólo se sugiere formación en el despistaje de prácticas de riesgo) ni en el "querer" (el convencimiento de la idoneidad de aumentar el cumplimiento de las intervenciones preventivas mencionadas era general en los tres grupos). Parece que la mayor dificultad podría estar en el "poder" (de hecho, se detecta una dificultad para poder realizar el despistaje de prácticas de riesgo). Aunque los resultados se podrían interpretar de otras maneras, creemos que el hecho de que los elementos a implantar se centren en recordatorios y evaluación (otra forma de "recordatorio", de darse cuenta, etc.), refleja que, si el profesional necesita un recuerdo, porque sino se le "olvida", es porque en el contexto de la consulta hay otra cosa que capitaliza su atención y creemos que esta "otra cosa" es la demanda masificada, que no deja suficiente tiempo para "acordarse" de las intervenciones preventivas, ni siquiera de las prioritarias. Creemos que se sabe hacer y se quiere hacer, pero que la presión asistencial, entre otros factores, supone una dificultad para que se pueda hacer.

CONCLUSIÓN, UTILIDAD Y LIMITACIONES

Como conclusión, para incrementar cuatro intervenciones preventivas de alto impacto en salud y de bajo cumplimiento, se han aportado ideas centradas en la realización de recordatorios y en la realización de evaluaciones.

La aplicación práctica de los resultados del presente estudio parece clara. La puesta en marcha de las ideas surgidas en los grupos, en las que no había resistencias o dificultades, previsiblemente incrementarán el cumplimiento de las cuatro intervenciones referidas, que tendrían un importante impacto en la salud de la población.

Consideramos que en el presente trabajo se dan algunas limitaciones. Es posible que algunas opiniones no hayan estado representadas en los grupos, dado el importante número de clínicos en contraste con el reducido número de representantes en un grupo y de líderes clínicos en el otro. El hecho de que, probablemente, los participantes en los grupos estén entre los más motivados, sugiere que pueden no estar representadas algunas resistencias. Por último, al ser las resistencias en ocasiones no conscientes, pueden no haberse detectado algunas. En este sentido, se sugiere la realización de estudios más amplios mediante encuestas o técnicas tipo Delphi, para aumentar la representatividad de algunos sectores.

Para finalizar, queremos destacar la gran rentabilidad obtenida con un estudio de tipo cualitativo. El gran número de ideas surgidas nos demuestra la rentabilidad de esta técnica, que además se nutre de los recursos humanos de los EAP.

AGRADECIMIENTOS

A V. Ayala Vargas, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, por su participación en el diseño y en el trabajo de campo.

A la Gerencia del Área 2 de Atención Primaria por el apoyo para este estudio.

A los profesionales del Área 2 tanto clínicos como de gestión que participaron en los grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell F. Programas de salud: reflexions des del Sector Sanitari. Libro de ponencias del VI congres d'Atenció Primària. Lleida; 1991.
- Martín Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 3.ª ed.; 1994.
- Sackett DL. Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE; 1997.
- Gosalbes Soler V, Márquez Calderon S, Maiques Galán A, Latour Pérez J, Bernal Delgado E, Puig Barbera J, et al. [Preventive activities in primary health care: identifying the agreement among evidence-based guidelines]. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Supl 2:88-92.
- Argimón JM. Actividades preventivas en Atención Primaria. Aspectos metodológicos. En: Gené Badía J, editor. *Actividades Preventivas. Monografías clínicas en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma; 1989.
- Aubà J, Arasa H, Manzano A. Dificultades en la realización de las actividades preventivas. *Aten Primaria*. 1995;16:428-32.
- British Medical Association. *Practising prevention*. Londres: Devonshire Press; 1983.
- Canadian Task Force on the periodic health examination. The periodic health examination: 2. 1989 update. *Can Med Assoc J*. 1989;141:209-16.
- Gené J. Actividades preventivas. *Monografías clínicas en Atención Primaria*, n.º 3. Barcelona: Doyma; 1989.
- Red de centros investigadores de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona; 1996.
- US Preventive Task Force. Guide to clinical preventive services. An assessment of the effectiveness of 169 interventions, 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
- Carrión Valero F, Furest Carrasco I, Pascual Izuel JM, Marin Pardo. Minimal intervention in smoking in Spain. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:124-8.
- Clarke V, Hill D, Murphy M, Borland R. Factors affecting the efficacy of a community-based quit smoking program. *Health Educ Res*. 1993;8:537-46.
- Comas Fuentes A, Suárez Gutiérrez R, López González ML, Cueto Espinar A. [Cost-effectiveness of antismoking health counselling in primary health care]. *Gac Sanit*. 1998;12:126-32.
- Martín Cantera C, Córdoba García R, Jane Julio C, Nebot Adell M, Galán Herrera S, Aliaga M, et al. [Mid-term evaluation of a help program for smokers]. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:744-8.
- Martín C, Jané C, Nebot M. The annual evaluation of a program to aid the smoker. *Aten Primaria*. 1993;12:86-90.
- Moragues I, Nebot M, Muñoz M, Ballestín M, Salto E. [Evaluation of a community intervention program ("Quit and Win") for smoking cessation]. *Gac Sanit*. 1999;13:456-61.
- Orleans CT, Abrams DB, Gruman JC. Will healthcare take tobacco addiction seriously? Using policy to drive practice. *Med Gen Med*. 2001;3:15.
- Córdoba R, et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;25:32-6.

20. Becker C, Guenther-Grey C, Raj A. Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 1998;46:831-42.
21. Belcher L, Kalichman S, Topping M, Smith S, Emshoff J, Norris F, et al. A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66:856-61.
22. Boekeloo BO, Marx ES, Kral AH, Coughlin SC, Bowman M, Rabin DL. Frequency and thoroughness of STD/HIV risk assessment by physicians in a high-risk metropolitan area. *Am J Public Health*. 1991;81:1645-8.
23. Bowman MA, Fredman L, English DK, Rabin DL, Sardeson K, Taggart V, Bandemer C. Screening for sexually transmitted diseases by primary care physicians. *South Med J*. 1991;84:294-8.
24. Cabral RJ, Galavotti C, Armstrong K, Morrow B, Fogarty L. Reproductive and contraceptive attitudes as predictors of condom use among women in an HIV prevention intervention. *Women Health*. 2001;33:117-32.
25. Cohen MS. HIV and sexually transmitted diseases. The physician's role in prevention. *Postgrad Med*. 1995;98:52-8, 63-4.
26. Simó J, Gaztambide M. Vacunación contra la hepatitis B: estrategias actuales y propuestas de futuro. *Aten Primaria*. 1996;17:147-61.
27. Kelly JA, Murphy DA, Washington CD, Wilson TS, Koob JJ, Davis DR, et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *Am J Public Health*. 1994;84: 1918-22.
28. Lauby JL, Smith PJ, Stark M, Person B, Adams J. A community-level HIV prevention intervention for inner-city women: results of the women and infants demonstration projects. *Am J Public Health*. 2000;90:216-22.
29. Rosenberg MJ. Sexually transmitted diseases and the primary care provider. *Prim Care*. 1990;17:195-203.
30. Soler H, Quadagno D, Sly DF, Riehman KS, Eberstein IW, Harrison DF. Relationship dynamics, ethnicity and condom use among low-income women. *Fam Plann Perspect*. 2000;32:82-8.
31. Walls CT, Lauby J, Lavelle K, Derby T, Bond L. Exposure to a community-level HIV prevention intervention: who gets the message. *J Community Health*. 1998;23:281-99.
32. Wingood GM, DiClemente RJ. HIV sexual risk reduction interventions for women: a review. *Am J Prev Med*. 1996;12:209-17.
33. Zamboni BD, Crawford I, Williams PG. Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: implications for HIV prevention. *AIDS Educ Prev*. 2000;12:492-504.
34. Contraceptive method and condom use among women at risk for HIV infection and other sexually transmitted diseases—selected US sites, 1993-1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1996;45:820-3.
35. Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D, Parcel G, Banspach S, Collins J, et al. Safer choices: reducing teen pregnancy, HIV and STDs. *Public Health Rep*. 2001;116 Suppl 1:82-93.
36. Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine. *Dtsch Med Wochenschr*. 2000;125:1385-9.
37. Márquez E, et al. Ensayo sobre la eficacia de los programas de educación para la salud en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 1998;21:199-204.
38. Alonso MM, et al. Seguimiento de una cohorte de pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17: 575-80.
39. Gil V, et al. Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 1997;20:180-4.
40. Grol R, Thomas S, Roberts R. Development and implementation of guidelines for Family Practise: Lesson from the Netherlands. *J Fam Pract*. 1995;40:
41. Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: wich interventions are effective? *Br J Gen Pract*. 1998;48:991-7.
42. Eccles M, Freemantle N, Manson J. North of England evidence Based guidelines development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. *BMJ*. 1998;316:1232-5.
43. Grol R. National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract*. 1990;40:361-4.
44. Grimshaw JM, Rusell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*. 1993;342:1317-22.
45. Martín Zurro A. La motivación de los profesionales en la introducción de la prevención. En: Gené Badía J, editor. *Actividades preventivas. Monografías clínicas en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma; 1989.
46. Subias-Loren PJ, et al. Factores asociados con una mejor cumplimiento del examen de salud del adulto en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:570-3.