



ORIGINAL

Medidas organizativas y práctica asistencial. Una perspectiva desde los centros de salud

Lidia Clara Rodríguez García*, Juan Ferrándiz Santos, Juan José Muñoz González, Gustavo Mora Navarro, Gabriela García Álvarez y María Teresa Alonso Salazar

Dirección Gerencia del Área 11 de Atención Primaria, Centro de Salud San Andrés, Madrid, España

Recibido el 17 de febrero de 2010; aceptado el 28 de julio de 2010

Disponible en Internet el 19 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Encuesta;
Actividad profesional;
Derivación;
Consultas

Resumen

Objetivo: Conocer la utilización de medidas organizativas relacionadas con la práctica asistencial de los centros de salud (CS) a través de la valoración de las comisiones directivas.

Diseño: Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal.

Emplazamiento: Área 11 Atención Primaria, Madrid.

Participantes: Comisiones Directivas de los Equipos de Atención Primaria (n = 38).

Mediciones: Se utilizó un cuestionario semiestructurado autoadministrado con 21 preguntas principales sobre procedimientos y utilización de medidas organizativas internas relacionadas con la práctica asistencial en los CS, agrupadas en 5 apartados: consultas previsibles y no previsibles (carácter asistencial o administrativo) y gestión de agendas/atención al usuario.

Resultados: Tasa de respuesta 100%. El 69% dispone de circuito interno y/o aplicación informática para renovación de recetas crónicas y el 55% para incapacidad temporal. En el 71%, las consultas de enfermería participan en emisión y entrega de recetas crónicas. El 42% realiza trámites administrativos atribuibles a atención especializada. El 21% no se ajusta a la frecuencia recomendada de visitas de seguimiento en los programas asistenciales y el 29% duplica la actividad entre medicina y enfermería. El 97% dispone de circuito específico interno para atención urgente. El 84% facilita citación autoconcertada desde las consultas y un 29% tiene agenda disponible para un período superior a 6 meses.

Conclusiones: Existe variabilidad en la utilización de determinadas medidas organizativas y procedimientos relacionados con la práctica asistencial en los centros de salud. Sería recomendable una mayor investigación para determinar si los cambios organizativos y del profesional pudieran contribuir a una mejor eficiencia y satisfacción del paciente.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lcrodriguez.gapm11@salud.madrid.org (L.C. Rodríguez García).

KEYWORDS

Primary health care;
Questionnaire;
Professional practice;
Referral;
Consultation

Organizational procedures and health care management. A point of view from primary care centres

Abstract

Objective: We aimed to know how the directive teams perceive the implementation of organizational procedures in relation with the health care management in the primary care setting.

Design: Multicentre cross-sectional descriptive study.

Setting: Area 11 Madrid Primary Care Service, Spain.

Participants: All directive teams of primary care centres (PCC) ($n = 38$).

Measurements: Data were collected with a self-administered semistructured questionnaire which included 21 main questions about procedures and use of internal organizational measures relating to the health care management in PCC, grouped in five sections: predictable and non predictable consultations (clinical and administrative), clinical schedules and office management.

Results: 100% response rate. 69% of PCC use internal procedures and computerized applications for the renewal of medical chronic prescriptions and 55% for temporary disability. 71% show nurse involvement in terms of dispensing medical prescriptions during clinical consultations. 42% keep on performing administrative procedures of specialized care. 21% don't get compliance with routine control of programs and in 29% of consultations duplicity of visits among medicine and nursing are expected. 97% follow a specific process for urgent attention. 84% request subsequent appointment in the previous clinical consultation. 29% have open schedules availables for 6 months.

Conclusions: A wide variability of the implementation of organizational procedures in PCC was observed. Further research is needed to determine whether any organizational and professional changes could contribute to improve efficiency and patient satisfaction.

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

Introducción

La utilización de servicios sanitarios depende del usuario, del profesional y de la organización, donde el uso excesivo o inapropiado contribuye a generar una carga asistencial inadecuada¹. En el año 2008, la frecuentación media en Medicina de Familia (MdF) en nuestro país fue de 6,3 consultas/habitante/año, habiendo aumentado respecto al año 2007 en todos los grupos de edad. En la Comunidad de Madrid (2008) se atendió en consultas de MdF al 78,6% de la población asignada y al 42% en consultas de enfermería, siendo la frecuentación de 5,5 y 3,1 respectivamente².

Los factores dependientes del paciente, como la autopercepción del estado de salud^{3,4}, las variables demográficas, las características socioeconómicas⁵, sus expectativas y, fundamentalmente, la morbilidad crónica y los problemas de salud mental⁶⁻⁸, se relacionan con la variabilidad en la utilización de recursos sanitarios y parecen influir especialmente en la decisión de la primera consulta.

Los factores atribuibles al profesional y la organización contribuyen a dicha variabilidad, dependiendo del perfil profesional y del grado de organización interna del Equipo de Atención Primaria (EAP)^{9,10}, con una influencia más determinante sobre las visitas sucesivas. Se considera que entre el 40 y el 60% de los motivos de consulta son previsibles^{11,12} y que las medidas organizativas (circuitos internos para la gestión de la demanda y la actividad asistencial y agendas para la gestión del tiempo) pueden proporcionar resultados perceptibles a corto plazo¹³.

En el consumo de recursos y servicios sanitarios interviene de forma característica la organización de la práctica asistencial. Bellón et al desarrollaron un modelo causal de factores del proveedor y la organización en la utilización de servicios de Atención Primaria (AP)¹⁴ donde la variabilidad se explicaba en gran parte por factores modificables: demanda inducida por el profesional, organización de prescripciones repetidas y partes de incapacidad temporal (IT), formación y perfil profesional y clima organizativo, y propusieron una intervención para reducir la utilización de pacientes hiperfrecuentadores en la que el MF valora la información disponible sobre el paciente, elabora una hipótesis explicativa del exceso de utilización que comparte con el resto del equipo y propone un plan de actuación al paciente (hipótesis + *team*)^{15,16}. La valoración de la efectividad de esta intervención observó una reducción significativa del número de visitas y la hipótesis administrativa-organizativa representaba un 63,6%. Los planes propuestos fueron dar recetas y partes IT suficientes hasta la visita siguiente, alargar los intervalos entre visitas y pedir apoyo a los administrativos^{15,17}.

Gené et al analizan cualitativamente las consultas considerando dos aspectos: que la visita sea una necesidad asistencial o administrativa y de carácter previsible o imprevisible por el profesional¹⁶ sugiriendo intervenir sobre aquellas de mayor volumen, las consultas previsibles tanto asistenciales como administrativas. Otros autores encontraron que la mayor presión asistencial se relaciona directamente con motivos administrativos, proponiendo la implantación de medidas desburocratizadoras de las consultas con la participación del personal administrativo¹¹. Una

reciente experiencia de cambio organizativo global consensuado en un centro de salud que implicaba a los distintos profesionales y circuitos establecidos consiguió una reducción del 5,5% de las visitas médicas¹⁸.

Siendo la gestión de la frecuentación un objetivo prioritario para el Área 11, el Contrato Programa 2008 estableció el compromiso en los EAP de revisar su organización interna, analizando los procedimientos y circuitos de atención a los usuarios, tanto en consultas asistenciales como administrativas, e introducir las mejoras necesarias detectadas, aprovechando algunas sugerencias de otros entornos (gestionar la actividad administrativa de las consultas en las unidades administrativas, concertar las visitas sucesivas o previsibles, acuerdos de derivación a Atención Especializada [AE], potenciar el papel del personal de enfermería, protocolización de la atención a pacientes crónicos, atención telefónica, pautas consensuadas para pacientes que solicitan atención no demorable, etc.)^{15,18,19}.

El objetivo del trabajo es conocer la utilización de medidas organizativas relacionadas con la práctica asistencial de los centros de salud, a través de la valoración de las comisiones directivas.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, descriptivo y transversal en un Área sanitaria de Madrid con cuatro distritos sanitarios urbanos y uno rural/semirural, abarcando 41 zonas básicas de salud con 35 centros de salud (CS). La población con asignación de tarjeta sanitaria individual ascendía a 884.286 ciudadanos (31/12/2008).

Criterios de inclusión

Todos los CS, con independencia del año de apertura, excepto los consultorios locales. El 100% de los CS se encuentran informatizados desde el año 2005.

VARIABLES A ESTUDIO

Para estimar la valoración de las *comisiones directivas* (CD) se remitió a los CS (octubre/2008) un cuestionario con la finalidad de obtener información sobre determinadas intervenciones de la práctica asistencial y servir como instrumento de reflexión para el conjunto del CS. Todo el

esquema de trabajo incluía las etapas de diseño, difusión, cumplimentación, rescate y posterior evaluación.

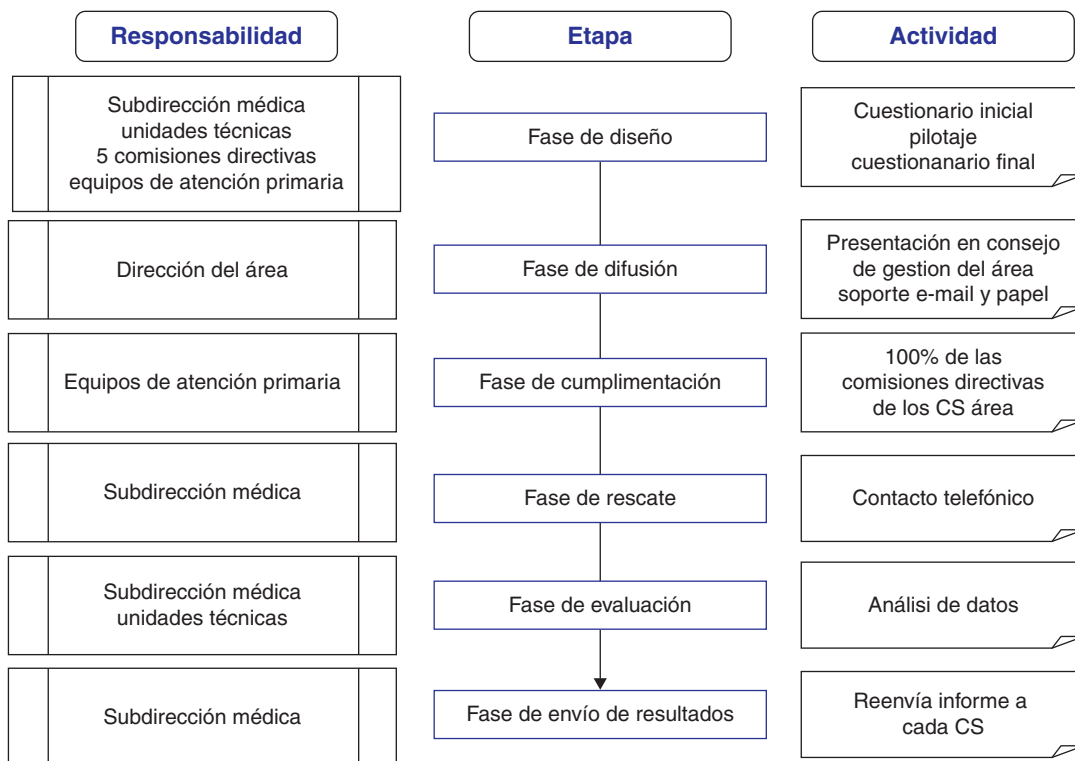
El proyecto se presentó en un Consejo de Gestión (órgano de participación y decisión al que asisten las CD de los CS y la Dirección del Área), informando del proyecto y de los plazos de trabajo.

Antes del envío sistemático se realizó un pilotaje con 5 coordinadores médicos para valorar la idoneidad y comprensión de las preguntas, incorporándose las modificaciones sugeridas a la versión final. Después, el cuestionario se remitió al total de los coordinadores médicos para su cumplimentación conjunta con el responsable de enfermería y de la unidad administrativa y de atención al usuario (UNAD).

El cuestionario semiestructurado incluía 21 preguntas agrupadas en 5 apartados (Anexo 1 disponible en Internet) de acuerdo a la categorización sugerida por tipo de consulta en otros trabajos^{11,16}:

- *Consulta administrativa previsible (CAdP)*: aquella cuyo contenido puede preverse y comprende tareas potencialmente burocráticas (expedición de recetas, partes de confirmación de IT, volantes repetidos, informes programados, etc.).
- *Consulta administrativa No previsible (CAdNop)*: aquella cuyo contenido puede preverse, surge inesperadamente y comprende tareas burocráticas (solicitud de informes, volantes, certificados, recetas de alta hospitalaria, etc.).
- *Consulta asistencial previsible (CAsP)*: su finalidad es la prevención, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de enfermedades cuyo contenido se puede prever (recogida de pruebas complementarias, revisión de enfermedades agudas o crónicas, actividades preventivas, etc.).
- *Consulta asistencial No previsible (CAsNop)*: su finalidad es diagnosticar, tratar y/o seguir morbilidad aguda, reagudizaciones y/o complicaciones, cuya demanda y/o contenido no puede preverse.
- *Gestión de agendas y atención al usuario*: comprende la citación desde la consulta de las visitas sucesivas del usuario, la disponibilidad de agendas para citación y otros aspectos relacionados con la atención a pacientes desde la UNAD.

Tras el análisis de las respuestas obtenidas se elaboraron informes de Área y por cada CS con sugerencias sobre las posibles medidas organizativas que contemplar en cada centro.



Esquema general del estudio. Estudio multicéntrico, descriptivo, transversal mediante cuestionario semiestructurado dirigido a las comisiones directivas de los centros de salud de un Área sanitaria sobre la utilización de medidas organizativas relacionadas con la práctica asistencial.

Resultados

El cuestionario fue respondido por el 100% de las CD, en total 38 cuestionarios ya que algunos equipos contestaron conjuntamente al compartir edificio y organización interna. En un 60,5% se respondió por los 3 miembros de la CD y el resto por uno o varios miembros de dicha CD.

CAAdP (fig. 1)

El 37% de los EAP utiliza el circuito informatizado de renovación de recetas crónicas, aunque solo en el 29% de estos, por la totalidad de los MF del centro, y el 31% de los EAP no utiliza ningún sistema de gestión de las recetas crónicas. Un 24% recurre a un formato donde el paciente entrega en la UNAD la hoja de medicación crónica cumplimentada por el facultativo cuando precisa la renovación de la prescripción, acudiendo posteriormente a recoger las recetas. El 71% refiere que el seguimiento de pacientes crónicos en consulta enfermera incluye la emisión y entrega de recetas hasta la próxima cita.

En la gestión de la IT, el 13% de los EAP utiliza la funcionalidad aportada por el programa informático. El 29% usa un circuito interno donde el MF cita en consulta al paciente para seguimiento clínico y la entrega del parte de confirmación se realiza en la UNAD. El 13% afirma que coexisten

ambas opciones en el EAP, si bien hasta un 45% de los EAP no disponen de un circuito estable con carácter de centro para la gestión de las IT.

CAdNop (fig. 1)

Un 47% de los EAP refiere disponer de algún procedimiento interno para aquellos informes asistenciales solicitados directamente en la UNAD no vinculados a la citación en agenda clínica del MF, si bien en el 50% de estos se utiliza para el informe de la Ley de Dependencia.

Respecto de la coordinación con AE, aunque las revisiones derivadas de la primera visita al especialista no requerirían nuevos partes interconsulta (PIC) del MF, hasta en un 29% de los EAP se siguen realizando y un 42% confirma cumplimentar volantes de pruebas diagnósticas y/o recetas indicadas para estudios preoperatorios.

La solicitud de transporte sanitario cuando se requiere una consulta en AE sería atribuible al especialista en caso de visitas de seguimiento con periodicidad inferior al mes y/o cuando se prevea que dicho transporte en ambulancia fuese necesario, pero un 71% de los centros sigue cumplimentando dichos volantes de transporte sanitario para la visita de seguimiento en AE, y de estos, el 59% de forma habitual.

CASp (fig. 2)

En el número de visitas recomendadas para el seguimiento de patologías crónicas mediante actividades protocolizadas, un 21% de los EAP admite una desigual adherencia a

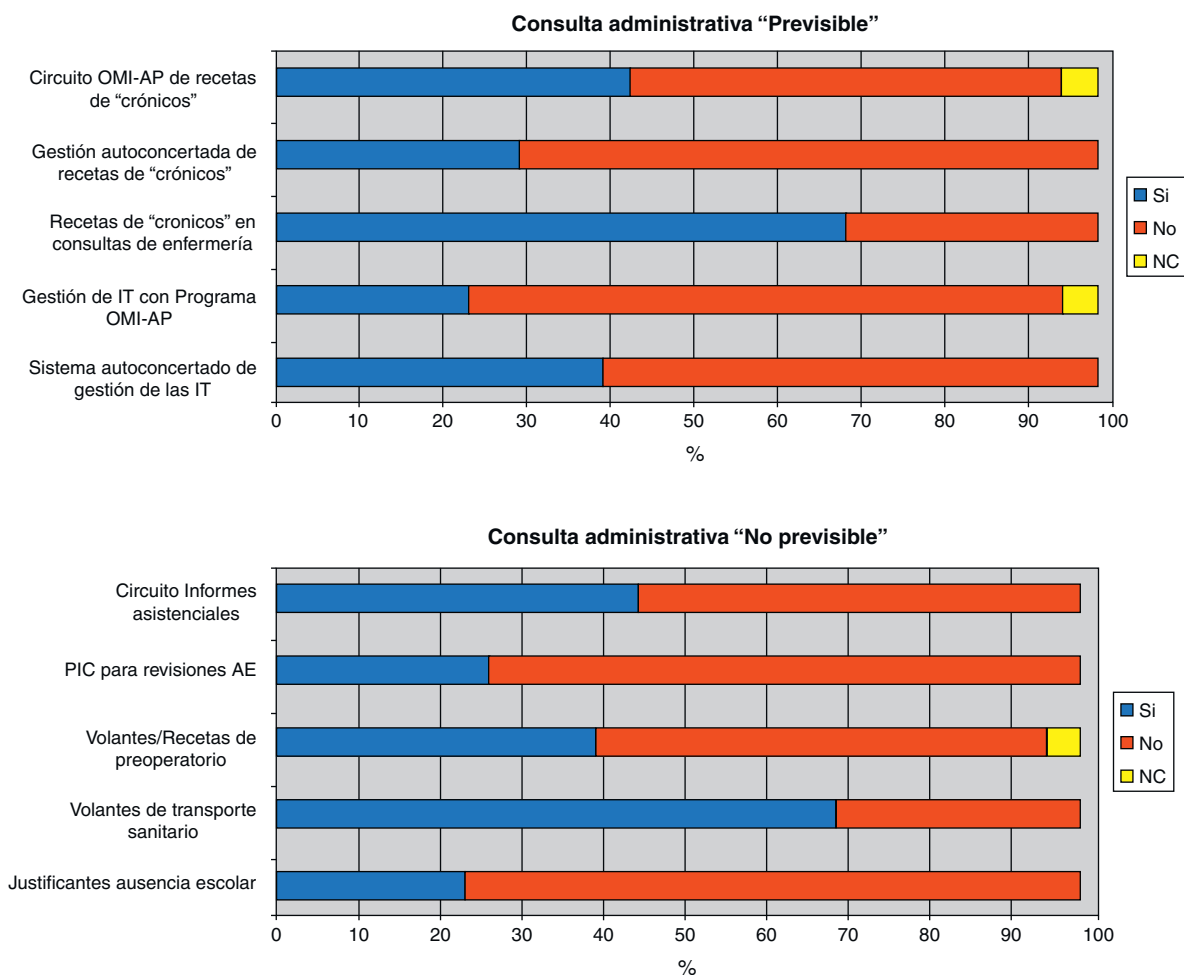


Figura 1 Consultas administrativas previsibles y no previsibles.

dichas recomendaciones, un 56% refiere ajustarse al criterio de asignación del profesional indicado para la actividad correspondiente y en un 29% de los EAP se percibe una duplicidad de las visitas de seguimiento por médico y enfermera. Se detecta también que en el 76% resulta habitual que en la consulta enfermera se soliciten pruebas incluidas en los programas preventivos.

CAsNop (fig. 2)

El 97% de los equipos afirma disponer de algún circuito interno para la atención urgente, siendo conocido por todos los miembros en el 95% de los casos. El 29% afirma que este procedimiento se orienta a la resolución completa de la demanda del paciente, pero en un 42% resulta frecuente que se genere una visita posterior con su MF (habitualmente para trámites de IT).

Gestión de agendas y atención al usuario (fig. 3)

El 84% de los centros realiza la citación autoconcertada de pacientes desde la consulta médica y enfermera, aunque en el 40% existe una amplia variabilidad entre profesionales. Respecto a la disponibilidad de citación en agenda a medio-

largo plazo, el 29% de los EAP tiene agenda abierta para un periodo superior a 6 meses.

En la gestión de espacios y tareas, el 42% refiere disponer de puestos administrativos de atención rápida y un 31% horarios específicos para prestar determinados servicios administrativos.

Discusión

Numerosos estudios han analizado los factores que potencialmente intervienen sobre los servicios sanitarios para identificar perfiles de usuarios o sugerir posibles intervenciones para mejorar la utilización de recursos^{8,11,14,17,20-22}. Se ha descrito que hasta el 40% de las consultas médicas serían atribuibles a las CADP¹¹ y algunas de las potenciales actuaciones para su gestión se basan en procedimientos organizativos internos resolutivos y buscan optimizar circuitos al margen de dichas consultas²³, sin embargo estas parecen ser discretamente utilizadas en este trabajo. Aunque un 18-20% del total de usuarios de un CS podría beneficiarse de un sistema de repetición de recetas médicas y con una satisfacción elevada²⁴, en muchos casos no se utiliza, argumentando razones como la falta de consenso sobre la viabilidad y efectividad de su práctica, la falta de adherencia a dichas medidas por diferentes estamentos esencialmente adminis-

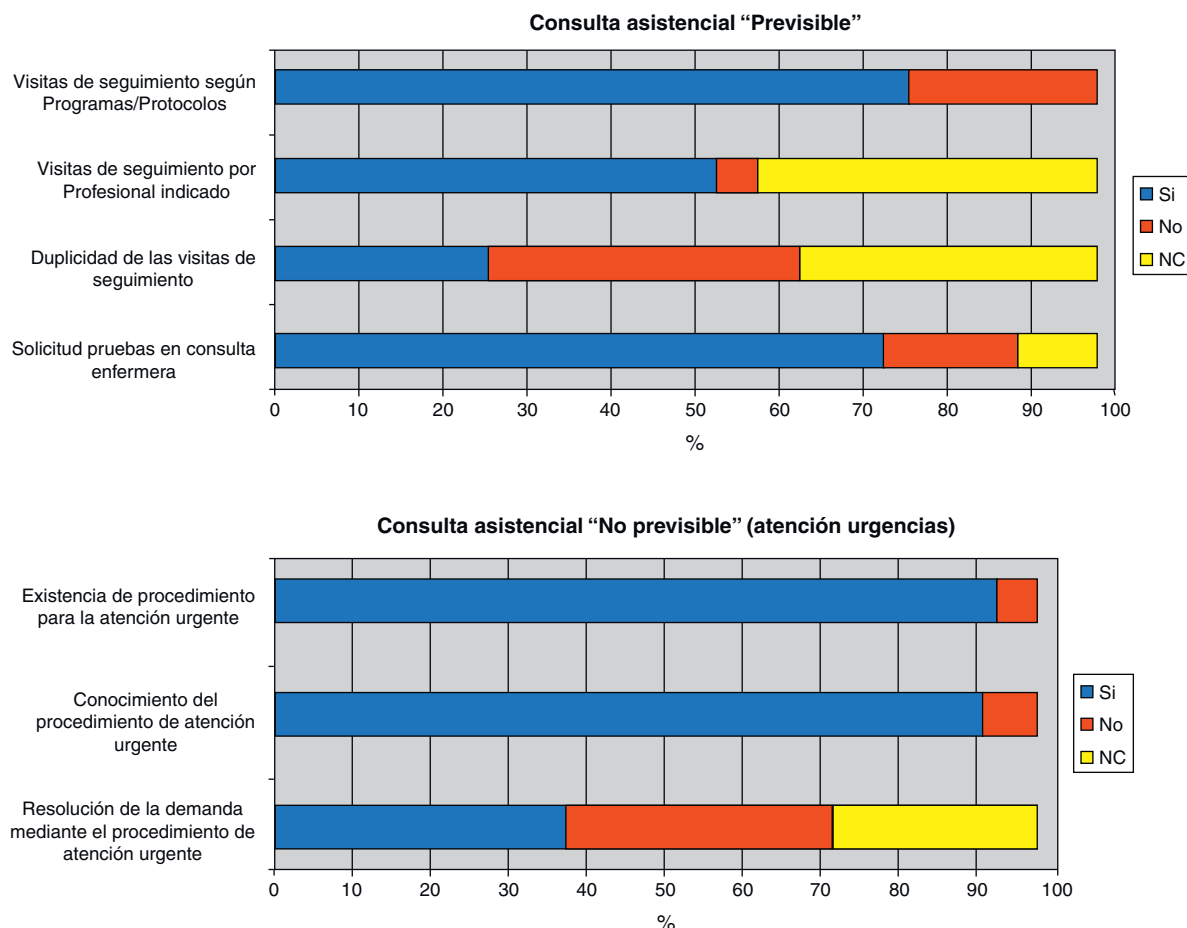


Figura 2 Consultas asistenciales previsible y no previsible.

trativos, las dudas generadas sobre la cobertura legal, la carencia de un formato homogéneo para todo el centro e incluso cierta expectativa sobre la implantación de la receta electrónica^{23,25}.

Un factor relevante de mejora de las CADNop sería asegurar la coordinación y continuidad con otros niveles asistenciales, dando solidez al cumplimiento de protocolos y la adecuada información a los pacientes sobre los procedimientos que seguir. Las CD de los centros confirman la existencia de actividades de carácter burocrático que recaen inadecuadamente con frecuencia en el ámbito de AP²⁶, fundamentalmente por un equivocado diseño de la tarea

y errónea aplicación de las responsabilidades. Difícilmente una solución local en uno o varios equipos puede dar respuesta efectiva a un problema que precisaría de un abordaje institucional para su mejora real.

El contenido de las CASP se centra habitualmente en el seguimiento de patologías crónicas, donde una correcta adecuación al intervalo sugerido de visitas de seguimiento permitiría reducir el número de visitas rutinarias innecesarias y mejorar la accesibilidad para la atención de consultas no demorables o urgentes^{27,28}. Es precisa una reflexión sobre la validez científico-técnica de diferentes intervenciones y protocolos que generan una carga de

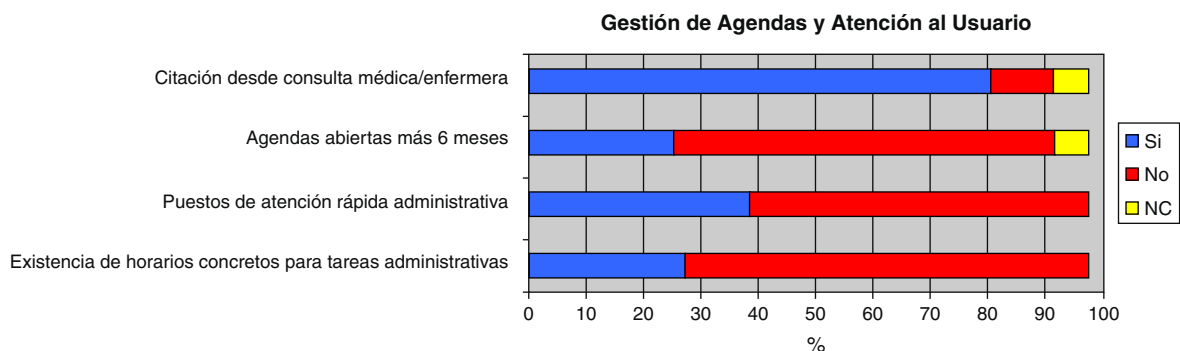


Figura 3 Gestión de agendas y atención al usuario.

trabajo ineficiente y un dudoso beneficio para la salud de los pacientes²⁹. La optimización de recursos clínicos requiere la coordinación entre profesionales, debiendo analizarse donde se precisa una mayor corresponsabilidad enfermera en tareas y/o actividades concretas¹⁶, que redundaría en un resultado muy favorable en cuidados de calidad^{30,31}. Si diferentes programas de atención a pacientes con patologías crónicas establecen visitas de seguimiento semestrales, debería disponerse de agendas a medio-largo plazo, observándose en nuestro caso que solo un tercio de los centros tiene disponibles agendas a más de 6 meses. Algunos trabajos proponen la gestión de la visita posterior del paciente durante el acto asistencial^{11,32-34}, ya que se detecta que siendo hasta un 60% de los motivos de consulta previsible, el 90% de los pacientes acuden de forma no programada¹⁰.

Es destacable que los equipos dispongan de un procedimiento de atención a pacientes que demandan atención urgente, adaptado a las características de cada centro y condicionado por la disponibilidad de recursos y circuitos internos. Que el procedimiento sea resolutivo respecto al episodio demandado es muy positivo, y precisaría de un análisis en el seno del centro para identificar aquellas causas burocráticas o de otro tipo que generan consultas secundarias evitables o innecesarias.

Algunas de las limitaciones de este trabajo derivan del propio diseño, ya que el análisis se sitúa en el conjunto de un Área sanitaria donde la extrapolación de los resultados a comportamientos de categoría (medicina o enfermería) o a unidad de análisis diferente no sería adecuada. Desde el punto de vista del método, los datos derivan de la herramienta utilizada, como es un cuestionario adaptado a nuestro ámbito, y por tanto, solo puede derivar su interpretación a partir de los ítems incorporados. Esencialmente es un diseño para detectar las valoraciones de las CD sobre la práctica asistencial y no sobre sus causas, si bien las respuestas incluían en los diferentes apartados las posibles circunstancias que podían afectar a su cumplimiento. También se podría haber producido un sesgo de respuesta en determinadas cuestiones, especialmente en aquellas que potencialmente juzgan el comportamiento, asunción de responsabilidades y/o coordinación intracentro ya que los participantes, al ser la CD del centro, son parte relevante de la organización.

Finalmente, observamos que en nuestra Área sanitaria existe una gran variabilidad en la utilización de potenciales medidas de gestión de la demanda y de la práctica asistencial. Sin embargo, las soluciones deberían ser compartidas, y no solo los CS deben protagonizar las medidas internas adecuadas para optimizar los circuitos y procedimientos de atención, sino que las estructuras de gestión y administración sanitaria son necesariamente responsables de la óptima planificación y gestión eficiente de las medidas organizativas.

Debe hacerse una reflexión de fondo sobre la idoneidad de determinadas actividades administrativas y/o claramente burocráticas para que no se traduzcan en elementos de ineficiencia, evaluando la efectividad de las recomendaciones sugeridas en la literatura para una organización eficaz de la práctica asistencial de los centros sanitarios, y para poder adecuar la utilización de servicios de atención primaria a las necesidades de la población.

Lo conocido sobre el tema

- Los factores relacionados con el paciente influyen especialmente en la decisión de la primera visita mientras que el perfil profesional y el grado de organización interna parecen ser más determinantes en las visitas sucesivas.
- Las consultas médicas se caracterizan por un predominio del carácter previsible, asistencial y/o administrativo.
- Los cambios organizativos consensuados y con implicación de los distintos profesionales de un centro de salud son factores relevantes en la mejora de los circuitos internos.

Qué aporta este estudio

- La adecuación a las recomendaciones de los protocolos y programas de atención a pacientes crónicos es variable en los centros de salud, siendo frecuente la duplicidad de visitas en consultas médica y enfermera.
- Las limitaciones en la agenda de citación de pacientes puede dificultar el ajuste de los intervalos entre visitas en los programas y protocolos de seguimiento de pacientes crónicos.
- Existe una gran variabilidad en la utilización de medidas organizativas sobre la demanda y frecuentación asistencial.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional asociado a este artículo en su versión electrónica disponible con el doi:10.1016/j.aprim.2010.07.010.

Bibliografía

1. Smits FTM, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HCP. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9:36.
2. Sistema de Información de Atención Primaria-SIAP. Actividad asistencial en Atención Primaria del SNS. Informe resumen 2007-2008 [consultado 07/07/2010]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe_de_Actividad_AP_2007-2008.pdf.
3. Guerra de Hoyos JA, Anca Contreras IA. Motivos que condicionan el uso de servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2007;39:349-54.

4. Meléndez Hernández M, Montero Herrero R, Jiménez Sánchez C, Blanco Montagut LE. Autopercepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Aten Primaria*. 2001;28:91–6.
5. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario I, Escribano Ceruelo E, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit*. 2007;21:219–26.
6. Rodríguez Muñoz C, Cebriá Andreu J, Corbella Santomá S, Segura Bernal J, Sobreques Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *MEDIFAM*. 2003;13:143–50.
7. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, de Dios Luna J, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract*. 2007;24:562–9.
8. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:658–62.
9. González Lozano MJ, Gómez-Calcerrada Berrocal D, Maya Matalana MC, Mendoza García C. El profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;26:526–32.
10. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412–9.
11. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Ribera Montés MC. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004;33:69–77.
12. Guijarro Eguskizaga A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:71–84.
13. Bobé Armant F, Buil Arasanz ME, López Cortacans G, Palacios Llamazares L. Optimización de la cita para maximizar el tiempo por visita. *Cuadernos de Gestión*. 2004;10:45–145.
14. Bellón Saameño JA. Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria. *Semergen*. 2004;30(Supl. 1):S17–24.
15. Bellón JA, Rodríguez Bayón A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Aten Primaria*. 2008;40:591–3.
16. Gené Badía J, Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, Volumen I, 6.ª Ed. Barcelona: Elsevier España, S.A; 2008. p. 42–67.
17. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, Luna JD, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2008;58:324–30.
18. Luque-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X, et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:243–52.
19. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:115–32.
20. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Grupo DASMAP. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de nueva definición. *Aten Primaria*. 2008;40:631–2.
21. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78–85.
22. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P, Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Rev Calid Asist*. 2010;25:21–7.
23. Bellón Saameño JA. Desburocratización de las consultas, ¿hasta dónde? *Aten Primaria*. 2009;41:429–30.
24. Madrideo Mora R, Ángeles Parada Aradilla MA, Tomás Sanz R. Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:195–200.
25. Suárez-Varela Úbeda J, Beltrán Calvo C, Molina López T, Navarro Marín P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Aten Primaria*. 2005;35:451–9.
26. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarrí G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005;35:82–8.
27. Schectman G, Barnas G, Laud P, Cantwell L, Horton M, Zarling EJ. Prolonging the return visit interval in primary care. *Am J Med*. 2005;118:393–9.
28. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson TI, Lam M, MacDonald SE, et al., for the Hypertension Follow-up Study Group. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.37967.374063.EE. (published 15 January 2004).
29. Bellón Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293–8.
30. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(Apr 2):CD001271; Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *BMJ*. 2000;320:1038–43.
31. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;321:699–700.
32. Quintana Gómez JL, Abad Schilling C, Morell Sixto ME. La gestión del tiempo en la consulta. *AMF*. 2009;5:77–83.
33. Borrell i Carrió F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria*. 2001; 27: 343–5.
34. Murray M, Berwick DM. Advanced Access. Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *JAMA*. 2003;289:1035–40.