

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Dermatología y Atención Primaria: una relación obligada

J. Borbujo

Servicio de Dermatología. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

La relación que existe o debe existir entre el dermatólogo y el médico de Atención Primaria, difiere, como en tantas otras facetas de la Dermatología actual, si nos centramos en la Medicina pública del Sistema Nacional de Salud o en la Medicina privada^{1,2}.

Esta dicotomía, que cada día provoca una brecha mayor entre los dermatólogos, tanto a la hora de definir precios, salarios, carteras de servicio, proyección, complejidad de la actividad, como en la forma de atender al paciente, y que puede terminar con un cisma de la especialidad en dos formas de concebirla, me obliga a centrarme en la atención sanitaria pública, única que podría ser definible, evaluable y comparable en el momento actual en España³⁻⁶.

Y en esta asistencia sanitaria pública ¿cómo se relacionan ambos niveles asistenciales?

El dermatólogo y el médico de Atención Primaria atienden al mismo paciente y en muchas ocasiones la misma patología que le aqueja. Tienen el mismo empresario y disponen de las capacidades suficientes para realizar su trabajo. La diferencia estriba en que uno está más especializado en unas técnicas específicas y puede llegar a diagnosticar problemas de salud dermatológicos «más complejos», y el otro puede incorporar a la atención del paciente todos los aspectos de una historia clínica de años de evolución, con un abordaje integral del paciente, además de su plena confianza. Es obvio que la relación entre ambos médicos debe ser cordial, de respeto mutuo y de ayuda constante para que el paciente tenga una continuidad y unos criterios unánimes en la atención sanitaria percibida y ofrecida⁷⁻⁹.

¿Alguien entendería que en una fábrica de automóviles no existiese una relación estrecha entre dos componentes de la cadena de producción? Automáticamente la disminución que se generaría en la producción provocaría la rescisión del contrato de ambos.

También es cierto que si no existiesen problemas en esta relación, o dicho de otra forma, diferencias de criterio, no se me hubiese encargado este artículo.

En primer lugar se definirá cuáles son los protagonistas de esta relación, se describirá la situación actual, y posteriormente, a través de ejemplos, se concebirá un nuevo tipo de relación.

Si se realiza un análisis de la situación actual y de las diferentes variables que intervienen en un problema de salud¹⁰⁻¹⁵ que es tratado entre Atención Primaria y Especializada, en este caso Dermatología, se pueden concretar en: el enfermo, el equipo directivo (gerente, director médico tanto de Atención Primaria como de Especializada) y el laboratorio farmacéutico, cada uno con unos intereses propios. Además se deben tener en cuenta los recursos materiales, la evidencia científica y la enfermedad. Por último tendremos al médico (Atención Primaria y Especializada) que va a participar constantemente en la toma de decisiones, y por tanto será al que todos querrán controlar; y la relación entre ambos será la parte fundamental del sistema, al ser el nexo de unión del mismo.

Vamos a poner un ejemplo: problema de salud, acné.

1. El enfermo lo que quiere es que se le solucione lo antes posible y de la mejor forma (que no deje cicatriz, que no le altere su actividad social, que no le recidive y que el tratamiento no le provoque efectos secundarios).
2. El equipo directivo de Atención Primaria: el director médico tiene, entre los objetivos anuales, que disminuyan el número de derivaciones entre Atención Primaria y Dermatología, que cada año se atiendan problemas de salud diferentes y un mayor número de éstos en sus centros. El gerente, además, que se produzca un ahorro en costes, tanto en recursos humanos como en materiales. Todos estos objetivos, sin disminuir la calidad asistencial.
3. El equipo directivo de Atención Especializada: pacta el número de consultas al año, que sea mayor el número de pacientes nuevos que el de revisiones, que no aumente el número total de consultas, que se codifique todo tipo de procedimiento y que el gasto farmacéutico sea menor. El gerente, además, pretenderá un ahorro en costes, tanto en recursos humanos como en materiales. Todos estos objetivos, sin disminuir la calidad asistencial.
4. Objetivos del laboratorio farmacéutico: que se utilice más su producto y que le reporte más beneficios, independientemente de que la evidencia científica sea la mejor existente al respecto. De hecho, si puede retirar productos antiguos, aunque éstos sean efectivos, lo hará ya que no le reportan suficientes beneficios. En el caso del acné se presionará para instaurar antes, durante más tiempo, a mayor dosis y en más ocasiones, la isotretinoína. Esto es más acuciante desde la liberación de las marcas, la implantación de los genéricos y la consiguiente bajada de precios.

Correspondencia:

Jesús Borbujo.

Servicio de Dermatología. Hospital de Fuenlabrada.
Camino del Molino, s/n. 28942 Fuenlabrada. Madrid.
jborbujom@meditex.es

Aceptado el 9 de febrero de 2007.

5. La evidencia científica permitirá definir el fármaco a utilizar entre el abanico terapéutico existente, que será el que presente similar efectividad, menor coste, menor efecto secundario y mayor rapidez de acción. Dicho de otra forma: uso racional del medicamento. Pero esto no indica una disminución de los costes de tratamiento, ya que la mejor evidencia científica para cada paciente obligaría a disponer de carteras de servicios completas en todos los departamentos médicos o a que estuviesen accesibles de forma real para toda la población. Dicho con un ejemplo, el paciente con esclerodermia será tratado de igual forma y bajo la mejor evidencia científica, independientemente de su lugar de residencia (ciudad de gran tamaño o aldea alejada de centro sanitario hospitalario).
6. En cuanto a los recursos materiales es posible que en este caso (acné) tanto Atención Primaria como Especializada puedan disponer de los medios. Esto complica el problema, ya que si el recurso material solamente estuviese en la Especializada no se tendría que pensar en quién debería realizar el procedimiento terapéutico.
7. La enfermedad: si seguimos con el ejemplo del acné se suman dos peculiaridades importantes; todos aquellos pacientes que deban tratarse con isotretinoína deben ser evaluados, realizada la indicación, tratados y seguidos por el dermatólogo. Pero además en mujeres fértiles se debe instaurar un método anticonceptivo, y en numerosas ocasiones son los centros de salud los que controlan la planificación familiar.
8. Médico de Atención Primaria y dermatólogo: van a ser el nexo a través de la relación que exista entre ambos. Así, los pacientes con acné vulgar serán remitidos al dermatólogo por el médico de Atención Primaria para la instauración de tratamiento con isotretinoína. El resto de tratamientos habituales pueden ser instaurados en el centro de salud. Pero la falta de comunicación entre ambos médicos hace que estos pacientes lleguen sin la analítica pertinente, sin el método anticonceptivo instaurado (en el caso de pacientes en edad fértil) y sin que el paciente tenga la suficiente información para firmar un consentimiento. Este hecho genera normalmente una visita infructuosa después de haber tenido una demora en la asistencia. Se tiene que pedir analítica para instaurar o remitir a otro especialista para que se inicien medidas anticonceptivas. Estos hechos provocan demoras poco gratificantes para el paciente.

Si analizamos otro problema de salud como una queratosis actínica que se puede tratar en Atención Primaria utilizando un recurso barato y efectivo, como es el Efudix[®], nos encontramos que el médico de familia terminará utilizando por la presión ejercida por el especialista y por el laboratorio farmacéutico un tratamiento más caro y como mucho de igual efectividad¹⁶. El laboratorio influirá para que fármacos

muy baratos sean retirados de los canales habituales de comercialización. El especialista, influenciado por la industria farmacéutica por diferentes motivos, no difíciles de imaginar, terminará utilizando fármacos o procedimientos más caros.

También se podrían utilizar otras técnicas para el tratamiento de las queratosis actínicas, como crioterapia, electrocoagulación o terapia fotodinámica, pero estas técnicas normalmente están en Especializada, lo que obliga siempre a su derivación. Ante este hecho el médico de Atención Primaria intentará convencer a su dirección de que la crioterapia aplicada por ellos puede disminuir estas derivaciones. Y así, en este momento, son numerosos los centros de salud que disponen de aparatos de crioterapia.

En conclusión, una decisión que ha sido influenciada por un laboratorio farmacéutico termina con la implantación de crioterapia en Atención Primaria. Y es que la toma de decisiones debe ser muy bien evaluada y considerada, ya que puede terminar por influir en decisiones políticas.

Pero no termina esto aquí, una vez instaurada la crioterapia, la electrocoagulación o la cirugía menor en Atención Primaria viene una segunda parte: ¿quién forma a los médicos? ¿Quién les proporciona los conocimientos? Influenciados por una corriente de pensamiento de aislamiento y separación de la Dermatología de la Atención Primaria, nos encontramos que los propios médicos de familia se organizan en grupos de educación, y para mejorar sus recursos económicos comienzan a realizar cursos de cirugía menor y de crioterapia. Es decir, por una parte se instauran estos procedimientos en Atención Primaria, y además en lugar de que la formación se realice de forma adecuada por dermatólogos, son los propios médicos de familia los que la llevan a cabo. Evidentemente, sin tener en algunos casos la calidad suficiente y transmitiendo los errores derivados de la falta de experiencia o conocimientos.

Por tanto, una decisión basada en la falta de comunicación y la presión económica de laboratorios farmacéuticos termina por empeorar de forma sustancial el manejo y el tratamiento de este grupo de pacientes.

Todo este clima provoca una falta de confianza entre el médico de Atención Primaria y el dermatólogo. El médico de Atención Primaria ve en el dermatólogo un compañero que no le dejará llegar a conseguir objetivos, que le obliga a recetar tratamientos que no están en sus guías, que hace del paciente un enemigo al decirle el especialista que el tratamiento que se le ha puesto es obsoleto o que ha sido remitido tarde^{17,18}.

Por otra parte, el dermatólogo ve al médico de Atención Primaria como el que deriva mal al paciente, el que realiza técnicas que le van a quitar trabajo, y el que se queda con pacientes que deberían serle derivados.

Por tanto ¿cómo debe ser la relación entre Atención Primaria y Dermatología?

Algunos dermatólogos opinan que la puerta de entrada del paciente al dermatólogo no debe ser el médico de Aten-

ción Primaria, sino que debería ser libre. En nuestro sistema sanitario, al igual que en otros europeos, esto no es posible, ya que sería inviable. Pero si no tuviésemos el freno del médico de Primaria estaríamos continuamente atendiendo al paciente no patológico, y ¿hasta qué punto un sistema público pagado por los impuestos de todos, puede soportar y aceptar este hecho? En este caso la relación entre el dermatólogo y el médico de Atención Primaria sería inexistente y tampoco importante.

Sin embargo, la puerta de entrada al sistema sanitario en Dermatología es el médico de familia. Además, en diversos estudios se comprueba que el hecho de que sea el médico de Atención Primaria el que derive es mejor aceptado por el paciente que si esto no fuera así¹⁹. Pero esta derivación se debería basar en unos principios consensuados y asociar siempre una formación continuada reglada.

En el año 2006 el Ministerio de Educación, junto con el Ministerio de Sanidad, han dado luz verde a un proyecto para aumentar esta relación, conscientes de la importancia para el Sistema Sanitario de la misma. Así, en el plan de formación de residentes de numerosas especialidades, que deberían tener una relación estrecha con Atención Primaria, será obligatorio que durante un tiempo determinado el residente rote por un centro de salud. Entre dichas especialidades está la Dermatología.

También en el 2006 se instó desde la dirección general de la sanidad madrileña a un incremento en la relación entre ambos niveles, creyendo de antemano que este aumento de colaboración redundaría en una disminución de la lista de espera al mejorar la eficiencia del sistema. Se pensó en el especialista consultor como arma reguladora, y una de las especialidades más aceptadas para iniciar esta relación fue la Dermatología.

Se volvió a insistir en viejas y caducas formas para intentar realizar esta relación. Sesiones, consultas conjuntas, especialista de referencia para poder ponerse en contacto con él... pero excepto la creación de «servicios hospitalarios paralelos» para atender de forma más rápida esta necesidad, como si se tratase de enfermos preferenciales, no tomaron cuerpo dichas iniciativas²⁰⁻²². Pero, claro está, esta última iniciativa conlleva un aumento de recursos humanos y materiales, justo lo contrario de lo que se pretendía.

Solamente existe una forma, a mi entender, para que dicha relación se base en fundamentos perdurables en el tiempo y que además mejore la eficiencia del sistema y la calidad ofrecida y percibida por el paciente: protocolos y formación.

Protocolos

Los protocolos de actuación tanto diagnósticos como terapéuticos serán la herramienta que sirva para una relación basada en el respeto y la unificación de criterios.

Pero aquí aparece un nuevo problema. Se han realizado protocolos de numerosas patologías, en diferentes especialidades, y sin embargo no han servido para mantener una relación entre ambos niveles de forma eficaz, quedando en el cajón sin ser seguidas sus recomendaciones.

¿Cuál ha sido el problema para que esto haya sucedido?

Los protocolos conjuntos deben basarse en unos principios básicos para su instauración. En primer lugar deben nacer para intentar resolver una necesidad común y finalizar en un consenso entre todos los intervinientes y no en una imposición de un área determinada de trabajo.

1. No sería aceptable que un protocolo se realizase por un laboratorio (por ejemplo: protocolo de tratamiento de las queratosis actínicas) y que se extendiese a todas las áreas sanitarias. No contaría con la aprobación de la Administración, y aunque estuviese basado en la evidencia científica existiría un conflicto de intereses intrínseco al mismo protocolo.
2. Tampoco sería aceptado por los dermatólogos un protocolo realizado e impuesto por Atención Primaria, pero tampoco sería bien aceptado de la forma inversa.
3. Por otra parte, un protocolo impulsado por la dirección hacia los equipos de Atención Primaria no sería seguido por una gran parte de los médicos, ya que pensarían que existe algo oculto que terminaría por empeorar su calidad de vida, al aumentar su trabajo.
4. Tampoco estaría bien visto un protocolo realizado por mandos intermedios en reuniones programadas que abandonan su actividad asistencial cargando las consultas del resto.

Por tanto, la única forma en la que creo que deben ser realizados los protocolos es a través de la necesidad y el consenso. En primer lugar, ante una necesidad sentida por ambas partes, por ejemplo: ¿cómo tratamos las queratosis actínicas? Y basándose en la cartera de servicios de ambos niveles, teniendo en cuenta que ésta puede cambiar según el hospital o el centro de salud, se personalizará para esa área de actuación.

Se debe elegir un equipo de trabajo; este equipo se elegirá no por la dirección, ni por los jefes de servicios, sino por consenso de los propios componentes que lo integren, sabiendo que tendrán que trabajar en ocasiones fuera de su horario laboral, o si es en él, que el equipo tendrá que asumir parte de su carga asistencial o tendrá que contratar a un sustituto, con lo que esto supone.

Una vez realizado el protocolo, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible y acordando, en el mismo, la forma y el tiempo de las derivaciones y de los seguimientos. Esta patología se asumirá como preferencial y no deberá tener restricciones ni lista de espera. Las direcciones lo refferendrán, ya que se asumirá como cartera de servicio dicho

protocolo, y no se aceptarán derivaciones fuera del mismo^{23,24}.

Si nos centramos en un problema de salud: acné ¿cómo hemos realizado nosotros el protocolo? Cuando el médico de familia remite al dermatólogo un paciente con acné para instaurar isotretinoína, le remite con la analítica pertinente realizada esa semana, con el método anticonceptivo apropiado, con la prueba de embarazo negativa y con el mismo documento de consentimiento informado que posteriormente el dermatólogo le presentará para su firma. Esto hace que el paciente el mismo día, que por primera vez acude al especialista, salga de la consulta con las recetas y el informe preceptivo para el inspector. La calidad de la atención percibida por el paciente se aumenta de forma importante. Para completar el protocolo, el dermatólogo se compromete a atender al paciente en un período breve para que la analítica sea válida para iniciar el tratamiento. Además, esta rapidez en la atención supone un refuerzo positivo en la relación con el médico de Atención Primaria.

Este hecho obliga a tener reuniones entre los médicos de ambos niveles, pero con una finalidad exclusiva, mejorar la calidad de asistencia al paciente.

El paciente será tratado de igual forma por todos los médicos de ambos niveles, será atendido, por tanto, de forma conjunta y además se someterá a sanción el incumplimiento de dicho protocolo²⁵.

Un paso más en esta relación será definir la patología a protocolizar, casi todas pueden protocolizarse, pero siempre que tengamos clara la cartera de servicio de Atención Primaria en la patología dermatológica, en el diagnóstico, el tratamiento y las técnicas que se van a realizar. No hay que tener miedo, hay que basarlo en una relación amistosa y en la evidencia científica.

Otro ejemplo podría ser el tratamiento y seguimiento de la patología tumoral. Si se decidiese qué parte de la patología tumoral se trata en Atención Primaria habría que acordar, entre otras cuestiones, que nunca se debe biopsiar en este nivel asistencial la patología funcional y la sospecha de patología tumoral maligna. En caso de duda diagnóstica siempre habrá que remitir. Por otra parte, el dermatólogo debe concienciar al médico de Primaria de que su cartera de servicio comprende toda la patología tumoral cutánea incluida la ungueal, y que si se debe derivar, lo haga de entrada al Dermatólogo y no a otros especialistas. Una vez tratado en dermatología y realizada la comprobación de que no existe recidiva en el tiempo apropiado, por ejemplo en el carcinoma basocelular, las revisiones periódicas que estén estipuladas realizarse se pueden hacer en Atención Primaria; además este médico atiende al enfermo por otros problemas de salud y observará con más antelación si existe dicha recidiva. En contrapartida, en caso de apreciar algún signo de recidiva, el dermatólogo atenderá a dicho paciente sin demora.

Formación

La relación a la que nos hemos venido refiriendo se debe complementar con la formación²⁶, que se implantará no solamente acudiendo a dar charlas a los centros de salud, sino abriéndoles las puertas de los servicios hospitalarios para que puedan acudir a los mismos a interesarse por sus pacientes, y para que los conocimientos sean puestos al día. Esta relación creará confianza entre ambos, y ante las dudas que aparezcan en la consulta diaria el médico de Primaria tendrá una forma rápida de ponerse en contacto con el dermatólogo. En este tipo de formación se engendra un problema añadido, las direcciones de Atención Primaria son reacias, por economicismo, a que un médico de familia esté un tiempo determinado rotando en un hospital, ya que esto supone la contratación de otro médico en su lugar. La solución de que la consulta quede cubierta con sus compañeros no es válida. La relación que aparece al realizar estas rotaciones sí que es perdurable en el tiempo, ya que crea confianza. Se tendría que definir el tiempo de la rotación y los objetivos.

Un principio que debe impregnar todo tipo de formación es la falta de conflicto de intereses. Esto quiere decir que la formación que esté financiada o protagonizada por la industria farmacéutica no será bien aceptada por Atención Primaria ni por la dirección correspondiente. Este hecho es trascendental, ya que la Industria puede ayudar económicamente a la formación, pero siempre en segundo plano y evitando un único laboratorio protagonista. Es imprescindible definir claramente las reglas de juego y así transmitir las a todos los implicados.

Y ¿cómo encajar la teledermatología?, simplemente como otra herramienta para relacionarse entre médicos de ambos niveles. Aunque solamente sería rentable, según diversos autores, para utilizarla en casos de pacientes aislados o que vivan lejos de un centro hospitalario. El tiempo empleado para realizar una buena teledermatología tanto del dermatólogo, como del médico de Primaria y del mismo paciente, la hacen poco práctica en sitios donde ambos niveles estén geográficamente cercanos, a no ser que exista impedimento físico en el paciente. Algunos cargos directivos pensaron en un principio que la teledermatología evitaría contrataciones de dermatólogos, ya que se solucionarían los problemas sin necesidad de atender físicamente al paciente. No contaron con los tiempos empleados para realizar dicha técnica, y aunque la concordancia pueda sobrepasar un 80 % en estudios planificados, la realidad es que el número de biopsias no disminuye, ni los recursos humanos^{27,28}.

Es cierto que estas propuestas no serán compartidas por todos, es más, posiblemente se opine que son una utopía y por tanto imposibles de alcanzar; algunos señalarán que aumentar o mejorar la relación entre Atención Primaria y Dermatología puede influir negativamente en el número de

pacientes que se atienden en consulta, fundamentalmente en la privada, pero yo estoy convencido de la bondad del sistema sanitario público español, de su gran calidad y de la accesibilidad que tiene el sistema para la población. También es cierto que esto genera, en algunas poblaciones, una frecuentación excesiva, y esto solamente puede ser modulado si la relación entre ambos niveles esta protocolizada y es continua. Por último, y como conclusión, indicar que para el dermatólogo el médico de Atención Primaria tiene que ser un cliente directo al que hay que vender su profesionalidad y buen hacer, ya que el médico de familia puede decidir cómo y a quién derivar el paciente.

Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- De Moragas JM. Dermatología ¿adónde vas? *Actas Dermosifiliogr.* 2005;95:409-11.
- Borbujo-Martínez J, Córdoba-Guijarro S. Indicadores de consulta externa dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:618-9.
- Bergus GR, Randall CS, Sinift SD, Rosenthal DM. Does the structure of clinical questions affect the outcome of curbside consultations with specialty colleagues? *Arch Fam Med.* 2000;9:541-7.
- de Argila Fernández-Durán D. ¿Hacia dónde van la dermatología y la economía? *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:73-4.
- Macaya-Pascual A, López-Canós R, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de Atención Primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:569-72.
- Resneck JS Jr, Isenstein A, Kimball AB. Few Medicaid and uninsured patients are accessing dermatologists. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:1084-8.
- Purdy RA. Specialists really do need family physicians. *Can Fam Physician.* 2004;50:535.
- Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care.* 2001;10:33-9.
- Rice B. If you're losing patients to specialists... *Med Econ.* 2003;80:27-8.
- DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract.* 2002;51:223-8.
- Bowling A, Bond M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *Br J Gen Pract.* 2001;51:264-9.
- Black M, Leese B, Gosden T, Mead N. Specialist outreach clinics in general practice: what do they offer? *Br J Gen Pract.* 1997;47:558-61.
- Gosden T, Black M, Mead N, Leese B. The efficiency of specialist outreach clinics in general practice: is further evaluation needed? *J Health Serv Res Policy.* 1997;2:174-9.
- Bowling A, Stramer K, Dickinson E, Windsor J, Bond M. Evaluation of specialists' outreach clinics in general practice in England: process and acceptability to patients, specialists, and general practitioners. *J Epidemiol Community Health.* 1997;51:52-61.
- García Olmos L, Gervás Camacho J, Otero A, Pérez Fernández M. The referral system: a study on relations between general practitioners and specialists. *Rev Sanid Hig Publica (Madr).* 1994;68:267-78.
- Robertson J, Treloar CJ, Sprogis A, Henry DA. The influence of specialists on prescribing by GPs. A qualitative study. *Aust Fam Physician.* 2003;32:573-6.
- Kasje WN, Denig P, Haaijer-Ruskamp FM. Specialists' expectations regarding joint treatment guidelines for primary and secondary care. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:509-18.
- Robertson J, Fryer JL, O'Connell DL, Sprogis A, Henry DA. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. *Med J Aust.* 2001;175:407-11.
- Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res.* 2006;19:5-11.
- Hollins J, Veitch C, Hays R. Interpractitioner communication: telephone consultations between rural general practitioners and specialists. *Aust J Rural Health.* 2000;8:227-31.
- Roland M, Bewley B. Boneline: evaluation of an initiative to improve communication between specialists and general practitioners. *J Public Health Med.* 1992;14:307-9.
- Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract.* 1990;40:445-9.
- Marshall MN. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Fam Pract.* 1999;16:33-8.
- Scherger JE. Primary care physicians and specialists as personal physicians: can there be harmony? *J Fam Pract.* 1998;47:103-9.
- Olmos O, Borbujo J. Tratamiento del acné en atención primaria. *FMC.* 2004;11:261-9.
- Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ.* 1998;316:442-5.
- Harrison R, Clayton W, Wallace P. Can telemedicine be used to improve communication between primary and secondary care? *BMJ.* 1996;313:1377-80; discussion 1380-1.
- Romero G, García M, Vera E, Martínez C, Cortina P, Sánchez P, et al. Resultados preliminares de DERMATEL: estudio aleatorizado prospectivo comparando modalidades de teledermatología síncrona y asíncrona. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:530-6.