

**UNIVERSIDAD DE GRANADA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA**



TESIS DOCTORAL

**MODELO MULTINIVEL EXPLICATIVO DE LA
UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA EN ANDALUCÍA.**

TERESA MARTÍNEZ-CAÑAVATE LÓPEZ-MONTES

DIRECTORES:

JUAN ÁNGEL BELLÓN SAAMEÑO

PABLO LARDELLI CLARET

JUAN DE DIOS LUNA DEL CASTILLO

A Tony, por su confianza, su estímulo y su amor siempre.

A mi madre, por sus valores y generosidad que siempre admiré

A mi padre, al que tanta satisfacción le hubiese dado ver finalizado este proyecto

QUIERO MANIFESTAR MI AGRADECIMIENTO:

A Juan Bellón, por su generosidad y su saber, por inculcarme su entusiasmo en el conocimiento y en la investigación, por su disponibilidad para compartir, por su dedicación a este proyecto y su tolerancia en mis limitaciones, por su amistad.

A Pablo Lardelli, por su apoyo incondicional, por sus aportaciones valiosas y sinceras, y por estar tan presente en los momentos más difíciles, por su estímulo y su confianza.

A Juan de Dios Luna, por su entusiasmo permanente en el análisis, en los resultados y en la interpretación de la realidad, por su apoyo y su disponibilidad continua .

En el plano personal, pero no menos importante:

A Rafa Gálvez, por su ayuda excepcional en la composición del texto, por generosidad y su amistad, por compartir conmigo mucho más que trabajo en la fase final de este proyecto.

A mi hermana Felisa, por su ayuda en la revisión del texto, por su apoyo emocional continuo en este periodo, por su energía y su esfuerzo de superación permanente.

A toda mi familia, que han seguido de cerca mi trabajo, y que siempre me han transmitido ánimo, fuerza y confianza.

A Carmela y a Pepe, por su aceptación y su cariño.

A Emilia Bailón, compañera de viaje desde al inicio del proyecto hasta el final, por su apoyo siempre, por tantas cosas compartidas, por su creencia profunda en las personas, por su amistad y su confianza.

A Delhi Bastos, por estar cerca, por ocupar un lugar especial, porque en ella he reconocido el valor de la amistad.

A Antonina Rodríguez, por ser para mi un ejemplo siempre estimulante y cálido, por compartir espacios de trabajo y espacios de amistad, porque es una suerte tenerla.

A mis amigas y amigos mas cercanos, que permanentemente me han animado, que siempre me inyectado confianza y energía para llegar al final de este proyecto.

Por último:

Al los Directores/as, técnicos/as de epidemiología, farmacia e informática de los equipos de los Distritos Sanitarios participantes, que invirtieron su tiempo en la obtención de datos para este proyecto;. y a los médicos de familia que participaron en el estudio, por su generosidad y su apoyo, sin el cual este trabajo no hubiese sido posible.

A la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y al Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), por su reconocimiento y su apoyo económico.

A todos los profesionales de los equipos de atención primaria, en especial a los médicos de familia, en espera de que este estudio pueda aportarles algunas claves que ayuden a valorar la importancia de su trabajo, así como, para que mantengan y fortalezcan el entusiasmo en su relación con los pacientes y su día a día en la consulta.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
1. CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	8
1.1. FRECUENTACIÓN, PRESIÓN DE DEMANDA, ADECUACIÓN Y EXTENSIÓN DE USO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS	8
1.2. CONCEPTO DE EPISODIO O SERVICIO	10
1.3. ABORDAJE EMPÍRICO DE LA UTILIZACIÓN	11
1.3.1. EN EL CONTEXTO DE LA APROXIMACIÓN EPISÓDICA	11
1.3.2. EN EL CONTEXTO DE LA INTENSIDAD DE UTILIZACIÓN	12
1.3.3. EN EL CONTEXTO DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL	15
1.4. CONCEPTOS SOBRE HIPERUTILIZACIÓN	16
2. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LA UTILIZACIÓN Y LA HIPERUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	17
2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA. EVOLUCIÓN TEMPORAL	17
2.2 DESCRIPCIÓN DE LA FRECUENCIA, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y PATRONES DE HIPERUTILIZACIÓN (HU) DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA	20
2.3 DESCRIPCIÓN DE LA TRASCENDENCIA SANITARIA Y ECONOMICA DE LA HIPERUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA	21
3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	22
3.1. FACTORES DEL USUARIO	24
3.1.1. FACTORES DE NECESIDAD	24
3.1.2. FACTORES PREDISponentES	26
3.1.3. FACTORES FACILITADORES	36
3.2. FACTORES DEL PROVEEDOR MÉDICO	39
3.2.1. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA	39
3.2.2. DEMANDA INDUCIDA POR EL PROFESIONAL MÉDICO	41
3.2.3. FACTORES INTRÍNSECOS DEL PROFESIONAL	46
3.2.4. FACTORES EXTRÍNSECOS DEL ENTORNO DEL PROVEEDOR	49
3.2.5. CONJUNCIÓN DE LOS FACORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS	52
3.3. FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN	60
3.3.1. FACTORES DE LA MICRO-ORGANIZACIÓN	61
3.3.2. FACTORES DE LA MACRO-ORGANIZACIÓN	72
JUSTIFICACION Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	80
OBJETIVOS	85
OBJETIVO GENERAL	86
OBJETIVO INTERMEDIO	86
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	86
MÉTODOS	87
1. DISEÑO	88
2. ÁMBITO DE ESTUDIO	88
2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO	88
2.2. ÁMBITO TEMPORAL	88
3. POBLACIÓN	88

3.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA.....	88
3.2. POBLACIÓN ELEGIBLE.....	89
3.3. MUESTRA	90
3.3.1. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	90
3.3.2. PROCESO DE CAPTACIÓN	90
3.3.3. MUESTRA DEL ESTUDIO AL INICIO DEL SEGUIMIENTO.....	91
3.3.4. PERDIDAS DURANTE EL SEGUIMIENTO Y MUESTRA DEL ESTUDIO AL FINAL DEL SEGUIMIENTO.....	92
4. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	93
4.1. CUESTIONARIOS	93
4.1.1. CUESTIONARIO PARA EL MF.....	93
4.1.2. CUESTIONARIO PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD	101
4.2. REGISTROS INFORMATIZADOS	102
4.2.1. HISTORIA CLÍNICA INFORMÁTICA DE ANDALUCÍA (TASS)	102
4.2.2. BASE DE DATOS DE USUARIOS (BDU)	102
4.2.3. PROGRAMA SIFARMA	102
5. VARIABLES DE ESTUDIO.....	103
5.1. VARIABLES DEPENDIENTES.....	103
5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	104
5.2.1. VARIABLES DEL MÉDICO DE FAMILIA: NIVEL 1.....	104
5.2.2. VARIABLES DEL CENTRO DE SALUD: NIVEL 2.....	109
6. ANÁLISIS	112
6.1. TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES ORIGINALES.....	112
6.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	114
6.3. VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS	114
6.4. ANÁLISIS BIVARIANTE	115
6.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE	116
6.5.1. REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS	116
6.5.2. REGRESIÓN MULTINIVEL LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS	117
6.6. SOPORTE INFORMÁTICO	117
RESULTADOS.....	118
1. ESTUDIO DESCRIPTIVO	119
1.1. DE LOS MEDICOS DE FAMILIA.....	119
1.2. DE LAS VARIABLES ORIGINALES DE LOS CENTROS DE SALUD Y LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	124
1.3. VARIABLES DE LOS CENTROS DE SALUD OBTENIDAS A PARTIR DE LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS VARIABLES DE LOS MEDICOS DE FAMILIA.....	125
2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEMANDA INDUCIDA.....	125
3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN	126
3.1. ANÁLISIS BIVARIANTE	126
3.1.1. VARIABLES DEL MF.....	126
3.1.2. CENTROS DE SALUD.....	129
3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE	130
3.2.1 REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS.....	130
3.2.1 REGRESIÓN MULTINIVEL LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS	131
DISCUSIÓN	133
1. DE LA METODOLOGÍA	134
1.1 . DEL DISEÑO DEL ESTUDIO	134

1.2. DE LA MUESTRA DE ESTUDIO	136
1.2.1. DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA	136
1.2.2. DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	139
1.3. DE LA MEDIDA DE LAS VARIABLES.....	139
1.3.1. DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.....	139
1.3.2. DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES	144
1.4. DE LA ESTRATEGIA DE ANÁLISIS.....	154
1.4.1. DE LAS TRANSFORMACIONES DE LAS VARIABLES.....	154
1.4.2. DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE:	154
2. DE LOS RESULTADOS.....	156
2.1. DE LA UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	156
2.2. DE LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEMANDA INDUCIDA.....	158
2.3 DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA PRESIÓN ASISTENCIAL Y LA FRECUECENCIA.....	161
2.3.1. DE LOS FACTORES DEL PROFESIONAL.....	161
2.3.2. DE LOS FACTORES DE LA MICRO-ORGANIZACIÓN	179
2.3.3. DE LOS FACTORES DE LA MACRO-ORGANIZACIÓN.....	191
2.4 DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA UTILIZACIÓN.....	195
2.4.1. DEL ANÁLISIS DE LA REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS	195
2.4.2. DEL ANÁLISIS MULTINIVEL: REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS	198
CONCLUSIONES	201
BIBLIOGRAFIA	204
TABLAS	271
ANEXOS	349
ANEXO I.....	350
ANEXO II:.....	355
ANEXO III:.....	358
ANEXO IV:	377
ANEXO V:.....	384
ANEXO VI:	387
ANEXO VII:	391
ANEXO VIII:.....	395
ANEXO IX	405

INTRODUCCIÓN

1. CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1.1. FRECUENTACIÓN, PRESIÓN DE DEMANDA, ADECUACIÓN Y EXTENSIÓN DE USO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

El término **utilización** de los servicios sanitarios hace referencia a la intensidad de uso que hace la población de los servicios que se ofertan, denominada mayoritariamente en la bibliografía **frecuentación**, aunque también se la denomina tasa de utilización. Se define como el número de veces que cada usuario acude a consulta, referido a un período de tiempo, que puede oscilar entre 2 semanas (*Grimsmo A y Siem H, 1984; Andersen AS y Laake P, 1987*) y tres (*Wolinsky FD, 1978*) o diez años (*Krakau I, 1992*). La referencia temporal de un año es la más utilizada en la bibliografía. La utilización tiene una gran importancia en la valoración de la llamada **presión de demanda** o nº de pacientes que cada médico atiende por término medio al día, y constituye uno de los problemas más acuciantes al que deben enfrentarse los médicos de atención primaria actualmente. (*Prieto A, 1990*)

La utilización también puede referirse a la **extensión de uso**, entendida como el número de personas diferentes que usan los servicios en un tiempo determinado, generalmente un año, en relación a una población de referencia. Este concepto es aplicado genéricamente como indicador de cobertura de los servicios.

Diferentes modelos teóricos han sido empleados en la interpretación de los patrones de utilización de los servicios, desde perspectivas conductuales (*Andersen R y Newman JF, 1973*), epidemiológicas (*Hulka BS y Wheat JR, 1985*), psicosociales (*Antonovsky H et al., 1989*), sociológicas (*Suchman EA, 1965*) o económicas (*Grytten J et al., 1995; Deb P y Trivedi PK, 2002*), entre otras. Por otra parte, la necesidad no se expresa forzosamente como una demanda, y a ésta no le sigue necesariamente la utilización (*Gómez-Calcerrada F et al., 1996*). La utilización de servicios también se conoce como demanda efectiva (*Donabedian A, 1984*).

La escasa concordancia entre la valoración realizada por médicos y usuarios en torno a la demanda es una de las grandes dificultades para la utilización de este término en la investigación de servicios. La segunda dificultad es estrictamente metodológica, y se refiere al acuerdo del modelo teórico desde el que interpretar las mediciones y los resultados.

Los intentos realizados por diferentes autores de categorizar el uso de los servicios sanitarios como **adecuado o inadecuado** (*Mechanic D, 1986*) implican un juicio de valor que parece más relacionado con el perfil personal y profesional del médico, su motivación y experiencia profesional, que con el motivo de consulta o las características del paciente (*Bellón JA, 1997*). Entre los médicos de atención primaria, esta apreciación se decanta hacia el lado del exceso de visitas inadecuadas; generalmente referidas a las consultas por problemas de salud menores (*Sihvonen M y Kekki P, 1990*).

Desde el punto de vista del paciente, la pertinencia de las visitas, en principio, no admite discusión. El usuario piensa que si va al médico es, fundamentalmente, porque lo necesita; aunque podría admitir que a veces va al médico y podría no haber ido. Este sería el caso de las consultas por motivos burocráticos (prescripciones repetidas, partes de baja, etc.), por la presión de un familiar ("yo no quería venir pero mi mujer insistió"), o por incompetencia de su médico ("mi médico no es capaz de resolver mi problema"). Como respuesta a esta disparidad de opiniones entre usuarios y proveedores, la mayoría de autores proponen una Atención Centrada en el Paciente que asuma el problema del paciente, sea de carácter físico (*Hannag DR, 1988*), psicosocial, administrativo, o de cualquier otra índole como necesidad (*Barsky AJ, 1981; Mechanic D, 1986*), a la que el profesional debe dar una respuesta. Esta actitud del médico pasa por asumir la posibilidad de ser un mero "facilitador" de recursos encaminados a mejorar la salud y/o la percepción de salud del paciente (*Counte MA y Glando GL, 1991*)

Otra clasificación de gran interés aportada por Casajuana (*Casajuana J, 2003*) para la comprensión de la utilización de servicios se refiere a si la demanda es **previsible o imprevisible** por el profesional. Podemos saber *a priori* si el paciente tiene que venir a la consulta en una fecha más o menos determinada y por un motivo concreto (emisión de recetas, control analítico, partes de Incapacidad, etc.), o por el contrario el motivo de la visita no era previsible por el profesional. Las necesidades de los pacientes expresan básicamente dos posibles motivos: **asistenciales o administrativos**. A partir de estos conceptos se pueden establecer cuatro tipos de visitas: administrativas previsibles, asistenciales previsibles, administrativas imprevisibles, asistenciales imprevisibles.

1.2. CONCEPTO DE EPISODIO O SERVICIO

Los proveedores de la salud sólo ven una pequeña fracción de los problemas sanitarios experimentados por el conjunto de la población. La importancia de este fenómeno iceberg se recoge en el clásico trabajo de White (*White KL et al., 1961*), donde se pone de manifiesto que sólo el 20-25% de los problemas de salud que ocurren en la población son atendidos por el médico. En un estudio realizado en Escandinavia (*Benzent N et al., 1989*) se ha confirmado el fenómeno iceberg, de tal forma que sólo el 20% de un total de 14.000 episodios se atendieron por el profesional.

Solon (*Solon et al., 1967*) define el episodio de cuidados médicos como " *un bloque de uno o más servicios médicos recibidos por un individuo durante un período de contactos relativamente continuos con uno o más proveedores de servicios de salud, en relación a un problema particular o situación médica*". En esta definición destacarían tres aspectos: primero, las situaciones o problemas médicos de los pacientes (usualmente ausentes en los estudios tradicionales de utilización); segundo, el intervalo de tiempo entre la prestación de servicios y la duración total de los episodios; y tercero, el manejo médico o profesional del problema.

Para completar el concepto de episodio, citaremos la definición de Benzent (*Benzent N et al., 1989*): "*Un episodio de cuidados es la actividad emprendida por uno mismo y otros en un período dado y en respuesta a un problema o situación médica*". Esta definición es lo suficientemente amplia como para abarcar toda la historia natural de la utilización, ya que comprende no sólo el acontecimiento de la visita médica (fenómeno recogido en los estudios clásicos de intensidad de utilización), sino también todo el proceso de decisión-acción que ocurre antes de acudir al médico ante un determinado problema, y que podría solventarse con los autocuidados, con la consulta médica o con ambos procesos.

Se podría concluir que para investigar el fenómeno de la utilización se puede recurrir a la aproximación episódica, para estudiar los determinantes de ir al médico, o bien al enfoque de intensidad de uso, para abordar los factores que dependen del profesional y la organización del servicio. Es más, los factores predictivos de la decisión de ir al médico serían parecidos, pero distintos, a los que influyen en la intensidad de uso (*Berkanovic E et al., 1981; Van de Kar et al., 1992*).

1.3. ABORDAJE EMPÍRICO DE LA UTILIZACIÓN

Partiendo del análisis realizado por Bellón (*Bellón JA, 1995*), cuando consideramos el abordaje empírico de la utilización, podemos advertir que existe una gran dificultad para comparar las investigaciones realizadas en este campo. Esta dificultad está originada, en primer lugar, por la gran diversidad sociocultural de las poblaciones; en segundo lugar, por la variabilidad en los modelos organizativos y de gestión de los servicios sanitarios y, finalmente, por las diversas formas de clasificar, medir y estudiar los episodios o las visitas a las consultas.

Existen en la literatura múltiples clasificaciones de la utilización derivadas de su aproximación empírica; ello justifica la necesidad de profundizar en la importancia del marco conceptual aplicado cuando se decide investigar sobre la utilización. Seguidamente se abordarán tres posibles referencias teóricas: la aproximación episódica, la intensidad de uso y la presión asistencial. Sin embargo, es necesario puntualizar que las interrelaciones entre los tres enfoques son numerosas, y es que los tres pretenden discernir el mismo fenómeno de la utilización.

1.3.1. EN EL CONTEXTO DE LA APROXIMACIÓN EPISÓDICA

En este contexto, la clasificación más empleada es la que ordena la **utilización según el tratamiento** que se le da a los episodios: 1. Autocuidados puros, 2. Cuidados médicos puros y 3. Cuidados mixtos (*Haug MR et al., 1989*). Sobre esta línea clasificatoria, algunos autores, en función del concepto de autocuidado que manejen, pueden dividir el tratamiento de los episodios en múltiples apartados: 1. Ausencia de tratamiento (aparece el síntoma pero no se hace nada en relación con él), 2. Autocuidados puros (tomar medicinas que haya en el hogar, permanecer en cama, restringir actividades, etc.), 3. Cuidados médicos puros, y 4. Autocuidados y cuidados médicos (*Bentzen Net al., 1989*). Por su parte, Dean (*Dean Ket al., 1983*), establece las siguientes categorías: 1. Autocuidados sin medicación, 2. Automedicación, 3. Visita al médico, y 4. No hacer nada. Stoller (*Stoller EP et al., 1993*), en un intento de multiplicar aún más las clasificaciones, emplea 14 categorías de tratamiento del episodio: 1. No hacer nada, 2. Rezar, 3. Automedicación (utilizar medicinas no prescritas por el médico), 4. Remedios dietéticos caseros, 5. Otros remedios caseros, 6. Usar medicinas prescritas por el médico, 7. Medicinas prescritas por el médico para otro uso, 8. Ir a ver a su médico, 9. Ir a consultar a otro médico, 10. Permanecer en cama, 11. Disminuir las actividades habituales, 12. Leer acerca del síntoma

o episodio en cuestión, 13. Cambios de conducta, 14. Actividades de ocio. Otros autores prefieren simplificar los términos y medir exclusivamente si consultan o no con el médico por un determinado episodio o síntoma (*Berkanovic E et al., 1981; Lydeard S y Jones R, 1989*).

Continuando con la aproximación episódica, y según el modelo de la **demanda inducida por el proveedor** (*Fylkesnes K, 1992*), se pueden clasificar las visitas al médico como: 1. Visita inicial, es decir, aquella que se produce por decisión autónoma del paciente (recordemos que esto lo hemos denominado "la decisión de ir al médico"), y 2. "Revisitas" por un mismo episodio, que se refiere al número de visitas que el individuo tiene que hacer por un determinado problema de salud una vez contactado con su médico. Las "revisitas" están ampliamente influenciadas o determinadas por el proveedor y sustentan el denominado modelo de la demanda inducida por el proveedor ("*supplier-induced demand*") (*Wennberg JE et al., 1982; Rossiter LF y Wilensky GR, 1983; Hemenway D y Fallon D, 1985; Labelle R, 1994*), que tiene su origen en la economía de la salud. En el fondo de este modelo se asume que alguna de las visitas generadas a través de este mecanismo no tendrían lugar si el paciente no hubiera sido influenciado por el médico; o lo que es lo mismo, los médicos podrían generar parte de su propia demanda (*Armstrong D et al., 1990; Grytten J et al., 1995*).

1.3.2. EN EL CONTEXTO DE LA INTENSIDAD DE UTILIZACIÓN

En el contexto de la intensidad de utilización en atención primaria, en primer lugar se puede estudiar la **utilización según el profesional** que se visita (*Branch L et al., 1981; Evashwick C et al., 1984*): 1. Visitas al médico, 2. Visitas al enfermero, 3. Visitas al trabajador social, y 4. Visitas a otros profesionales (enfermeras domiciliarias, fisioterapeutas, etc.). Esta primera clasificación varía en función del país donde se estudie, ya que la organización profesional de las distintas comunidades pueden parecerse, pero es diferente (*Browne GB et al., 1982*). Según los países, se podría considerar trabajador de atención primaria al médico de familia especializado, al médico generalista no especializado, al internista generalista (como en Estados Unidos), al enfermero comunitario, al enfermero visitador, al trabajador social, al dentista, al psicólogo de primer nivel, al fisioterapeuta, etc. Cuando se analiza la intensidad de utilización en atención primaria es necesario aclarar a qué tipo de profesional nos referimos, si hablamos exclusivamente de la consulta del médico o también de enfermería, trabajo social, etc., así como si el ámbito de estudio prescinde o no de las visitas al segundo nivel. Así, mientras que en el enfoque episódico la utilización del primer y segundo nivel se refieren a

un mismo episodio, en la intensidad de utilización se mezclarían visitas de distintos episodios como visitas globales (*Fylkesnes K y Forde OH, 1992*).

En segundo lugar, se pueden referir las tasas de utilización **según el canal de comunicación utilizado**:

1. Utilización en la consulta ("*face to face*"), 2. Visitas en el domicilio del paciente (*Shapiro E y Tate RB, 1989*), y 3. Utilización telefónica (*Wasson J et al., 1992; Nagle JP et al., 1992; Car J, 2003*). Por otra parte, para cada canal de comunicación, su utilización se podría clasificar **en función de la urgencia**: 1. Urgente, cuando el paciente no admite demora o cita en su atención (*Bellón JA et al., 1994 a*); 2. Concertando cita, y 3. Sin cita pero no urgente. También se podría atender al **perfil de consulta**: 1. Directa, solicitada por el propio paciente o 2. Indirecta, solicitada por otra persona en su lugar (*Pomar C et al., 2000*).

En tercer lugar, se podría categorizar la utilización **en función del objetivo de la visita** (*Hibbard JH y Pope CR, 1986*): 1. Visitas clínicas agudas o visitas iniciales o visitas por iniciativa exclusiva del paciente, con un predominante objetivo de resolución clínica; 2. Visitas programadas, generadas, al menos en parte, por el propio médico, y cuyo objetivo es el estudio y seguimiento clínico (*Navarro A et al., 1992; Bellón JA, 1993 b*); 3. Visitas administrativas, que algunos autores denominan contactos superficiales ("*superficial contacts*") (*Svab I y Zaletel-Kragelj L, 1993*), y que persiguen objetivos fundamentalmente administrativos (obtención de recetas repetidas, partes de baja, etc.) (*Quirce F et al., 1994*); 4. Visitas por agudización de patología crónica (*Pedersen KM y Chistianset T. 1982*), como la descompensación de una bronquitis crónica, y que sería un tipo especial de utilización clínica aguda, aunque en la práctica y dentro del contexto de intensidad de uso apenas se emplea; y 5. Visitas preventivas (*Hibbard JH y Pope CR, 1986*), según los protocolos de los programas preventivos, que podrían ser de iniciativa exclusiva del paciente ("*vengo por primera vez a hacerme una citología*") o por iniciativa del médico ("*el año que viene venga de nuevo a hacerse otra citología*"). Como resumen o suma de los 5 tipos de visitas citados en este párrafo podríamos considerar las visitas globales o totales, si bien, en la práctica, este tipo de visitas admite muchas variantes (excluyendo las llamadas telefónicas, excluyendo las visitas a determinados profesionales de la atención primaria, etc.). Esta categoría, en realidad, es la que se emplea con más frecuencia en los estudios de intensidad de utilización (*McKinlay JB, 1972*).

Cuando se investigan los factores asociados a la utilización total o global, en realidad estamos midiendo varias cosas: la utilización clínica aguda o visitas iniciales que están determinadas por

factores del usuario (*Armstrong D et al., 1990*), la utilización programada que es inducida de forma clara por el proveedor y la organización (*Antoñanzas F, 1988; Armstrong D et al., 1990; Bellón JA, 1993 b*), y la utilización administrativa, motivada por el proveedor, la organización de la consulta y la del servicio (*Bellón JA, 1993*). Esto quiere decir que, cuando analizamos la utilización global con el objetivo de descubrir los factores del usuario que se asocian a la utilización, en realidad también estaremos midiendo factores ligados al proveedor y la organización.

En cuarto lugar, la utilización puede estudiarse **en función de la fuente de datos usada para medirla**. Según Mckinlay (*Mckinlay JB, 1972*), este criterio admitiría dos categorías: 1. Utilización medida por registros, como la historia clínica, los listados de cita previa o los de compañías de seguros, etc. (*Morris JK et al., 1992*). (*Starfield B et al., 1985*). 2. Utilización medida por encuestas, que a su vez puede estratificarse en función del período de tiempo previo sobre el que se encuesta, desde 15 días (*Saenz MC, 1991*) hasta 12 meses (*Newacheck PW, 1992*) o 15 meses (*Evashwick C et al., 1984*); o de la intención de uso, que reflejaría la proyección futura sobre la posible utilización ante una determinada circunstancia de salud (*Bush PJ, 1990*). Las mayores ventajas del empleo de registros serían su teórica mayor fiabilidad (*Bellón JA et al., 1994*) y la posibilidad de estudiar largos períodos de tiempo. Por su parte, la utilización medida por encuestas está condicionada por la limitación del tiempo a recordar o proyectar, así como por la baja fiabilidad de las respuestas (*Cleary PD y Jette AM, 1984; Bellón JA et al., 2000*); en el caso de la intención de uso, además, por la dificultad de inferir la utilización real a partir de la intención de utilizar.

Un tercer grupo, aunque se saldría del contexto de intensidad de utilización y se incluiría en la aproximación episódica, sería la utilización medida por **diarios de salud** (*Stoller EP y Foster LE, 1993*). Se trata de un registro diario de los episodios que van ocurriendo en el seno familiar y la forma de enfrentarse a ellos. Sin duda, son las encuestas más fiables para una aproximación episódica, aunque presentan otras limitaciones: el sesgo de agotamiento o falta de cumplimiento del registro, el sesgo de sensibilización ante determinados procesos de salud-enfermedad o sobre la utilización, y el sesgo de dominancia, por el que una persona (la madre casi siempre) es la que registra el proceso del resto de la familia (*Sánchez FJ, 2005*).

1.3.3. EN EL CONTEXTO DE LA PRESIÓN ASISTENCIAL

Desde la óptica de la presión asistencial, distinguiremos entre el exceso de demanda y el de presión asistencial (*Prieto A, 1990*). Tener exceso de demanda implicaría que una determinada población solicita, por habitante y año, más servicios sanitarios que la media de otras poblaciones, por lo que el exceso de demanda se aproximaría al concepto que venimos barajando de intensidad de utilización. Tener una excesiva presión asistencial se aplicaría a la situación en la que se atiende más pacientes por día que la media de los profesionales. En este caso, la unidad de medida de la utilización sería el número de visitas al día que recibe el médico (*Azagra R et al., 1992; Agreda J et al., 1995*). Esta forma de medir la utilización podría aplicarse a los distintos tipos de utilización según la cualidad de la visita; así, por ejemplo, se podría emplear para medir las visitas domiciliarias (*Donaldson LJ y Hill PM, 1991*). Quede claro que son dos formas distintas de medir la utilización, y concretamente el estudio de la presión asistencial es un enfoque "centrado en el médico y la organización", mientras que el análisis de las tasas de utilización (exceso de demanda) estaría "centrado en el paciente".

La intensidad de uso tiene unas relaciones estrechas con la presión asistencial. Un cupo asignado a un médico que, por el motivo que sea (por ejemplo, exceso de población anciana o elevada prevalencia de morbilidad crónica), tenga unas tasas de utilización elevadas, llegaría a aumentar la presión asistencial. Esto es lo que se conoce como un aumento de la presión asistencial inducida por el usuario. Por otra parte, aún con un cupo con intensidad de uso normal o bajo, en determinados médicos (médicos poco resolutivos, con defectos de formación, o malos organizadores de la consulta) o sistemas de organización (puesta en marcha de programas preventivos, captación activa, etc.), se podrían generar un exceso de presión asistencial, que a medio-largo plazo podría transformar a la población en un cupo de utilizadores de alta frecuentación; es lo que se conoce como un aumento de la presión asistencial inducida por el proveedor (*Armstrong D et al., 1990*).

Como se puede comprobar, sería difícil entender e interpretar la presión asistencial sin el conocimiento de la intensidad de utilización, y se podría decir aún más, sería necesario conocer el tipo o cualidad de las visitas que recibe un determinado médico, para poder diagnosticar la causa del exceso de presión asistencial. Un médico que reciba un exceso de visitas administrativas respecto de sus compañeros de equipo, suponiendo que la estructura de los cupos fuera parecida, probablemente sería un médico mal organizador de su consulta; por su parte, un médico con una elevada proporción de "revisitas" ante

procesos agudos posiblemente carezca de la formación suficiente para resolver tales problemas (*Bellón JA, 1993*).

El estudio de la presión asistencial, en la práctica, es un enfoque que pretende centrarse en los factores ligados al profesional (*Eisenberg JM, 1985; Phillips KA et al., 1998*) y la organización (*Alonso E et al., 1987; Calnan M, 1988; Azagra R et al., 1992*) como elementos que influyen en la utilización. Con este enfoque se podría decidir la asignación de recursos profesionales, el cambio de la organización de la consulta o de los servicios y las estrategias de formación del personal asistencial.

1.4. CONCEPTOS SOBRE HIPERUTILIZACIÓN

Uno de los problemas que más preocupan a los profesionales de atención primaria es la percepción de que un número reducido de pacientes acuden con mucha frecuencia a la consulta, mientras que otros, quizá con mayor necesidad de ser atendidos, no acuden por iniciativa propia. Esta idea subyace en el concepto de hiperutilización. Sin embargo, aún no existe un acuerdo en la comunidad científica sobre quién sería el paciente hiperutilizador (*frequent attenders*). En la complejidad del fenómeno se encuentra la dificultad de científicos y profesionales para definir el concepto de *adecuación*, es decir, si las visitas son adecuadas o no en relación a su edad, sexo y morbilidad. Las visitas relacionadas con el seguimiento de patología crónica, medidas preventivas o programas de cribado provocan una mayor frecuentación en determinados grupos de población como ancianos o mujeres, sin que pueda definirse como hiperutilización. Para evitar esta cuestión la mayoría de los autores emplearon algún tipo de estadístico clasificatorio: los terciles (*Freeborn DK et al., 1990; Newacheck PW 1992*), los cuartiles (*Svab I y Zaletel-Kragelj L 1993*), la media más una desviación estándar (*Sánchez FJ et al., 1993*), la media más dos desviaciones estándar (*Turabian JL et al., 1988; Turabian JL et al., 1989; Orueta R et al., 1993*) o la mediana (*Cook DG et al., 1990*). Otra tendencia consiste en elegir un número de visitas arbitrario o por consenso de un grupo de profesionales (*Browne GB et al., 1982; Robinson JO, 1986; De la Revilla L y De los Rios AM, 1994*). Algunos autores recomendaron la estratificación por edad y sexo para evitar los sesgos (*Vedsted P et al., 2002*). En una reciente tesis doctoral, Rodríguez (*Rodríguez A, 2006*) presenta un método más ajustado, utilizando el número de visitas de cada paciente superior al doble de la media de su estrato de edad y sexo.

Neal y Heywood, tras desarrollar un modelo de clasificación basado en un análisis de cluster, identificaron cinco patrones de utilización diferentes: 1. “Regulares con pequeñas fluctuaciones”, sin incrementos de frecuentación repentinos. 2. “Supernovas”, con periodos de frecuentación muy elevada y escasas visitas fuera de esos periodos. 3. “Explosiones de frecuentación y consultas esporádicas”. 4. “Regular como un reloj”, consultas extremadamente regulares en el tiempo. 5. “Grupo mixto”, que no siguen un patrón en su periodicidad. Estos patrones de hiperutilización pueden ser explicados por razones clínicas y de organización de la consulta (Neal RD y Heywood PI, 2000).

El número de visitas se refiere a un tiempo variable según los autores: un año (Bellón JA 1995, Rodríguez A, 2006), dos años (Roos NP y Shapiro E, 1981) o seis años (Starfield B et al., 1985; Freeborn DK et al., 1990). En los últimos años parece haber consenso en la literatura sobre la utilización de un año como referencia.

Se ha observado la existencia de patrones culturales de utilización permanente, de forma que los pacientes consumen visitas de forma continua en el tiempo a distintos servicios públicos y privados; pero también se han descrito periodos de hiperutilización que coinciden con situaciones especiales de malestar psíquico, físico o social, y que vuelven a la normalidad cuando se resuelve la situación que lo originaba. En esta línea, también se encuentran factores de la organización y del profesional que, de forma transitoria, inducen una frecuentación mayor. El estudio de la organización de cada actividad (circuitos, accesibilidad, agendas, equipo, etc.) y de las características del médico (capacidad resolutoria, satisfacción laboral, etc.), que favorecen la utilización inadecuada, permitirá diseñar intervenciones para reducir la hiperutilización y sus consecuencias, como la propuesta en el mencionado estudio de Rodríguez (Rodríguez A, 2006).

2. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE LA UTILIZACIÓN Y LA HIPERUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y ANDALUCIA. EVOLUCIÓN TEMPORAL

En el año 2002 se produjeron en España 247 millones de consultas médicas no urgentes a los centros de salud. Esa actividad supone, en promedio, que cada habitante ha sido atendido en una consulta más

de 6 veces al año. En términos relativos se produjo un incremento de la frecuentación total desde 1994 del 13% (*Instituto de Información sanitaria, 2003*). Estas cifras oscilan en los diferentes estudios realizados en España entre las 5,2 visitas encontradas por Agreda et al. en Navarra (*Agreda J et al., 1995*), las 7 visitas en los estudios de Arroyo et al en Cataluña (*Arroyo E et al., 1998*), y las 8 vistas de media al año en el estudio de Antonina Rodríguez en Andalucía (*Rodríguez A, 2006*).

La presión asistencial presenta una distribución temporal dispersa, simulando una curva a lo largo del año que se repite, con un descenso en agosto, dos picos en octubre y enero y tercer pico móvil entre marzo y abril (*Ortiz F et al., 1996*). Sin embargo este patrón está siendo modificado en la práctica por la oferta de servicios de carácter estacional como las campañas de vacunación.

Los estudios realizados en España coinciden en afirmar que la población mayor de 65 años genera más de un tercio de las consultas en atención primaria, y que las mujeres ocasionaron el 57,5% de las demandas (*Pedreira V et al., 2005*). Como refiere el informe del Instituto de la Mujer, por cada tres hombres acuden cuatro mujeres a la consulta del médico; el 22% tiene como ocupación sus labores, y utilizan un 30% más los servicios sanitarios que las mujeres que trabajan fuera de casa (*Llácer A y Colomer C, 2005*). El origen podría ser una peor autopercepción de salud por parte de las mujeres (35,7%) respecto a los hombres (24,4%), según muestran según muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (*Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2003*). Las mujeres en la franja de edad comprendida entre los 35 y 75 años son más utilizadoras de las consultas que los hombres (*Bellón JA et al, 1995 b*). Sin embargo, los últimos estudios muestran que al estratificar por sexo y en los modelos multivariantes, el sexo pierde su significación (*Savageau JA et al., 2006*).

En general, no existen diferencias entre los países europeos en relación a la influencia de la edad en la utilización de los servicios de atención primaria (*Jiménez-Martín S et al., 2002*). Los mayores de 65 años generan el 35,9% y el 65% de las visitas son de carácter burocrático. Otro aspecto llamativo en el perfil de la demanda de consultas en España es el elevado número de consultas que se realizan sin cita previa que asciende al 24% del total (*Pedreira-Carbonell V et al., 2005*). Un estudio reciente con metodología de grupos focales sobre 27 usuarios con una media de 55 visitas en el último año, muestro que la “autopercepción de salud deficiente” determina en estos pacientes la “necesidad” de visitar al médico (*Guerra JA y De-Anca IA, 2007*). La morbilidad, entendida con estado de salud o como auto-

percepción del estado de salud ha mostrado ser el factor que mas peso tiene en la frecuentación y en la presión asistencial en otros estudios realizados en España (*Orueta JF y López-de-Munain J, 2000*)

El 60% de los motivos de consulta de los motivos de consulta en atención primaria son previsibles, es decir, corresponden a visitas que son promovidas por el facultativo (seguimientos, revisiones, entrega de partes de Incapacidad, resultados de pruebas,etc.) o resultado de la evolución esperable de un cuadro clínico; y sólo el 40% son imprevisibles, es decir, por iniciativa exclusiva del usuario. Aún más, el 40% de todas las visitas son previsibles y de carácter administrativo. Características del equipo, como ser docente, influye en el modelo de gestión clínica disminuyendo la cantidad de consultas previsibles administrativas. Y a su vez los motivos administrativos se han relacionado directamente con un incremento de la presión asistencial (*Ororzco D et al., 2004*). Estos datos coinciden con los estudios realizados en otros países como el ya clásico de Rossiter (*Rossiter LF y Wilensky GR, 1983*) donde se comprobó que el 52% de las vistas se producían a iniciativa del paciente y el 39% por iniciativa del médico y, existía una correlación positiva entre el número de visitas por iniciativa del médico y el número de médicos por habitante. Esta afirmación ha sido comprobada en España por Bellón (*Bellón JA et al., 2005*) y plantea una hipótesis sobre la demanda inducida por el profesional como un origen del incremento de visitas, posiblemente como consecuencia de un incremento permanente en la cartera de servicios del médico de familia.

La gestión de demanda (circuitos administrativos) y la gestión del tiempo (gestión de la agenda), se han formulado como factores clave en la utilización de la consulta (*Casajuana J, 1998*). Pero ¿cuáles son los factores que determinan los modelos de gestión de la demanda y la agenda del médico?, los factores son múltiples y dependen de tres niveles: Del usuario, del profesional, de la organización y, frecuentemente a dos o a los tres niveles. Los profesionales de nuestro país, sin embargo, parecen desconocer las características de su actividad asistencial, lo cual dificulta las posibilidades de mejora (*Mendoza C et al., 2000*).

Los médicos perciben un exceso de demanda asistencial en los últimos años que repercuten negativamente en la calidad de la atención prestada a la población y van en detrimento de otras actividades como la docencia, la investigación o la satisfacción laboral (*Extremera V et al., 1997*).

Frente al incremento de los pacientes hiperfrecuentadores que realizó mas de 15 visitas al año a su médico (4,9%), el 46% de la población no acudió a la consulta, y el 48% realizó entre 1 y 14 visitas; el

perfil de los no consultantes era significativamente mayoría de hombres, jóvenes y presentaron menor número de enfermedades crónicas (*Rivera F et al., 2000*)

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA FRECUENCIA, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y PATRONES DE HIPERUTILIZACIÓN (HU) DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

En nuestro país, los pacientes hiperutilizadores (HU) suponen alrededor de un 15% de los pacientes incluidos en el cupo del médico de familia y consumen un 50% de las visitas que recibe en un año (*Bellón JA, 1997*). Estas cifras varían según los autores entre el 24,8% que ocasiona el 75% de las consultas que obtuvo Rivera (*Rivera F et al., 2000*) y 12% que genera un 43% de visitas obtenido en el estudio de Ortega (*Ortega MA et al., 2004*)

En otros países como Finlandia las cifras son similares, se estima que entre el 12-15% de los pacientes consumen un 50% de recursos asistenciales (*Freeborn DK et al., 1990*). En Suecia, Anderson identificó hasta un 20% de hiperutilizadores entre la población atendida (*Anderson SO et al., 2004*).

Existe una aproximación al perfil de los pacientes HU. Los estudios más rigurosos tienden a desmitificar la creencia de que mayoritariamente son mujeres. En el estudio realizado por Rodríguez et al (*Rodríguez A, 2006*) sobre 397 hiperutilizadores, el 53% eran mujeres, con una edad media de 49 años, el 74% casadas y el 33% pensionistas, el 68% obreros cualificados y sin cualificar, con menos de 4 años de estudios, insatisfechos con sus médicos un 25% , el 50% con mala salud percibida con una media de 4.2 problemas crónicos que requieren seguimiento, con un número medio de visitas de 22 en un año y el 54% fueron derivados al especialista el año anterior. Destaca que 36% habían visitado además un médico privado en el año anterior.

Aún está sin resolver la cuestión de si los pacientes HU se comportan así de forma adecuada, como respuesta a una necesidad objetiva, o inadecuada. Tampoco ha sido aclarada su trayectoria en el tiempo, de forma que un paciente HU puede serlo en un periodo de su vida pero no en otro, o mantener ese comportamiento indefinidamente. No se han realizado estudios de seguimiento en periodos superiores a 3 años, lo cual solo permite conocer el comportamiento en ese periodo.

Algunos autores como Neal y Heywood han propuesto patrones de hiperutilización en estos pacientes que podrían explicar factores clínicos y de gestión de la consulta asociados al exceso de visitas, describieron 5 patrones de utilización en pacientes HU (*Neal RD y Heywood PL, 2000*):

- 1º-“Regulares con pequeñas fluctuaciones” sin incrementos de frecuentación repentinos.
- 2º-“Supernovas”, con periodos de frecuentación muy elevada y escasas visitas fuera de esos periodos.
- 3º-“Explosiones de frecuentación y consultas esporádicas”.
- 4º-“Regular como un reloj” consultas extremadamente regulares en el tiempo.
- 5º-“Grupo mixto” que no siguen un patrón en su periodicidad.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA TRASCENDENCIA SANITARIA Y ECONOMICA DE LA HIPERUTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA

Los pacientes que más utilizan la consulta son aquellos que presentan en primer lugar mayor número de patologías, con mayor frecuencia crónicas (*De Boer A et al., 1997*). La dificultad del sistema para dar respuesta al malestar de estas personas, provoca demandas repetidas que los propios médicos tienen dificultades para resolver. Son pacientes que circulan por el sistema de especialista en especialista, realizándose pruebas complementarias en cada servicio, y volviendo una y otra vez al círculo demanda-visita-revisita-demanda. Antonina Rodríguez en su estudio sobre pacientes HU en Andalucía mostró que el 54% fueron derivados a un especialista o varios en el último año (*Rodríguez A, 2006*). Las enfermedades de salud mental (*Tweed DL et al., 1998*) y entre ellas la depresión (*Dowrick C et al., 1998; Arroyo E et al., 1998*) han mostrado también están asociados al exceso de utilización de las consultas. Es posible que la escasa capacidad resolutoria del sistema para determinados problemas de salud prevalentes sea parte del origen, y puedan ser cuestionados los modelos asistenciales en relación a las necesidades de la población.

Los pacientes HU son en su mayoría “pacientes difíciles” para su médico, generan dificultades en la relación médico-paciente (*Neal RD et al., 1998*), aunque no todos los pacientes difíciles son HU, es frecuente que provoquen “situaciones difíciles” para su médico; y esto unido a que con una frecuencia elevada acuden a la consulta sin cita (*Christensen MB et al., 2004*); un 70% de los pacientes estudiados por Rodríguez (*Rodríguez A, 2006*) tenían entre una y tres visitas sin cita en el último año y las visitas

de carácter administrativo pueden llegar a duplicar en nuestro país a las visitas por motivos clínicos (Orozco D et al., 2004; Casajuana J y Bellon JA, 2003; Willis DR, 2005). Posiblemente en nuestro país tengan una importancia especial los formatos de receta y partes de incapacidad laboral. Será necesario observar las consecuencias sobre la frecuentación del nuevo modelo de “receta 21” que se está implantando en Andalucía.

La consecuencia mas importante de la HU para el Sistema Sanitario sería la económica, ya que un número reducido de pacientes consumen una gran proporción de visitas del médico y de recursos derivados del consumo elevado de medicamentos y pruebas complementarias (Báez K et al., 1998; Campbell SM et al, 2001; Bellón JA et al., 2005) .

Las estimaciones económicas del gasto que generan los pacientes hiperfrecuentadores ha sido estudiado desde los años 60 por los economistas de la salud. Algunos autores han llegado a calcular que estos pacientes consumirían hasta un 64% del gasto total en atención sanitaria (Von Korf M et al., 1992). La existencia de recursos limitados destinados a Sistema Sanitario Público, implica que el exceso de gasto destinado a los HU vaya en detrimento de la inversión en otros centros o servicios necesarios.

3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Los factores que influyen sobre la utilización de los servicios de salud son numerosos y, en ocasiones, muestran cierto grado de interconexión e interacción. Sólo es posible entender los determinantes de la utilización a través de la multicausalidad. Para dar forma y entender la multicausalidad de la utilización se han propuesto una serie de modelos explicativos (Wolinsky FD, 1988; Arredondo A y Menendez V, 1992). No obstante, desde el abordaje empírico no se ha encontrado todavía el modelo que definitivamente explique la causalidad de la utilización (Mechanic D, 1979; Hulka BS y Wheat JR, 1985; Phillips KA et al., 1998; Bellón JA et al., 2000). En función del modelo explicativo elegido, los factores que influyen sobre el uso de los servicios de salud se podrían clasificar de diferentes formas; cada una de ellas aportaría aspectos más o menos parciales o globalizadores, pero a la vez, es posible que las mismas fueran incompletas o fragmentarias. Utilizando el modelo definido por Bellón (Bellón JA, 1997), y en un intento de eclecticismo, se dividirán los factores que influyen sobre la utilización en

tres grupos o niveles, cuya conjunción daría lugar a un Sistema en el cual todos los elementos interactúan entre sí, generando movimientos y transformaciones en los demás en un proceso continuo:

- 1.- Factores del individuo o usuario.
- 2.- Factores del profesional, sanitario o proveedor.
- 3.- Factores de la organización de la consulta, del centro de salud y del sistema sanitario.

Para comprender la dinámica interna de este modelo conceptual, es imprescindible recurrir a la Teoría de Sistemas, donde los tres factores se dispondrían en una incesante interacción, de tal forma que estarían continuamente modificándose entre sí. En un momento dado se podría decidir la reforma de la organización, por ejemplo implantando un nuevo sistema de citas que facilite el acceso al usuario (factor de la organización); esto podría disminuir la percepción de barreras por parte del paciente (factor del usuario), y a su vez, podría descender o aumentar el estrés profesional (factor del proveedor). Por tanto, el efecto que se provoca sobre la utilización tras la transformación de cualquiera de los tres factores del sistema, no sólo se produce por la modificación del factor inicial en cuestión, sino también por la alteración que se induce en los otros dos.

Especialmente complejo resulta el análisis de los factores relacionados con la organización, debido a la existencia en la práctica de varios niveles jerárquicos en la toma de decisiones y, como consecuencia, en la posibilidad de modificar o transformar cada factor. Con objeto de facilitar la comprensión y determinar la influencia de cada grupo de factores en sus niveles de responsabilidad, se ha utilizado la clasificación en micro-organización y macro-organización. En un equipo de atención primaria, la regulación de los tiempos entre citas, por ejemplo, puede estar en manos del propio profesional (Micro-organización) o de la gerencia de área (macro-organización); la decisión sobre las derivaciones o la prescripción farmacéutica depende del médico (micro-organización); el sistema administrativo en las situaciones de Incapacidad Laboral depende de los niveles superiores del Sistema Sanitario (macro-organización).

Esta forma de clasificar las variables que influyen sobre la utilización pretende ser exhaustiva, pero, en cualquier caso, podría no ser mutuamente excluyente. Algunos de los factores que artificiosamente forman parte de un grupo, en la práctica pertenecen a la interfase entre ellos. Por ejemplo, cabría la posibilidad de clasificar la accesibilidad (en este caso, el sistema de citas) como un factor de la organización, pero de igual modo, a través de la subjetividad del usuario (percepción de barreras) sería

posible su clasificación como un factor del usuario o, por qué no, podríamos hablar de la accesibilidad como factor de la interfase organización-usuario (*López LA, 1991*). De la misma forma podríamos hablar de factores de la interfase organización-proveedor.

La evidencia disponible permite afirmar que, en general, los factores del usuario explican entre el 40-50% de la variabilidad de la utilización (*Bellón JA; 1998; Orueta, JF,1999*) y los factores del profesional y la organización, otro 50% (*Hurley J et al., 1996*).

3.1. FACTORES DEL USUARIO

Los factores del usuario se clasificarán según el modelo conductual de Andersen y Newman (*Andersen R y Newman JF 1973*). Estos autores los estructuraron en tres grupos: factores de necesidad, facilitadores y predisponentes. El modelo de Andersen es, sin duda, el marco teórico-práctico más empleado en todos los estudios de utilización, aunque su capacidad predictiva ha sido poco concluyente en muchas ocasiones (*Wolinsky FD, 1988; Arredondo A y Melendez V 1992*). Para Andersen, los factores de necesidad ocupan el primer lugar en importancia, seguidos por los facilitadores y, en un segundo plano, los predisponentes. No obstante, en el abordaje empírico se ha podido comprobar, mediante los "path analysis", que no siempre ocurre así y que, por ejemplo, factores predisponentes como la edad pueden tener un efecto directo y primordial sobre la utilización (*Wan TTH, 1989*).

Los estudios sobre el grupo de factores del usuario logran explicar entre un 20% (*Wolinsky FD 1978; Mechanic D,1979; Hulka BS y Wheat JR, 1985*) y un 39% de la variabilidad de la utilización de atención primaria (*Bellón JA, 1995(a)*).

3.1.1. FACTORES DE NECESIDAD

La salud percibida por el paciente, acompañada o no de morbilidad objetiva, representa la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud, y en la mayoría de los estudios es la variable que más y mejor predice la utilización de los servicios de atención primaria (*Broyles RW et al., 1983; Tanner JL et al., 1983; Grimsmo A y Siem H, 1984; Andersen AS y Laake P, 1987; Connelly JE et al., 1989; Fylkesnes K y Forde OH, 1992*).

En función de la forma de obtener la información sobre los factores de necesidad hablaremos de **necesidad subjetiva** (datos obtenidos del paciente) y **necesidad objetiva** (datos obtenidos de la historia o examen clínico). Las relaciones entre salud subjetiva y objetiva no es tan precisa como cabría esperar (*Connelly JE et al., 1991; Barsky AJ et al., 1992*) pero, en cualquier caso, el factor necesidad solo se podría evaluar a través de un conjunto de variables que se relacionan con él. Gómez-Calcerrada identifica cuatro factores relacionados con la percepción de necesidad (*Gómez-Calcerrada et al., 1996*):

a) Número de procesos clínicos y de enfermedades crónicas: El aumento de la esperanza de vida, la mejora en los niveles socioeconómicos de la población y el desarrollo de la tecnología médica tienen, como consecuencia, el incremento en las consultas del número de pacientes de mayor edad, con más enfermedades crónicas, que requieren un mayor volumen de cuidados médicos y que realizan más demandas (*Bellón JA, 1995*). El número de enfermedades crónicas se relaciona especialmente con la hiperutilización (*De Boer et al., 1997*); algunos autores encuentran que estos pacientes consultan aproximadamente cinco veces más que los que no tienen enfermedad crónica (*Grismmo A y Siem H, 1984*). Sin embargo, el estilo de práctica clínica del profesional y determinadas características de la organización, como la implantación de programas o procesos asistenciales, pueden estar adjudicando al paciente la decisión sobre visitas que podrían ser inducidas desde otros niveles. Sería el caso de un exceso de visitas de seguimiento que no siempre tienen justificación en la evidencia.

b) Número de síntomas: El número de síntomas reconocido por el paciente también se ha identificado como predictor de una utilización excesiva de la consulta del médico de familia (*Gómez-Calcerrada D y Hernandez F, 1996*). Los estudios realizados sobre población hiperfrecuentadora muestran un número significativamente superior de síntomas y enfermedad crónica respecto a los pacientes normo-frecuentadores (*Matalon A et al., 2002; Savageau JA et al., 2006*).

c) Tipo de morbilidad: Los problemas de salud mental son los que explican la mayor variabilidad en la utilización de la atención primaria (*Tweed DL et al., 1998; Bellon JA et al., 1999; Bellon JA, 2002*). La prevalencia de los problemas de ansiedad psicosociales (*social anxiety disorder*) en la población general en Europa es del 7%, y el 70-80% de esta población tiene al menos otro problema

de salud mental, más frecuentemente depresión, lo que aumenta notablemente la utilización de los servicios sanitarios (*Lecrubier Y et al., 2000; Dowrick CF y Bellon JA, 1998; 2000; Savageau JA, et al., 2006*). Los tres problemas de salud mental identificados con mayor frecuencia entre los pacientes hiperutilizadores fueron somatización, depresión y ansiedad (*Bellón JA, 1995; Arroyo E et al., 1999; Matalon A et al., 2002*). En un estudio realizado en Cataluña se observó que el 22% de los pacientes presentaron problemas psicosociales, generando éstos el 24% de los episodios y el 28% de las consultas (*Juncosa S et al., 1999*). Los problemas de salud mental no sólo se pueden catalogar como factores de necesidad, sino que también son factores predisponentes. La conjunción de problemas mentales y físicos mejoró la predicción de la frecuentación total (*Jordan K et al., 2003*). La morbilidad general de los usuarios, estudiada mediante el sistema de clasificación Ambulatory Care Groups (ACG) logra explicar casi la mitad de la variabilidad en la frecuentación de centros de atención primaria (*Bolaños MV et al., 2002*).

d) Nivel de salud percibido: Es, en definitiva, la razón que justifica la necesidad de ir al médico. Alguien que no perciba quebrantado su estado de bienestar por alguna razón, difícilmente accederá a demandar cuidados, a no ser que sea presionado directamente por su pareja o alguien cercano. La salud percibida se ve estrechamente influenciada por una interacción de factores físicos, mentales y sociales (*Vedsted P et al., 2002*). El nivel de salud es el principal determinante de la utilización y está fuertemente asociado a la salud percibida (*Finkelstein MM, 2001*). No obstante, mucha gente con enfermedad no consulta a su médico y, de forma inversa, otras personas se sienten especialmente enfermas y graves, mientras que sus médicos no encuentran motivos objetivos que lo justifiquen. Algunas de las razones subyacentes a este desajuste dependerían de trastornos psicósomáticos o disfunciones en el rol de enfermo. Otros factores de la dinámica familiar como la desestructuración familiar se han asociado también con una mayor frecuentación (*Muñoz MA et al., 2000*). La decisión de consultar no se basa simplemente en la presencia o ausencia de problemas médicos, sino en una mezcla compleja de factores sociales y psicológicos (*Campbell SM y Roland MO, 1996*).

3.1.2. FACTORES PREDISPONENTES

Algunos individuos tienen cierta predisposición para usar los servicios de salud, mientras que otros lo estarían en menor grado. Esta predisposición puede predecirse a través de algunas características individuales, presentes antes de que ocurra cualquier proceso o episodio de enfermedad. La población

que posea tales características tendrá más probabilidades de utilizar los servicios de salud que la que no las tenga, aún cuando ellas no sean responsables directas de la utilización (por ejemplo, la edad podría actuar sobre la utilización a través de la morbilidad).

Modificando la clasificación original de Andersen (*Andersen R y Newman JF, 1973*), Bellón ha subdividido los factores predisponentes en modificables y no modificables, en un intento de ofrecer un enfoque más pragmático (*Bellón 1995*). El carácter modificable podría ser un poco ambiguo, por lo que la posibilidad de cambio del factor en cuestión se referirá específicamente a los recursos disponibles desde el sector sanitario. Por ejemplo, los ingresos familiares o la educación tendrían una relativa intervención desde actuaciones socio-políticas, pero difícilmente desde un Centro de Salud, mientras que la salud mental podría modificarse más directamente desde la actuación sanitaria. Los factores predisponentes modificables se expondrán en el siguiente epígrafe. Se reseñarán a continuación los principales factores predisponentes no modificables.

3.1.2.1. FACTORES PREDISONENTES NO MODIFICABLES

a) Edad: Aunque la mayoría de los estudios han evidenciado que a mayor edad mayor utilización (*Hulka BS y Wheat JR, 1985; Hibbard JH y Pope CR, 1986*), esta asociación no es lineal, por lo que se requieren valoraciones especiales, particularmente el estudio específico por estratos de edad (*Beland F, 1988*). Se ha investigado con cierta profundidad la utilización en los mayores de 65 años, ya que se sabe que es una población que concentra una gran parte del consumo de los recursos sanitarios, incluyendo todos los tipos de utilización de los servicios de atención primaria (*Roos NP y Shapiro E, 1981; McCall N y Wai H, 1983*). Otros autores refieren que los mayores de 65 años logran explicar hasta un 46% de la variabilidad de la frecuentación (*Rodríguez B y Martin JM, 1999*). A partir de los 75 años la utilización experimenta un descenso relativo (*Wolinsky FD et al., 1986; Grimsmo A, 1984*), si bien algunos autores encontraron un continuo ascenso (*Bowling A, 1991; Shapiro E y Tate RB, 1989b*). Se ha intentado explicar la utilización de la tercera edad a través de todo lo que supone la jubilación, y en especial el factor tiempo libre (*Boaz RF y Muller CF, 1989*). No obstante, cuando se emplearon los análisis multivariantes, la variable edad ejerció su influencia sobre la utilización de forma indirecta, fundamentalmente a través de la peor salud percibida (*Wan TTH y Sifer SJ, 1974*). Para la población en conjunto, cuando se controla por los factores de necesidad, la edad apenas explica un 1 % de la variabilidad de la utilización (*Wolinsky FD et al., 1986*).

En las edades pediátricas (de 0 a 7-14 años), se puede observar un pico en la utilización que va descendiendo con la edad (*Wolfe BL, 1980; Bruusgaard D et al., 1993*); una vez más, cuando se controlan los factores de necesidad, facilitadores y predisponentes, la edad no es una variable significativamente asociada a la utilización (*Wolfe BL, 1980; Sanchez FJ et al., 1992*).

b) Género: La mayor frecuentación por parte de las mujeres se ha querido relacionar con una peor salud percibida por su parte (*Fylkesnes K et al., 1992b*), con su mayor tendencia a padecer de síntomas psicósomáticos (*Mechanic D, 1978*) y con una teórica mayor actitud proteccionista ante la enfermedad (*Kandrack MA et al., 1991*). También se han invocado razones ligadas a los roles femeninos: su papel de cuidadora de la salud de toda la familia (*Schor E et al., 1987*) y la poca valoración del rol del ama de casa (*Coe RM, 1984*). Otros estudios muestran que las mujeres tendrían unas tasas de utilización superiores a la del hombre (*Hulka BS y Wheat JR, 1985*); pero esto sólo sería evidente entre los 35 y 75 años de edad (*Beland F, 1988*). Las cifras del Instituto de Información Sanitaria (*IIS, 2003*) confirman que las mujeres tienen peor salud subjetiva (percibida) 35,7% frente a los hombres un 24,4%. En cualquier caso, los estudios que han tratado de controlar éstos y otros factores de confusión, han mostrado que el efecto del sexo sobre la utilización es imperceptible (*Grimsmo A y Siem H, 1984; Andersen AS y Laake P, 1987*).

c) Etnia e inmigración: En USA, la población negra e hispana posee tasas de frecuentación inferiores a la de los blancos, pero este fenómeno parece estar más en relación con la accesibilidad a los servicios que con los patrones culturales de las distintas razas (*Berkanovic E y Telesk C, 1985; Schur CL et al., 1987*). En un estudio belga se encontró que las consultas por problemas "vagos", psicológicos y sociales fueron superiores en las mujeres inmigrantes. (*Van Der Stuyft P y et al., 1989*). En Inglaterra, cuando se ajustó por nivel socio-económico y edad, los inmigrantes alcanzaron una utilización superior a los autóctonos (*Balajaran R et al., 1989*), aunque estos últimos tuvieron más probabilidades de ser citados de nuevo y de obtener una receta (*Caney T, 1989; Gillman SJ et al., 1989*).

El factor étnico en España se concentra en la población autóctona de etnia gitana. El fenómeno de la inmigración se ha extendido en pocos años a la práctica totalidad del territorio nacional, con una situación especial en los lugares de atracción agrícola y la particularidad de contar con una bolsa muy importante de inmigrantes que no tienen regularizada su situación. El 80% carecen de cobertura sanitaria. Predomina el origen magrebí y de América Latina, aunque crece día a día la población del

este de Europa. No son muchos los estudios realizados sobre las características de la demanda y sus diferencias con la población autóctona (*Jansà JM y Villabi JR, 1995*).

La Agencia de Evaluación de Tecnologías de la Generalitat de Cataluña ha realizado una revisión exhaustiva sobre necesidades en salud y utilización de servicios sanitarios en la población inmigrante, que recoge toda la investigación realizada en España. Como información de mayor interés destaca que el 63% de la población tiene una autopercepción negativa de su estado de salud y el 33% considera que su salud ha empeorado con la llegada a España. El 84% ha utilizado un servicio sanitario en los dos años anteriores, siendo el servicio de urgencias su primer contacto. Poseen una mayor vulnerabilidad relacionada con sus condiciones sociolaborales. Padecen un mayor número de síntomas depresivos que la población autóctona, correlacionados con un escaso apoyo social. Y por último, algunos estudios apuntan un tratamiento inequitativo por parte de los servicios sanitarios, encontrando que, ante la misma etiqueta diagnóstica, reciben menor cantidad y calidad de tratamientos (*Berra S et al., 2004*).

d) Ingresos económicos, nivel socio-económico y pobreza: En los países con sistemas de salud privados, como Estados Unidos, cuando se controló por edad, sexo y morbilidad, la población con nivel socio-económico más bajo tuvo menores tasas de utilización (*Kleinman JC et al., 1981; Yelin EH et al., 1983*), lo que probablemente se podría relacionar con una mayor dificultad para acceder a los servicios de salud (*Newacheck PW y Butler LH, 1983*). En los países con Sistemas Nacionales de Salud, o bien se ha observado un gradiente inverso entre nivel socio-económico y utilización (*Instituto de Información sanitaria, 2003*), o bien se han obtenido resultados poco concluyentes (*Collins E y Klein R, 1980; Haynes R, 1991*). No obstante, cuando se controló por la morbilidad, todo el efecto de los ingresos económicos y el nivel socio-económico se diluyó (*Broyles RW et al., 1983; Tanner JL et al., 1983; De la Revilla L et al., 1987; , Peacock D et al., 1999; Finkelstein MM, 2001*). Lo que parece evidente es que un mayor nivel económico se relaciona con mejores niveles de salud objetiva y subjetiva y, como consecuencia, un menor número de visitas al médico. Cambell concluye que el bajo nivel socioeconómico y la desventaja social aumentan la necesidad “objetiva” (*Cambell SM y Roland MO, 1996*). Sin embargo, los problemas metodológicos a la hora de medir el nivel socio-económico y los ingresos familiares podrían influir sobre la validez y fiabilidad de los resultados (*Liberatos P et al., 1988*).

e) Situación laboral, profesión, ocupación, desempleo y educación: En los países con Sistema Nacional de Salud existe un gradiente inverso entre categorías profesionales y utilización: los empresarios-directivos-liberales usan menos las consultas que los empleados-vendedores, éstos menos que los

obreros cualificados, y éstos menos que los no cualificados. El mismo gradiente se observó con el nivel de estudios, de forma que a menor nivel educativo mayor utilización (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Cook DG et al., 1990*). Pero, una vez más, cuando se controló por los factores confusores de la utilización, la profesión y los estudios perdieron su asociación (*Grimsmo A y Siem H, 1984; De la Revilla L et al., 1987*). Con respecto a los tiempos de espera en la consulta, se han puesto de manifiesto importantes diferencias: los individuos con mayor nivel de estudios presentaron menores tiempos de espera y una menor dispersión de esta variable. Estas diferencias pueden ser debidas a un mejor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario y mayores posibilidades de comunicación con el médico (*Regidor E et al., 1996*).

La profesión del cabeza de familia es utilizada con frecuencia como indicador de nivel socioeconómico (*Liberatos P et al., 1988; Domingo A, 1988; Latour J y Alvarez-Dardet C, 1989*) y es una medida muy relacionada con los ingresos familiares y el nivel de estudios (*Saenz MC et al., 1987*), utilizada incluso para construir indicadores de clase social (*Liberatos P et al., 1988; Latour J y Alvarez-Dardet C, 1989*). Debido a estas relaciones, es posible que todas estas variables (ingresos, estudios, profesión y clase social) se comporten de forma parecida frente a la utilización, es decir, por medio de un efecto indirecto (*Wan TTH y Sifer SJ, 1974; Rosner TT et al., 1988*).

Los jubilados son los más utilizadores, seguidos por las mujeres dedicadas a sus labores, los parados, los que trabajan, y los estudiantes (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Martinez J, 1990*). En Inglaterra (*Yuen P y Balajaran R, 1989*), Canadá (*D'Arcy C y Siddige C 1985*), o USA (*Linn M et al. 1985*) los desempleados fueron más utilizadores que los empleados, quizás porque los parados sufren de un mayor número de procesos somáticos y de salud mental (*Linn M et al., 1985; Claussen B, 1993*) o simplemente por la necesidad de prolongar las subvenciones económicas de paro (*Virtanen P, 1993*). Se ha podido comprobar en España que los desempleados poseen tasas de utilización superiores, aún después de controlar por edad, sexo, nivel educativo y morbilidad (*Benavides FG et al., 1994*).

Según el modelo explicativo sobre la utilización desde el paradigma sociológico sugerido por Suchman (*Suchman EA, 1965*), los factores sociales tienen un gradiente de predicción de la utilización contrario a su especificidad social. Es decir, que lo más predictivo son los factores ligados a las conductas individuales (creencias, actitudes, valores, etc.); en segundo lugar se situaría la familia, seguida de otros grupos sociales (amigos, redes informales), después la etnia y, en último lugar, el modelo de construcción social y sus factores relacionados (estructura, información, medios de

comunicación, etc.). Una revisión reciente sobre la influencia de los medios de comunicación en la utilización de los servicios (*Grilli R et al., 2002*), concluyó que, a pesar de las limitaciones metodológicas de algunos estudios, muchos autores coinciden en afirmar que tienen una gran influencia sobre la modificación de comportamientos en el uso de los servicios de salud; aunque no sea un factor de primer grado, es posible que ciertos pacientes con una predisposición de base (hipocondría, por ejemplo), pueda incluso buscar activamente el reclamo de los medios de comunicación para satisfacer su hipocondría y, de ese modo, aumentar sus tasas de utilización.

f) Estado civil: En algunos estudios se ha observado que las personas separadas y viudas utilizaron en mayor grado las consultas de atención primaria, los cuidados domiciliarios y los servicios hospitalarios (*Branch L et al., 1981; Evashwick C et al., 1984*); sin embargo, otros autores no hallaron asociación alguna entre el estado civil y en número de visitas (*Cafferata GL, 1987; Bowling A, 1991*)

Parece ser que la viudez se relaciona con un incremento de padecimientos físicos y psíquicos, una peor percepción de la salud y un mayor consumo de medicamentos (*Parkes CM Brown R, 1972*); por ello, se ha sugerido que la viudez ejercería su efecto sobre la utilización a través de la salud física y mental, del apoyo social y de los factores económicos (*Avis NE et al., 1991*).

Los divorciados refirieron una peor salud, un mayor número de días de indisposición, y una mayor utilización que los casados (*Tcheng-Laroche F y Prince R, 1983; Berk M y Taylor Ak, 1984*). Estos resultados se han confirmado cuando se comparó la utilización del conjunto familiar entre familias divorciadas y no divorciadas; además, estas diferencias se mantuvieron aún después de que se controlara por el resto de variables (*Moreno CA, 1989*).

Todo lo anterior coincide con el perfil del paciente hiperutilizador descrito por Bellón, que se corresponde con una mujer mayor de 40 años, viuda o divorciada. Además, confirman el hecho de que el déficit de apoyo social y la disfunción familiar se relacionan fuertemente con una frecuentación excesiva (*Bellón, 1995*)

3.1.2.2. FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES

Siguiendo la clasificación utilizada por Rodríguez (*Rodríguez A, 2006*) los agruparemos en 4 grupos: cultura sanitaria, función familiar, apoyo social y salud mental.

Cultura Sanitaria

La cultura sanitaria puede entenderse como el conjunto de valores, creencias, expectativas, actitudes y conocimientos en torno a la salud y la enfermedad, en un contexto social determinado. En la construcción de la cultura convergen factores individuales y sociales, y que determina un comportamiento de las personas respecto al sistema sanitario y unos patrones en la utilización de los servicios (*Sánchez FJ et al., 1992*).

El **Rol de enfermo**, como resultado de una cultura sanitaria, es el papel social que representa cada paciente, con una serie de derechos y obligaciones que determinan a su vez una relación con el sistema sanitario. El rol de paciente será “adaptativo” cuando asume sus derechos y deberes socialmente y normativamente aceptados, y “disfuncional” cuando el paciente no se ajusta a esas normas por razones de origen psicosocial y/o esperando ganancias secundarias económicas, laborales o afectivas. Los pacientes con rol de enfermo disfuncional no colaboran activamente en su recuperación y readaptación a su actividad funcional y son, con mayor frecuencia, hiperutilizadores de las consultas y, en muchos casos “pacientes difíciles” para el médico (*Rodríguez A, 2006*).

El modelo de **conducta ante la enfermedad** que asume cada paciente, sería consecuencia de la cultura sanitaria y el rol de enfermo. Mechanic (*Mechanic D, 1986*) la definió como la forma como cada persona percibe y evalúa el malestar, el dolor o la enfermedad y actúa frente a ella buscando los medios para mejorar. La sociedad actual se beneficia de una buena tecnología y de un sistema sanitario, que en España garantiza la accesibilidad a toda la población y, sin embargo, la autopercepción de salud es más negativa, lo que Barsky (*Barsky AJ et al., 1992*) ha denominado “la paradoja de la salud”, debido en parte al envejecimiento de la población que incrementa el número de enfermedades crónicas y a una menor tolerancia al malestar, su atribución, la percepción de necesidad de ayuda y la dificultad para afrontar con recursos propios ese malestar, depositando en el médico la capacidad de actuar como único recurso y promoviendo conductas de hiperutilizadoras, de dependencia hacia el médico (*Armstrong D et al., 1990*).

La conducta ante la enfermedad tiene una relación directa con las **expectativas** que cada individuo deposita en los servicios sanitarios y en el médico en particular, es decir, en la respuesta esperada ante la demanda y en relación a ella. Esta expectativa puede ser básicamente de tres tipos: Técnica, afectiva, o una mezcla de ambas (*Rodríguez A, 2006*). Pero dentro de ellas son posibles diferentes grados de entrega y/o dependencia del paciente hacia el médico que pueden generar un número de visitas elevado, sin consecuencias para la salud, y donde es posible un deterioro de la relación médico-paciente (*Borrell F, 2004*). Sobre las expectativas de pacientes y médicos se han realizado investigaciones y, es llamativa la coincidencia de las expectativas básicas en los diferentes países, independientemente de la cultura o del sistema sanitario, los pacientes esperan de sus médicos que les escuchen, que muestren interés por su problema, que les informen sobre su problema y que estén accesibles para responder a sus necesidades (*Torío J y Garcia C, 1997; Mckinstry B, 2000; Little P et al., 2001*)

Las **creencias en salud** son representaciones cognitivas que cada persona elabora, basada en sus valores, su esquema referencial (conocimientos, experiencias previas y vivencias), y el entorno social en la que se desenvuelve en relación a la salud y la enfermedad; poseen un carácter normativo y jerárquico que determina el comportamiento del individuo en su relación con el sistema sanitario. El modelo de creencias en salud fue desarrollado en los años 70 por Rosentock (*Rosentock IM, 1974*), para explicar la adherencia de los pacientes a las medidas preventivas, y posteriormente se aplicó también a los modelos de utilización. El modelo estaba compuesto por 4 dimensiones:

1. **Percepción de susceptibilidad** o percepción del riesgo de contraer una enfermedad.
2. **Percepción de severidad.** Sentimientos referentes a la importancia en cuanto a las consecuencias de la enfermedad.
3. **Percepción de eficacia** o **beneficios** percibidos por el paciente al aceptar una intervención o un tratamiento.
4. **Percepción de barreras** o dificultades personales y sociales que detecta el paciente para llevara acabo las recomendaciones o tratamientos prescritos.

Las dos dimensiones que han mostrado tener mayor predicción sobre el modelo han sido la percepción de eficacia y la percepción de barreras (*Hanson JA y Benedict JA, 2002*).

Paralelamente fue desarrollado otro modelo explicativo sobre el comportamiento de los pacientes ante la salud denominado **Locus de control** que contempla las creencias y los comportamientos consecuentes en un individuo en relación su proceso de salud-enfermedad. Se define en el individuo un “locus de control **interno**” cuando predomina la creencia de que la salud depende de su propia conducta, mientras que el “locus de control **externo**” cuando predomina la creencia de que la salud esta sujeta a factores externos como la suerte, el destino, otras personas, e incluso el propio sistema sanitario o el médico (*Rotter JB, 1966; Wallston KA, 1978*). La presencia de un locus de control externo en un paciente le induciría a realizar múltiples visitas a su médico y, paralelamente se asocia a una escasa responsabilidad en el cumplimiento de las recomendaciones.

Otro aspecto relacionado con la cultura sanitaria es la **educación sanitaria**, el conjunto de conocimientos actitudes y habilidades que cada individuo obtiene en relación a la salud, la enfermedad, los estilos de vida saludables y los autocuidados necesarios para recuperar la salud. Los médicos tienen la creencia mayoritaria de que gran parte del exceso de frecuentación y presión asistencial se resolvería educando a los pacientes para utilizar mejor los servicios sanitarios. Esto puede ser más cierto en los procesos agudos autolimitados, sin embargo los ensayos realizados no han dado los resultados esperados reduciendo la frecuentación, aunque sí han mostrado mejorar el autocuidado (*Heaney D et al , 2001*); parece ser que otros factores como la cultura sanitaria y las creencias en salud podrían tener más peso en los comportamientos sobre la utilización, ya que son variables que se ejercen desde la presión social, frente a la educación que es una variable individual. Elia Sevilla (*Sevilla E et al, 2000*).

La **Función Familiar** ha sido estudiada en numerosas ocasiones como variable predictora de la utilización. La familia como unidad social primaria se caracteriza por una serie de características comunes que les permiten relacionarse con el entorno social para obtener unos objetivos económicos, educativos, psicológicos y culturales determinados (*De la Revilla L y De los Rios AM, 1994*). Participa por tanto en el desarrollo de conocimientos, creencias y expectativas de sus miembros y, como consecuencia en la percepción de necesidad y los comportamientos en la utilización de las consultas (*De la Revilla L, 1991*). La *función familiar* sería el mecanismo homeostático que permite a la familia adaptarse al entorno y lograr sus objetivos como grupo social y como individuos, permaneciendo y evolucionando en el tiempo. La familia funciona con un sistema circular con sus entradas, salidas y procesos internos orientadas al cumplimiento de unas metas sociales. Cuando disminuye la capacidad de adaptación, el sistema se altera produciendo la llamada “disfunción familiar”, que se expresa con

frecuencia en síntomas y/o enfermedad en sus miembros de tipo orgánico o psicosocial, y en comportamientos de hiperutilizadores de las consultas de atención primaria (*De la Revilla L y De los Ríos AM, 1994; Gómez E et al., 1996; Soriano J et al., 1997; Bellón JA et al., 1999*). Existe una correlación entre la utilización de cada miembro de la familia y el conjunto de ella, y especialmente se comporta como predictor entre las madres hiperutilizadoras en pediatría (*Polo P et al., 1998*). El mecanismo no se conoce muy bien, pero se han mostrado patrones familiares de utilización de las consultas que incluso se transmiten de padres a hijos (*Igual R et al., 2003*).

El **Apoyo Social** ha sido desde los años 80 uno de los factores más estudiados en relación a los patrones de utilización. Lin la definió como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (*Linn M et al., 1986*). La **Red Social** es un concepto operativo que se aplica al tamaño, densidad y dispersión de las personas que forman estructuralmente el apoyo social de una persona, con los cuales interactúa, obteniendo un determinado grado de apoyo social. El apoyo social tiene tres dimensiones: 1. Emocional, 2. Material o instrumental y 3. Informativo o confidencial. La falta de apoyo social ha mostrado su influencia sobre el estado de salud físico y psicológico (*Bowling A, 1991*). Y en relación con la utilización de las consultas, la red social tiene una influencia sobre la decisión de ir al médico; las personas que constituyen el apoyo social pueden incitar a realizar una consulta o, por el contrario, disuadir al paciente de acudir, incluso ofreciendo recursos o soluciones alternativas. De esta forma, parece ser que las personas con una red social más extensa realizarían menos visitas al médico que aquellas con un apoyo social escaso (*Oakley A et al., 1994*).

Los estudios realizados sobre la influencia de la red social sobre la utilización de las consultas muestran unanimidad; las mujeres viudas o divorciadas con un apoyo social escaso, realizan más visitas al médico que las casadas y con red social extensa. Los estudios de intervención sobre el apoyo grupal y el desarrollo de redes han mostrado una reducción del número de visitas tras la intervención (*Counte MA y Glandon GL, 1991; Sañudo P et al., 1996*). Como apoyo terapéutico en la mayoría de enfermedades crónicas y salud mental, el refuerzo de la red social, es una indicación que aporta buenos resultados en la evolución y la respuesta al tratamiento (*Craven MA et al., 1995; Bellón JA, 1999*).

El conjunto de estos factores que generan un **aprendizaje social** en torno al proceso salud-enfermedad en cada individuo, se traduce en una actitud y un modelo de comportamiento hacia el autocuidado, y también como consecuencia, de utilización de los servicios sanitarios.

3.1.3. FACTORES FACILITADORES

Aun cuando los individuos pudieran estar predispuestos a utilizar los servicios de salud y, además, percibieran la necesidad de usarlos en un momento dado, podría ocurrir que estos servicios de salud no estuvieran disponibles o fuera difícil acceder a ellos. Andersen (*Andersen R y Newman JF, 1973*) define los factores facilitadores como "*aquellos que permiten a un individuo o familia satisfacer la necesidad de salud sentida por medio del uso de los servicios de salud*". Donabedian (*Donabedian A, 1984*) describe a la atención como accesible cuando es fácil que se inicie y mantenga. La accesibilidad depende de los proveedores, ya sean profesionales o instituciones, que la hacen más o menos fácil de alcanzar y usar; pero también depende de la habilidad de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales, culturales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención (*Bellón 1995*).

Según Penchansky (*Penchansky R y Thomas JW, 1981*) las áreas o dimensiones de la accesibilidad son:

- *La disponibilidad*: relación entre cantidad y tipo de los servicios existentes, el volumen de usuarios y el tipo de necesidad.
- *La accesibilidad física*: distancia entre el proveedor y el usuario.
- *La adecuación*: relación entre la manera o forma en la que los proveedores se organizan para ofrecer sus servicios y la habilidad del usuario para acomodarse a tales formas.
- *La accesibilidad económica*: relación entre el precio de los servicios que ofrecen los proveedores y los recursos y facilidad de pago de los usuarios.
- *La aceptabilidad*: relación entre las características de los proveedores (de edad, sexo, etnia, religión, etc.) y la actitud de los usuarios frente a las mismas, también llamada satisfacción.

La accesibilidad económica ya se comentó entre los factores predisponentes de la utilización, mientras que la adecuación y disponibilidad se abordará entre los factores de la organización. A continuación se expondrán las relaciones de la utilización con la accesibilidad física, la satisfacción o aceptabilidad y la percepción de barreras.

a) Accesibilidad física o espacial: En términos generales, existe una relación positiva entre proximidad al centro proveedor de servicios de salud y utilización (*Bashshur RL et al., 1981; Bellón 1995*); que se ha confirmado en zonas metropolitanas (*Bailey Wy Phillips DR, 1990*), rurales (*Annis S, 1981*) así como en las visitas domiciliarias (*Bellón JA, 1994a*). Sin embargo, en otros estudios esta relación no se ha demostrado (*Weiss JE y Greenlick MR, 1970; Aday LA, 1975; Berkanovic E et al., 1981; Tomas JW y PENCHANSKY R, 1984*); en estos casos se ha sugerido que los pacientes con enfermedades crónicas superarían las distancias por necesidad, mientras que los restantes sujetos se dejarían influir por la lejanía al Centro de Salud (*Grimsmo A y Siem H, 1984*). El mayor tamaño del municipio y el residir en población urbana incrementó la probabilidad de utilizar aún cuando se controló por el resto de variables (*Broyles RW et al., 1983; Andersen AS y Laake P, 1987*).

b) Satisfacción con el profesional médico y la organización: Se ha descrito una relación positiva entre la satisfacción y la utilización (*Roghamann KJ et al., 1979; Thomas T, 1989; Hjortdahl P y Laerum E, 1992*). Sin embargo, en otros estudios, aplicando modelos multivariantes, la satisfacción explicó poco o nada de la variabilidad de la utilización (*Thomas JW, 1984*). Parece ser que algunas dimensiones de la satisfacción serían más influyentes sobre la utilización que otras; éste sería el caso de las cualidades y la competencia profesional frente a la accesibilidad (*Delgado A, 1990*). Las principales causas de insatisfacción de los usuarios se deben a problemas de accesibilidad, cita previa y tiempo de espera (*Magro R, 1993*). El “escepticismo”, definido como la desconfianza en el sistema sanitario para cambiar el propio nivel de salud, es un factor relevante en la utilización de las consultas (*Fiscella K et al., 1998*). Estrechamente ligado a él se encuentra el amplio campo de creencias y expectativas del paciente respecto a su salud y a las posibilidades de resolver su problema (*Bellón JA, 2003*). En ocasiones, limitar el acceso a pruebas complementarias o derivaciones solicitadas por el paciente es fuente de insatisfacción y deseo de cambio de médico (*Kerr EA et al., 2000*)

Se han realizado pocos estudios sobre la correlación entre la satisfacción de médicos y pacientes con la visita; la mayoría coinciden en manifestar que los pacientes suelen expresar un mayor grado de satisfacción que los médicos sobre la misma consulta y parece una realidad que médicos y pacientes utilizan criterios diferentes para expresar su satisfacción; mientras estos últimos valoran prioritariamente la percepción de buena comunicación, de sentirse escuchado por el médico y la información recibida sobre su problema, los médicos valoran en mayor medida una buena educación del paciente, los pacientes con una buena salud mental y aquellos que demandan poca información sobre su enfermedad. Sin duda, para una buena calidad de la entrevista, médicos y

pacientes tienen el reto de hacer coincidir sus intereses y expectativas en la consulta (*Zanbelt LC et al., 2004*). Otros estudios, sin embargo, obtienen una aceptable correlación entre la satisfacción de los profesionales sanitarios y sus pacientes (*Kaldenberg DO y Regrut BA, 1999*).

c) Barreras: Rosentock (*Rosentock IM, 1966*) definió las barreras como "*el coste inherente a cualquier acción de salud*", de tal forma que las barreras estarían en relación con la disminución en la accesibilidad a los servicios de salud. En el modelo de creencias de salud (*Cummings KM et al., 1980*), se da un salto cualitativo importante, interpretando las barreras como un concepto subjetivo enraizado en las creencias del individuo y difícilmente predecible. Janz y Becker (*Janz NK y Becker MH, 1984*) describieron la percepción de barreras como aquellos aspectos potencialmente negativos de una acción de salud que actuarían como impedimentos. Los autores hablan de que el individuo, al ejercer una acción de salud (la utilización de los servicios de salud en nuestro caso), realizaría una especie de análisis coste-beneficio de tal acción.

Las barreras nacerían de la interfase paciente-proveedor y, se podrían considerar como tales las referidas al tiempo, la distancia, el coste, la organización, la discriminación de cualquier índole, las características socioculturales y económicas del paciente o el perfil familiar (*Melnyk KAM, 1988*).

Otro enfoque sobre el concepto de barrera se centraría en la relación que surge entre paciente y proveedor; aquí se situarían las barreras comunicacionales, como el uso de tecnicismos, dificultades para la escucha, el desarrollo de empatía o el mantenimiento de una distancia óptima, relaciones de dependencia, conflictos, etc. (*Quill TE, 1989; Williams S et al., 1998*). Bellón define lo que llama "percepción de barreras" por el usuario, que tiene más relación con las creencias que con situaciones objetivas. La cultura social de consumo y satisfacción inmediata de necesidades ha desarrollado nuevas barreras en la accesibilidad a los servicios sanitarios. La intolerancia al tiempo de espera se ha identificado como un regulador de la utilización o de nuevas vías de acceso a los servicios, especialmente entre la población joven (*Pedreira V et al., 2005*).

Como se puede comprobar, el término "barreras" podría presentar cierta confusión para la clasificación de los factores que influyen en la utilización. Esta dificultad se debe a que se pueden superponer factores del usuario con los del proveedor o la organización, o que algunas barreras podrían considerarse factores predisponentes o facilitadores.

3.2. FACTORES DEL PROVEEDOR MÉDICO

3.2.1. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA

El concepto de variabilidad de la práctica médica se refiere a las variaciones sistemáticas, no aleatorias, en la incidencia acumulada de un determinado procedimiento clínico, a un determinado nivel de agregación de la población (*McPerson K, 1995*). En un sentido más amplio consistiría en la diferente utilización de pruebas diagnósticas, tratamientos médicos o quirúrgicos, aplicación de medidas preventivas, etc., por diferentes profesionales en situaciones clínicas similares, desde una perspectiva individual (*Marión J et al., 1996*).

Es una realidad que los médicos actúan de forma diferente ante situaciones similares, rompiendo la creencia de que los profesionales aplican de forma común un tratamiento adecuado, científicamente acorde a la evidencia disponible, a cada problema de salud. La mayoría de estudios disponibles sobre la indicación de pruebas diagnósticas o tratamientos estándares quirúrgicos se han realizado en el ámbito hospitalario (*Peiró S y Meneus R, 1998*). En atención primaria los estudios son escasos, probablemente por la dificultad para homogeneizar criterios diagnósticos aplicados a la diversidad de demandas en la consulta (*Davis P et al, 2000*). En ambos casos, el estudio de las variaciones en la actuación médica resulta de gran interés para políticos y gestores, aunque preocupa en menor medida a los profesionales.

Los estudios se han realizado desde dos perspectivas: económica y clínica. Mientras los economistas hacen hincapié en la repercusión sobre el gasto de las decisiones clínicas, la investigación de servicios médicos destaca la ambigüedad clínica como factor en las decisiones del profesional. Ambas convergen en la hipótesis de atribución al contexto de la consulta y el estilo de la práctica médica.

Algunos de los aspectos que han mostrado mayor interés en la investigación sobre variabilidad en la práctica en atención primaria han sido: El perfil de prescripción y gasto farmacéutico (*Catalán F et al., 1989; García-Sempere A y Peiró S; López de Castro F et al., 2003*); la utilización de medidas preventivas (*Schwarz H et al., 2004*); el tratamiento de enfermedades crónicas (*Barrett-Connor E, 1997*) o en salud mental (*Vega AT et al., 1999*).

Puede decirse que la variabilidad se manifiesta en prácticamente todos los aspectos de la asistencia sanitaria. Las diferencias encontradas entre procedimientos diagnósticos y terapéuticos son más amplias cuando existe menos evidencia respecto a los beneficios de las diferentes alternativas (*Marión J et al., 1996*) ; la incertidumbre se transforma en variabilidad en la toma de decisiones (*Wennberg JE et al, 1982*), y si la percepción de las consecuencias es variable, la probabilidad de una decisión incorrecta aumenta. El uso no apropiado de procedimientos o intervenciones puede instalarse en el sistema y convivir permanentemente con la consecuente pérdida de eficacia y/o confianza. Frente a esto, el médico debe enfrentarse en su trabajo cotidiano con variables muy alejadas de la propia biología y que introducen componente clave en las decisiones (*Gómez de la Cámara A, 2003*). Ante esta situación de variabilidad e inestabilidad sí que es posible oponer una estrategia de reducción de la incertidumbre y un mayor control de los mecanismos de toma de decisiones por parte del médico, en concreto la utilización óptima de información científica contrastada y fiable sería la clave de un aumento en la eficacia de práctica clínica y de la atención sanitaria en general (*Sakett D et al., 1996*). Aun así, y desde una perspectiva de atención centrada en el paciente, necesidad y demanda son expresiones individuales de la enfermedad y la vivencia del malestar en cada paciente, que pueden necesitar respuestas personalizadas, y que no deben olvidarse cuando hablamos de variabilidad (*Stuart M, 2001*)

Davis realizó un estudio para identificar los factores que influyen en la toma de decisiones del médico. Un análisis multinivel demostró que el nivel de incertidumbre diagnóstica y la deficiente formación científica del médico parecen ser los factores más relevantes en la decisión médica (*Davis P et al., 2000*).

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto factores relacionados tanto con la *demanda* (morbilidad, estructura demográfica de la población, accesibilidad, características sociales, económicas o educativas), como con la *oferta* (organización del sistema sanitario, incentivos, especialización, formación y estilo de práctica clínica del profesional). Peiró (*Peiró S y Meneu R, 1998*) sintetiza en tres las teorías explicativas sobre las variaciones en la práctica médica: a) Hipótesis sobre los estilos de comportamiento del paciente como consumidor de servicios sanitarios; b) Hipótesis de los médicos entusiastas de un procedimiento con escasa capacidad para incorporar otros nuevos, y c) hipótesis de la incertidumbre asociada a la escasez de acuerdos basados en la evidencia y la formación deficiente del médico.

La hipótesis más generalizada sobre la variabilidad entre las decisiones médicas son los estilos de práctica profesional. Grytten (*Grytten J y Sorensen R, 2003*) pudo comprobar, en los médicos noruegos, que las variaciones en procesos diagnósticos y terapéuticos entre médicos se mantenían aunque los profesionales cambiaran de entorno y de población, deduciendo que las causas estarían en el aspectos profundamente enraizados en el médico que define su estilo de práctica clínica. Eisenberg (*Eisenberg JM, 2002*) afirma que la variabilidad en la práctica en los médicos está motivada por el estilo de medicina que ellos desean practicar y el estilo de vida que buscan fuera de la medicina, como resultado de sus actitudes, valores, gustos y hábitos.

La variabilidad de práctica parece ser origen y consecuencia de las desigualdades en la atención sanitaria a la población. Las diferencias socioeconómicas y no la carga de enfermedad o el criterio de necesidad, han mostrado ser el origen de las diferencias en la aplicación de ciertas tecnologías médicas entre Comunidades Autónomas (*Fitch-Warner K et al., 2006*).

La variabilidad de la práctica médica es un marcador de los patrones de utilización de las consultas (*Prados A, 1996; Peiró S y Meneu R, 1998*). Las decisiones del médico tienen una consecuencia directa sobre el número de visitas que realizará el paciente a la consulta por su proceso, en parte por inducir visitas (resultado de pruebas, revisiones, etc) si estas no eran necesarias, y en parte por provocar nuevas demandas si su decisión no ha sido la correcta.

La demostración de que existe variabilidad en la utilización de las consultas entre los médicos nos permite plantear la hipótesis de que las características del profesional influyen en la utilización y justificar la necesidad de su estudio. La pregunta sería ¿como puede influir el proveedor sobre la utilización?. Partiendo de los conocimientos disponibles encontramos dos mecanismos: de forma voluntaria (demanda inducida) o de forma involuntaria (características intrínsecas o extrínsecas del profesional).

3.2.2. DEMANDA INDUCIDA POR EL PROFESIONAL MÉDICO

La demanda inducida (*supplier-demand*) es un concepto desarrollado por la economía de la salud en el análisis del mercado sanitario. La demanda sanitaria parte de la llamada *relación de agencia* entre consumidor y proveedor médico, como respuesta a la asimetría de información entre ambos (*Ortún V, 1991; McPake Bet al., 2002*). El consumidor delega en el médico la toma de decisiones. Cuando

el médico realiza ésta teniendo en cuenta las variables que afectan al paciente (morbilidad, pronóstico, situación familiar, estado emocional, alternativas de tratamiento..etc) la *relación de agencia es completa*. Si el médico, de forma consciente (aumentar sus ingresos, finalizar a una hora la consulta, completar un protocolo, etc.) o inconsciente (consideraciones derivadas de su cultura, clase, género, etc.) incorpora variables que le son relevantes a él, pero no al paciente, la relación será de *agencia imperfecta*. Esta última desemboca en la demanda inducida por el proveedor sólo en el caso de que exista una “motivación” expresa del profesional en defensa de sus intereses, de forma que un consejo inapropiado por una información imperfecta no puede considerarse inducción de demanda, aunque tenga como consecuencia un incremento de visitas (*McPake B et al., 2002*) . La relación de agencia está sostenida por una autorregulación profesional basada en unos principios generalmente aceptados (ética médica), que asegura una actuación exclusivamente centrada en el interés del paciente. La empresa sanitaria no puede oponerse a estas consideraciones éticas y evita dictar al médico lo que debe hacer ante un diagnóstico o un tratamiento. Los profesionales sanitarios tienen un gran poder para autorregularse.

La demanda inducida correspondería a “aquella parte de demanda iniciada por el médico (en su función de agente) que está por encima de lo que el paciente hubiera estado dispuesto a pagar, en el supuesto de que éste tuviera la misma información que el médico” (*Ortún V, 1991*), y supera con frecuencia el 50% de toda la demanda que recibe (*Hurley J et al., 1996*).

La demanda inducida tiene importantes implicaciones sanitarias, económicas y políticas; por esta razón es un concepto manejado en todos los ámbitos de la gestión sanitaria. El número de visitas óptimas para el seguimiento de una enfermedad crónica, para la prevención primaria y secundaria de determinados procesos están permanentemente en discusión, por las repercusiones en la presión asistencial y la frecuentación. La respuesta inmediata del sector económico es su regulación indirecta mediante el control de la oferta de servicios; sin embargo, desde la perspectiva de la gestión interna del médico en su consulta (microgestión), esta visión no responde a la complejidad de la variabilidad de la demanda encontrada entre los profesionales de un mismo centro de salud con similares carteras de servicios.

En USA se ha indicado que el 39% de las visitas ambulatorias fueron iniciadas por el médico, y se calcula que más del 70% de los gastos en los cuidados de salud fueron también inducidos por él (*Bonal P, 1991*). En relación al gasto total generado por el consumo de servicios secundarios, como la prescripción de medicamentos o pruebas diagnósticas, los autores coinciden en que el 90% es generado, o en su caso inducido, por el médico, y se correlaciona positivamente con el total de visitas (*Wilensky R y Tossiter F, 1983; McPake B et al., 2002*). La demanda inducida por el proveedor en atención primaria puede alcanzar un volumen de visitas cercano o superior al 50% de todas las que recibe un médico al año (*Hakkinen U, 1991; Martín E et al., 1991; Wayland MT et al., 1988; Njalsson T y Mc Auley RG, 1992*).

La demanda inducida se ha relacionado con diferentes modelos de contrato al médico: contrato asalariado, pago por servicio, o mixto, con salario básico más el incentivo por servicio. En EEUU, donde la mayoría de facultativos perciben pago por servicio, se ha identificado una relación de agencia imperfecta del médico, incrementando artificiosamente el número de visitas hasta obtener un nivel “óptimo” de renta; sin embargo, a partir de ese nivel no hay inducción de la demanda, posiblemente porque intervenga el bienestar del médico para evitar una sobrecarga de trabajo, a costa de aumentar el coste generado en cada visita por incremento de pruebas y tratamientos (*Wilensky R y Rossiter F, 1983*).

Otra línea de investigación explora el efecto del número de médicos por población sobre la demanda inducida (*Gritten J Sorensen RJ, 2001; Sorensen RJ y Grytten J, 1999; Carlsen F y Grytten J, 1998*). La mayoría de autores coinciden en que ésta se incrementaba proporcionalmente al aumento de la ratio médicos/habitantes (*Tussing AD, 1983; Birch S, 1988; Sorensen RG y Grytten J, 1999*); incremento acompañado de un aumento del nivel de satisfacción de la población (*Carlsen F y Grytten J, 1998*). Algunos autores discrepan en el modelo de análisis, al considerar que una mayor competencia entre profesionales producirá un incremento de la elasticidad y posiblemente un menor poder de mercado, que a su vez se traducirá en un menor poder de inducción (*Stano M, 1987; Grytten J, 1995*).

Sin embargo, los resultados no son totalmente coincidentes. Roberts (*Roberts JA, 1993*) analiza la demanda en países como el Reino Unido, donde el pago fijo asalariado al médico limita la posibilidad de demanda inducida, al ser una condición necesaria para definirla como tal, el

beneficio económico secundario del facultativo por visita. Pero esta visión reduccionista no es compartida por la mayoría de los autores.

Otro debate en torno a la demanda inducida se centra en la siguiente cuestión: ¿En realidad los proveedores pueden influir definitivamente en la cantidad de recursos (visitas) que adquieren los pacientes?, ¿qué impide a médicos y pacientes incrementar el número de visitas hasta el infinito? Una explicación propone que la función de utilidad del médico incorpora el beneficio del paciente y la satisfacción que él recibe, así como los principios éticos que actúan como mecanismo autorregulador (*Grytten J et al., 1995*).

Welinsky sugiere que la restricción vendrá dada también por un cierto nivel mínimo de salud de los pacientes junto al aumento de información sobre la oferta, que permite cierta libertad de decisión sobre responder o no a la inducción del médico (*Welinsky R y Rossiter F, 1983; De Jaegher K y Jegers M, 2001*).

En resumen, prevalecen dos modelos teóricos entre los economistas de la salud para interpretar la demanda inducida por el proveedor. La teoría neoclásica utiliza criterios estrictamente económicos, centrados en factores de mercado a partir de la oferta y la demanda, donde el producto es el volumen de servicios suministrados y los indicadores de salud resultan irrelevantes (*Pauly MV, 1994*). Las modernas teorías incorporan como productos de mercado criterios clínicos, de salud pública y beneficios indirectos, en términos de satisfacción o bienestar psicológico de la población, que hacen más complejo el análisis por la dificultad de medir resultados en salud, a la vez que permiten incorporar aspectos de la competencia y ética profesional (*Jaegher K y Jegers M, 2000*). Domenighetti destaca, entre los factores reguladores de la demanda inducida, la condición de salud del paciente, el sistema de pago al médico, la densidad de médicos por habitante, el perfil de práctica profesional, la estructura legal vigente en la profesión médica y, por último, el nivel de información del paciente (*Domenighetti G y Casablanca A, 1995*).

En entornos no economicistas la definición más extendida se refiere a la demanda que el paciente no hubiese realizado por iniciativa propia, sino por decisión del profesional (*Antoñanzas F, 1988*). Bellón la define como aquella demanda que el profesional genera sin que de ella se pueda deducir una mejora en la salud de los pacientes. Así por ejemplo, ante un mismo paciente con una neumonía finalmente resuelta felizmente, si éste interactuara con distintos profesionales, la variabilidad en el

número de vistas requeridas por cada uno de ellos sería bastante amplia (*Wayland MT et al., 1988; Armstrong D et al., 1990*). Por tanto, el profesional que induce menos demanda sería aquél que, para mantener un determinado nivel de salud en su población asignada, empleara menos visitas. La demanda inducida por el proveedor depende de muchos factores: la formación y competencia profesional, la interacción con el paciente, los rasgos de personalidad del profesional, sus intereses económicos, gustos, o su tolerancia a la incertidumbre, entre otros (*Bellón JA, 2002*). En ocasiones los médicos, en su función de agencia, no confían plenamente en sus propios conocimientos y decisiones, y si ellos (o sus familiares) fueran sus propios pacientes, generarían todavía más demanda (*Wilensky R y Rossiter F, 1983*), ya que intentarían aumentar la calidad del servicio o minimizar el riesgo de equivocación.

Según Eisenberg, las motivaciones o factores que influirían sobre la demanda inducida por el médico serían las siguientes (*Eisenberg JM, 1985*):

- Los *intereses personales* del propio médico:
 - Deseo de ingresos económicos (especialmente vigente en la medicina privada y en los sistemas que se paga por acto médico).
 - Deseo de un estilo de práctica (en función de valores, actitudes y gustos).
 - Características del propio médico (sexo, edad, experiencia, formación).
 - Características del centro de trabajo (desde el punto de vista de las limitaciones y óptimos asumidos por el grupo de trabajo).
 - Estándares establecidos por los líderes clínicos.

- La *representación de los intereses del paciente* por parte del médico:
 - De los factores clínicos.
 - De la demanda del paciente.
 - De los intereses económicos, del bienestar y la conveniencia del paciente.
 - De la medicina defensiva.
 - De las características del paciente.

- El factor del médico como *garante del bienestar social* (por ejemplo, en un intento de contener el gasto sanitario por motivos sociales).

La demanda inducida por el médico es posible por la asimetría de información médico-paciente y por la relación de agencia entre ambos. Según Eisenberg (*Eisenberg JM, 1985*), el 90% de la demanda inducida por el médico se hace en representación de los intereses del paciente, y dentro de este interés sobresalen los factores clínicos. En otros estudios, los factores clínicos fueron más determinantes de la demanda inducida en los pacientes varones, mientras que el nivel educativo lo fue en las pacientes mujeres; es decir, a mayor nivel educativo mayor demanda inducida (*Fylkesnes K et al., 1992*). En el estudio de Armstrong D (*Armstrong D et al., 1990*), la opinión del médico y la del paciente sobre la necesidad de "revisitar" al médico es poco concordante, por lo que es posible que las preferencias del paciente jueguen un pequeño rol (*Wennberg JE et al., 1982*).

Bellón, en una publicación reciente, ha propuesto una aplicación de la teoría económica de la demanda inducida a la práctica clínica que resultará del máximo interés para profesionales y gestores frente a este complejo tema (*Bellón JA, 2006*). Algunos de los conceptos desarrollados en ese trabajo nos resultarán útiles para comprender el efecto de la demanda inducida sobre la utilización de los servicios. Bellón denomina "cuidados de salud efectivos" a aquellos que producen una mejora en la salud del paciente, Demanda Inducida Clínica de Baja Efectividad (DICBE) a las visitas por motivos clínicos que no producen mejoras en la salud del paciente y Demanda Inducida Administrativa de Baja Efectividad (DIABE) a las visitas de contenido administrativo, que no derivan de decisiones clínicas y que puede estar generada, en parte, por un sistema inadecuado de recetas o partes de incapacidad o por una gestión inadecuada de su elaboración o entrega.

3.2.3. FACTORES INTRÍNSECOS DEL PROFESIONAL

Según la teoría económica del agente principal, es el médico (agente) quien determina la frecuencia de la utilización, una vez que el paciente (principal) ha realizado el primer contacto. En este caso, los modelos econométricos se denominan de "dos partes". Esta interpretación exigiría la utilización de modelos multinivel, que hasta ahora no han sido aplicados por los investigadores de la utilización de servicios (*Saez M, 2003*). Las características del proveedor explican entre un 45 y un 55% de la variabilidad de la presión asistencial (*Gonzalvez MJ et al., 2000*).

Algunos autores (*Eisenberg JM, 1985*) consideran que las características del médico que han demostrado su influencia sobre la utilización son la edad, el sexo, la experiencia y la formación. No obstante, cuando se controla por morbilidad-severidad ("*Case-mix*") sólo la formación permanece

como variable significativamente asociada. Otros autores comprobaron que, en los servicios de atención primaria de Estados Unidos, los internistas generalistas solicitaron más pruebas complementarias que los médicos de familia (*Eisenberg JM y Nickil D, 1981; Wayland MT et al., 1988*).

a) El **género** del médico marca diferencias en los perfiles de práctica profesional; sin embargo, de cara a la utilización de sus pacientes no existen diferencias significativas con los médicos varones (*Bellón JA, 1997*), aunque sí influiría sobre otros aspectos de la atención prestada que podrían, a su vez, afectar las tasas de utilización. Así, parece que los pacientes están más satisfechos con las médicas en las consultas de atención primaria (*Delgado A et al., 1993*). Además, parece que las médicas realizan más actividades preventivas y están más sensibilizadas con los problemas psicosociales de sus pacientes (*Henderson JT y Weisman CS, 2001; Riddle S, 2001*), lo que se ha comprobado sobre médicos especialistas hospitalarios y médicos de atención primaria (*Maheux B et al., 1989; Maheux B et al., 1990*).

b) Con respecto a la **edad**, los profesionales más jóvenes y los médicos residentes suelen pedir más pruebas complementarias y tienen más demandas de sus pacientes que los médicos de más edad y con más experiencia. Esto puede ser debido a un mayor nivel de incertidumbre y una menor capacidad resolutoria, que provoca a su vez un mayor número de visitas del paciente para lograr el abordaje adecuado o la resolución del problema (*Bellón JA, 2003*)

Algunos autores encontraron que hasta un 42% de la variabilidad de los factores atribuidos al profesional se referían a la edad (*Bolaños MV et al., 2002*). Sin embargo, cuando se controla por todas las características del profesional, es la formación el factor que se mantiene como el más determinante de la utilización de las consultas de atención primaria (*Eisenberg JM, 1985*). En conjunto, la edad del médico explicaría el 3-4% de la variabilidad sobre la petición de analítica y radiología (*Eisenber JM y Nicklin D, 1981*).

Los resultados obtenidos por los diferentes autores solo muestran, en principio, que un mayor consumo de recursos sanitarios en forma de pruebas complementarias solicitadas por el médico, podría estar correlacionado con un mayor número de visitas inducidas por el profesional. Sin embargo, en función de la capacidad resolutoria de los distintos profesionales, las pruebas solicitadas podrían implicar un aumento o una disminución de la utilización. Todo el proceso de decisión médica, especialmente en

atención primaria, se mueve en un amplio nivel de incertidumbre. El pedir más o menos pruebas complementarias puede ser una forma de reducir la incertidumbre clínica y, por tanto, debería facilitar la toma de decisiones. No obstante, algunos médicos podrían tener un exceso de peticiones que no se correspondiese con un aumento de la capacidad resolutive y, en consecuencia, de la calidad prestada; dicho de otra forma, se podrían emplear las pruebas complementarias como una estrategia para rellenar la falta de capacidad resolutive. Esto es particularmente cierto en los pacientes con una problemática de predominio psicosocial y una expresión clínica decididamente psicosomática, en la que los análisis, las radiografías o la derivación a múltiples especialistas sólo redundaría en un empeoramiento de su cuadro clínico (*Salmon P et al., 2004*).

c) Con respecto a la **formación del médico** y su especialización, en la atención primaria de nuestro país coexisten profesionales con distintas especialidades y grados de formación. En un estudio realizado sobre 78 médicos generales y 153 médicos especialistas vía MIR (el 90% especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria) que trabajaban en Centros de Salud de las 8 provincias andaluzas, se encontró que, a igualdad de número de cartillas, los médicos generales tenían un mayor número de pacientes al día, empleaban menos tiempo por paciente y menos tiempo de consulta programada que los médicos MIR (*Delgado A, 1994*).

En Estados Unidos, Kronenfeld (*Kronenfeld JJ, 1980*) también encontró mayores tasas de utilización cuando el paciente estaba afiliado con un internista generalista o con un no especialista en atención primaria, mientras que si el médico adscrito era médico de familia, la tasa de utilización fue significativamente menor.

Es abundante la literatura que demuestra que la formación mejora la práctica profesional (*Horder J et al., 1986; Jennett PA et al., 1988*); no obstante, no se conoce con exactitud cómo puede influir sobre la utilización. En cualquier caso, para que la formación descendiera la utilización, debería aumentar la capacidad resolutive de los profesionales y, por tanto, los pacientes tendrían menos razones para acudir a sus médicos ("estarían o se sentirían más sanos"). Además, tal como se comentó, los médicos más resolutivos resolverían los problemas de sus pacientes en menos tiempo, con un menor consumo de pruebas complementarias y derivaciones, y un menor número de visitas (*Wayland MT, 1988*). Pero lo que sí se ha comprobado es que al aumentar la edad del profesional, sobre todo a partir de los 40 años, se dificulta el efecto positivo que la formación ejerce sobre los cambios de conducta profesionales (*Ashbaug DG y Mckean RS, 1976*).

En relación a la prescripción farmacéutica, un amplio estudio realizado en Canadá (*Tamblyn R et al., 2003*) demostró que los médicos varones, graduados recientemente y con menos años de experiencia, prescribieron una mayor cantidad de nuevos fármacos, que se caracterizan por ser más caros y, en ocasiones, con valor intrínseco igual o menor a otros medicamentos en uso. Esta cuestión estaría asociada a una menor capacidad resolutive del médico en el tratamiento de los problemas de salud

Directamente relacionada con la formación del profesional, los médicos con mayor capacidad resolutive, al pedir pruebas complementarias, deberían reflejar a la larga una menor utilización. En este sentido, Wayland (*Wayland MT et al., 1988*), igualando las capacidades resolutive de ambos tipos de especialistas (resolución del mismo problema físico), observó que el internista resolvió el problema con mayores costes debidos a la mayor utilización de pruebas complementarias respecto al médico de familia.

d) La *investigación* es una característica relacionada en la literatura con un perfil de médico más joven, con formación especializada, que también apuesta por la formación continuada y que tiene menor presión asistencial. Es posible que disponga de mejores instrumentos para gestionar la demanda, utilice una mayor evidencia en sus decisiones y, en definitiva, tenga una mayor capacidad resolutive, que tendrá como resultado una menor frecuentación y presión asistencial (*Casajuana y Bellon JA, 2003*). Sin embargo, la investigación en atención primaria es escasa; aunque en los últimos años se observa una tendencia creciente pero sostenida, los profesionales aluden falta de tiempo, exceso de carga laboral y escasez de recursos de apoyo (*Palomo L, 2002*). En la práctica, solo el 0,4% de los proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria proviene de centros de atención primaria (*Camí J et al., 2002*). Esta tendencia se observa también en el resto de los países europeos (*Stange KC, 1996; Jowett SM et al., 2000; Askew D et al., 2002*, donde los médicos de atención primaria se encuentran cada día con más carga de trabajo en la consulta y menos tiempo para realizar otras actividades.

3.2.4. FACTORES EXTRINSECOS DEL ENTORNO DEL PROVEEDOR

a) El *tiempo dedicado a la visita* es hoy uno de los grandes debates y reivindicaciones de los médicos de atención primaria. Sometidos a una elevada presión asistencial, los médicos se sienten con graves dificultades para mantener los niveles de calidad en la atención a sus pacientes, desencadenando un proceso de desencanto y frustración que analizaremos más adelante. A esto se suma una discrepancia

entre las prioridades y objetivos asistenciales marcados por gestores y profesionales. Es una reivindicación de los profesionales y colectivos la necesidad de invertir recursos para ampliar el tiempo medio destinado a cada paciente (*Grupo de consenso de Atención Primaria y plataforma 10 minutos, 2000*). Pero es necesario el debate profundo en torno a la calidad y no tanto en la cantidad de tiempo, así como sobre las condiciones para lograr una mejor gestión del tiempo dedicado a la consulta del médico de familia (*Casajuana J, 2004*).

Cuando los médicos dedican menos tiempo de consulta a sus pacientes, éstos tienen que volver a visitarlos con mayor asiduidad (*Hughes D, 1983*). Ello sugiere que la práctica profesional podría influir sobre la utilización a través de la calidad de la asistencia prestada, y en último término, de la capacidad de resolver problemas de salud de forma eficiente.

b) La *medicina defensiva* también forma parte de este grupo de factores, estrechamente relacionada con la demanda inducida y con el perfil de práctica profesional. A veces los médicos tienen dificultades para cubrir un incremento continuo de las exigencias y expectativas de los pacientes, y esto conduce a un aumento de denuncias y reclamaciones en los servicios, que los médicos contrarrestan aumentando el volumen visitas, exámenes y pruebas complementarias innecesarias (*Eisenberg JM, 2002*).

c) La utilización de los servicios de atención primaria se ve influenciada directa e indirectamente por el *perfil de prescripción farmacéutica*, que a su vez es un indicador indirecto de la formación del médico, de la calidad de la atención que presta, y depende de su grado de influencia por parte de la industria farmacéutica (*Casajuana J y Bellon JA, 2003*).

Los factores que influyen en la prescripción del médico son múltiples y relacionados entre sí. Un informe realizado en España por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en 1998 (*Cabedo V et al., 1997*) agrupa los factores según dependan del médico, de la población, o de la organización sanitaria.

- Entre los factores intrínsecos del *médico* se encuentran la ética profesional, la formación o la situación laboral.

- Entre los factores que dependen de la *población* destacan la estructura de edad, la accesibilidad, la morbilidad (especialmente la pluripatología), valores culturales de la población, la cultura social consumista o la influencia de los medios de comunicación.
- Entre los factores del modelo sanitario se encuentran en primer lugar la *oferta de medicamentos*. En España, por ejemplo, el número de especialidades farmacéuticas comercializadas es tres veces superior que en los países nórdicos. Este aspecto incrementa la variabilidad en la prescripción, induce confusión en médicos y pacientes y aumenta el número de visitas al médico. El modelo de financiación completa de los medicamentos para los pensionistas tiene una doble lectura: por un lado mejora la accesibilidad económica y por otro favorece y facilita el consumo excesivo e inadecuado y, como consecuencia, una presión mayor de la industria farmacéutica sobre el médico.

En relación con la prescripción de fármacos de introducción reciente en el mercado, un estudio realizado en España muestra que un 33% de los médicos se clasifica como “innovador” siendo su perfil el de un médico varón de más de 45 años, sin formación MIR, sin plaza fija, sin dedicación exclusiva y alto gasto en farmacia (*García MA, 2000*). Este perfil coincide con el descrito por Tamblyn en Canadá (*Tamblyn R et al., 2003*). En la misma línea, Jones encuentra que los médicos de atención primaria británicos son más innovadores que sus colegas de atención especializada, quienes utilizan más evidencia científica en sus decisiones (*Jones MI et al., 2001*). Esta afirmación no ha sido contratada en España, pero es posible que coincida también con el perfil de los profesionales de nuestro país.

Los médicos no son ajenos a la presión que ejerce la industria farmacéutica sobre la prescripción que realizan. La legislación varía en los diferentes países de nuestro entorno, pero es una realidad que la influencia es importante. Un estudio realizado en Aragón mostró que el grupo de médicos que recibe más visitas, más objetos para la práctica médica, más ayuda para congresos, regalos para beneficio propio y material didáctico, se relaciona con el grupo de médicos que tiene tendencia a participar más en todas las ofertas presentadas por la industria; destacando además la escasa coincidencia entre las actitudes expresadas y la conducta real en la práctica (*Galán S et al., 2004*). Existe una preocupación internacional por las implicaciones de esta relación en la bioética del comportamiento médico. Tras evaluar los efectos sobre la calidad de la práctica clínica, Coyle coincide en afirmar la importancia de regular esta relación (*Coyle SL(a,b), 2002*).

d) Se han estudiado los *niveles de calidad del trabajo* de los especialistas y no especialistas en la atención primaria, comprobándose que los primeros desempeñan su actividad profesional con mayor calidad (Palmer RH y Reilly MC, 1979). En España, algunos indicadores de calidad superiores en los especialistas de atención primaria fueron una menor prescripción de fármacos de valor intrínseco no elevado, un mayor tiempo por paciente, menor número de demandas burocráticas en la consulta, mayor actividad preventiva y mayor satisfacción del usuario (López MA et al 1989; Link RN y Zabar SR, 1991; Delgado A, 1994-b; Delgado A, 1994). De todas formas, es necesario insistir que no se conoce con precisión cómo las diferentes prácticas profesionales de especialistas y no especialistas de atención primaria podrían afectar a la utilización, aunque existe una correlación inversa entre la presión asistencial en la consulta (número de pacientes al día que atiende el médico) y los niveles de calidad asistencial (Delgado A, 1994 (b)).

3.2.5. CONJUNCIÓN DE LOS FACORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS

En este apartado incluimos aquellos factores que se asocian mas fuertemente con la variabilidad en la utilización que depende del proveedor.

a) *Satisfacción Laboral, Estrés Profesional y Síndrome de Burnout*

En los años 70-80 se realizan los primeros estudios que relacionan el *estrés en el trabajo, la insatisfacción, el desgaste profesional y el síndrome de burnout* con la calidad del trabajo realizado por el médico, prescripción y derivaciones, tiempo destinado a las visitas y utilización de las consultas (Mechanic D, 1970; Melville A, 1980; Maslach C y Jackson S, 1981; Lichestein R, 1984, Grol P, 1985; Cooper C, 1989). Los estudios han ido avanzando en el conocimiento del problema, de los factores asociados y de las consecuencias para la práctica profesional y la relación médico-paciente (Howie JGR et al, 1992; Neil S et al., 1993). Algunos autores han encontrado una fuerte asociación entre el grado de satisfacción laboral, la salud general y la productividad de los médicos (Faragher EB et al., 2005). En las últimas décadas se ha identificado como una de las cuestiones que más preocupan a profesionales y gestores (Mira JJ et al., 1994.;Kassirer JP, 1998; Edwards N et al., 2002; Sobrequés J et al., 2003).

La *insatisfacción laboral* es un fenómeno mundial, los factores que determinan esta situación se repiten en países con modelos de sistemas sanitarios muy diferentes. Los factores más ampliamente relacionados son la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo, unidos a la responsabilidad creciente, los cambios de expectativas y de los términos contractuales entre médicos y pacientes y la burocratización de la asistencia (*Smith R, 2001; Ferriman A, 2001*). Relacionada directamente con los anteriores se encuentra la pérdida progresiva de autonomía, así como la reducción mantenida de ingresos respecto al crecimiento de la economía, con la consecuente reducción del poder adquisitivo (*Hadley J y Mitchell JM, 2002*). El exceso de demanda la escasez de tiempo disponible para dedicar al paciente y el salario reducido son causas obvias de infelicidad. Sin embargo, la evidencia de sistemas con salarios mucho más elevados y tiempos más largos de consulta, sugieren que éstos no son suficientes para asegurar un buen nivel de satisfacción. Smith realizó una encuesta internacional desde la editorial de la revista BMJ sobre las razones que los médicos destacaban en su insatisfacción con el trabajo, obteniendo información de 90 países que aporta una mejor comprensión de este fenómeno. Una explicación sugerida por los autores apunta a una transformación de los modelos implícitos de relación entre los médicos, sus pacientes y los patronos; en muchas ocasiones se generan expectativas poco realistas sobre la capacidad de la medicina para solucionar situaciones de malestar y enfermedades de la vida moderna. Smith llamó a esta situación “contrato falso entre médico y paciente”. A esto se unirían los cambios gubernamentales y los cambios sociales. Hay una disonancia entre lo que el médico esperaba de su trabajo y lo que encuentra que está siendo en la realidad. A esto se une la necesidad de control, que obliga a los profesionales a tener que asumir numerosas tareas de gestión y burocráticas, para las cuales no estaban preparados y que no correspondían a su perfil de formación profesional (*Smith R, 2002*).

Los autores coinciden en la complejidad que subyace en la génesis multidimensional de la satisfacción. Factores relacionados con la práctica de la medicina, con el paciente, con las características personales y profesionales del médico y, por último, los que dependen del contexto organizacional y social, ayudan a mejorar su comprensión (*Edwards N et al., 2002*).

Por otra parte, existe una estrecha relación entre la satisfacción laboral y la satisfacción general con la vida, el estrés laboral, la salud mental y el desempeño profesional. Según Mira, las principales fuentes de satisfacción laboral son, por orden de importancia: buena relación social en el trabajo, satisfacción laboral intrínseca, distensión en el trabajo, variedad en el trabajo, independencia y autonomía para organizar el propio trabajo. Y las principales fuentes de estrés serían: la interferencia del trabajo en la

vida privada, las urgencias o emergencias aparecidas en el trabajo, las demandas administrativas o burocráticas y las dificultades en la comunicación con pacientes y familiares (*Mira JJ, 1994*).

En España se han realizado estudios de satisfacción en los profesionales de atención primaria de Valencia (*Mira JJ et al., 1999*), Asturias (*Olivar C et al., 1999; Alonso M et al., 2002*), Albacete (*Acámer F et al., 1997*), Madrid (*Espejo F et al., 1991; Cruz E et al., 1999; Sánchez R et al., 2003*), Andalucía (*Lomeña JA et al., 2004*) y Barcelona (*Clúa JL y Aguilar C, 1998; Sobrequés J et al., 2003*). Los datos son coincidentes en los niveles medio-bajos encontrados en las dimensiones de satisfacción, y su relación con variables del profesional.

En términos generales, la percepción del mayor o menor grado de satisfacción de los trabajadores con el trabajo que realizan es una variable diferente a la del clima organizacional, y está claramente influenciada por éste (*Peiró JM, 1992*).

La satisfacción en el trabajo se ha relacionado fuertemente con los niveles de salud del médico; un reciente meta-análisis demostró una fuerte asociación de los niveles de salud física y psicológica con el síndrome de *burnout* (*Faragher EB et al., 2005*).

El **Síndrome de *Burnout*** fue descrito por primera vez por Hebert Freudenberg, psiquiatra de Nueva York, que observó cómo algunos profesionales, al poco tiempo de empezar a trabajar, sufrían cansancio y desmotivación por el trabajo, junto a una serie de síntomas como ansiedad y depresión, al tiempo que cambiaban su forma de relacionarse con pacientes y compañeros hacia actitudes de menor capacidad de comprensión, flexibilidad o incluso agresividad. Existiría una descompensación, mantenida en el tiempo, entre las exigencias laborales y las propias capacidades, provocando un sobre-esfuerzo crónico que llevaría al desgaste y al agotamiento psicológico (*Freudenberg, 1974*).

La definición propuesta por Malash y Jackson en 1986, actualmente la más utilizada, define al *burnout* como un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Incluye por tanto tres dimensiones: *Cansancio emocional*, caracterizado por agotamiento y pérdida de recursos personales de adaptación desde el punto de vista emocional; *Despersonalización*, que se manifiesta en actitudes negativas, de insensibilidad o deshumanizadas hacia las personas en el ejercicio de su

profesión, y *Desrealización* o sentimiento de fracaso profesional, con tendencia a valorar negativamente el trabajo realizado y a la baja autoestima. Un exceso del nivel de autoexigencia, a veces impuesta por presión externa o por decisión propia, dificulta su satisfacción y como resultado provoca un sentimiento de fracaso profesional y personal.

En 1984, Brill propuso una definición más precisa: “Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación directa con las expectativas previas” (*Brill PL, 1984*). Para Brill, el *burnout* puede tener su origen en cualquier trabajo y tiene más que ver con las propias capacidades internas del individuo.

El profesional afectado por el Síndrome de Burnout puede identificar los primeros síntomas como emocionales (activación excesiva), como somáticos (cefaleas, mareos, palpitaciones o cansancio) o conductuales en el desarrollo de su trabajo (olvidos, impaciencia, cinismo, actitud hipercrítica hacia los demás o intolerancia) (*Mingote JC, 1998*).

En España se han realizado numerosos estudios para identificar el Burnout entre los profesionales sanitarios médicos de hospitales (*Vega E, 1995*), de atención Primaria, (*Caballero MA et al., 2001; de Pablo R et al., 1998*), de oncología (*Sanz J, 1991*), profesionales de la salud mental (*Alvarez E y Fernandez L, 1991(a)*) y profesionales de enfermería (*Mingote JC, 1998*).

En relación a las variables sociodemográficas, se ha detectado una mayor vulnerabilidad en los hombres respecto a las mujeres, probablemente debido a unas mayores o más concentradas expectativas profesionales en el trabajo. Los profesionales con una vida familiar gratificante tienen menor riesgo de sufrir Burnout. Los estudios, sin embargo, no coinciden en la edad de mayor riesgo; para algunos autores son los jóvenes, sin estabilidad laboral (*Vega E, 1995*). Sin embargo, en otros casos son de mediana edad con plaza en propiedad, posiblemente debido a ausencia de carrera profesional (*Caballero MA et al., 2001*).

Bachman identificó cuatro factores predictores del *burnout* en los médicos de familia: el nivel de estrés provocado por un alto nivel de incertidumbre, la carga de trabajo percibida por el médico, el grado de control percibido sobre su trabajo y cupos con mayor proporción de mujeres y mayores de 65 años, aunque no estudió la morbilidad asociada que permitiría interpretar adecuadamente este último factor (*Bachman KH y Freeborn HMO 1999*). Grosch también encontró una relación entre la insatisfacción profesional y el *burnout* (desgaste emocional) con una mayor presión asistencial (*Grosch WN y Olsen DC 2000*).

Por todo lo anterior, es posible afirmar que el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, así como el apoyo psicológico, son medidas preventivas que mejorarían la situación de riesgo personal para el desgaste (*Epstein RM, 2001*). Además, los médicos capaces de establecer una buena comunicación sobre cuestiones emocionales, las suyas y las del paciente, obtendrán pacientes más satisfechos y con menos distrés psicosocial (*Roter DL et al., 1995*).

Existe un gran interés por el estudio de las relaciones causales entre el clima organizacional, la satisfacción laboral y el Burnout. Un estudio longitudinal realizado por Sáez y Saturno (*Sáez C et al., 2004*) en nueve equipos de atención primaria, encontró correlaciones significativas entre las tres variables, y en cuanto a la dirección de las relaciones causales, el clima organizacional precede a la satisfacción laboral y, ésta, a su vez, precede al Burnout. Estos hallazgos son relevantes para orientar las medidas preventivas en los equipos de atención primaria.

Las intervenciones preventivas o de tratamiento del Síndrome de Burnout no parecen haber mostrado su eficacia en el tiempo (*Marine A et al., 2006*). En esta línea se expresan autores como Tizón (*Tizón JL, 2004*), que cuestionan la existencia del síndrome de Burnout como tal cuadro con entidad propia; el autor entiende que la sintomatología descrita pertenece a categorías psicopatológicas bien definidas como son: trastornos depresivos, trastornos por ansiedad excesiva, trastornos adaptativos y trastornos de la personalidad.

En resumen, el origen del síndrome de *burnout* incorpora factores del entorno laboral y factores personales, rasgos de personalidad, percepción de sobrecarga y mecanismos de afrontamiento del estrés. Estos últimos han sido poco estudiados, pero en ellos estaría la explicación de por qué, ante condiciones de trabajo similares, unos profesionales tienen síntomas y otros no (*Zellars J, 1999*). Cebriá (*Cebriá J et al., 2001*) publicó recientemente un estudio realizado en una población de 528

médicos de atención primaria, para estudiar los factores de personalidad que podrían estar asociados a un mayor riesgo de desarrollar *burnout*. La sensación de presión y estrés es una percepción subjetiva e individual, y parece depender de la capacidad de afrontamiento que se tenga, del grado de vulnerabilidad al estrés y de los valores que se asuman, teniendo presente que el *burnout* se asocia con el grado de estrés crónico mantenido (*Bachman KH y Freeborn HMO, 1999*)

El interés de este tema para el estudio de los factores del profesional asociados a la utilización de las consultas está bien documentado; sin embargo, no existen muchos estudios prospectivos que identifiquen la direccionalidad de la relación causal, de forma que la insatisfacción podría ser causa o consecuencia de una elevada presión asistencial, según el momento de aparición en el tiempo y su relación con el resto de factores en un mapa complejo de asociaciones.

b) Estilos de Práctica Clínica

El estilo de práctica clínica ha sido definido como el conjunto de peculiaridades en la forma de trabajar del médico (*Delgado R, 1996*); éstas constituyen un grupo de variables complejas, difíciles de medir, que podrían predecir modelos de conducta, en gran parte modificables, y con una gran influencia sobre la utilización de la consulta. Numerosos factores están asociados con los estilos de práctica: la formación del médico, su concepción de la medicina, factores de personalidad, el sistema organizativo en el que desarrolla su trabajo, la motivación, satisfacción laboral, incentivos profesionales y económicos, así como la satisfacción con su vida en general, entre otros (*Mira JJ et al., 1998*) los de práctica han recibido diferentes denominaciones en la literatura: orientación del médico, actitudes básicas del médico hacia su trabajo, patrones de práctica, estilos de trabajo, etc.

Los primeros estudios fueron realizados por Mechanic (*Mechanic D, 1970*), que identificó dos posibles orientaciones del médico en su trabajo: una orientación científico-técnica y una orientación social; como resultado obtuvo cuatro tipologías de profesionales: *médicos consejeros*, con alta orientación social y bajo consumo de pruebas complementarias; *médicos "a reciclar"*, que presentan baja orientación científico-técnica y baja orientación social; *médicos tecnificados*, con baja orientación social y alta utilización de pruebas diagnósticas; finalmente, los *médicos modernos*, caracterizados por un elevado consumo de pruebas diagnósticas de laboratorio y un buen nivel de orientación social. Por su parte, Howie identificó, en un estudio realizado sobre médicos escoceses, tres actitudes básicas: orientación psicológica, adecuación de las consultas y responsabilidad en la

toma de decisiones (*Howie JG et al., 1992*). Ballesteros y cols. (*Ballesteros AM et al., 1996*) validaron una escala de actitudes de los médicos en atención primaria, identificando siete factores: atención integral al paciente, orientación de los problemas de salud, interés hacia la formación continuada, función profesional, preocupación por los aspectos psicosociales y coordinación con otros niveles.

Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, Jiménez y cols. (*Jiménez JM et al., 1996*) realizaron un estudio de gran interés, con una perspectiva sociológica, sobre una muestra de 322 médicos de atención primaria, estableciendo 5 dimensiones de práctica profesional que explicaron el 62% de la varianza total de la frecuentación: énfasis biofisiológico vs psicosocial, actitud educativa, énfasis en aspectos de gestión, orientación comunitaria y enfoque multidisciplinar. Mediante estas dimensiones identificaron cuatro perfiles de médicos: el *Grupo 1* corresponde a individuos con alta valoración de los componentes de gestión, que realizan actividades de orientación comunitaria, investigan más que otros, tienen una actitud muy positiva hacia el modelo de atención primaria e ideológicamente son de izquierdas. El *Grupo 2* incluye a médicos que dan escasa importancia a la dimensión biofisiológica, muestran mayor orientación educativa y corresponde al grupo más joven. Al *Grupo 3* corresponden médicos que presentan bajas puntuaciones relativas a la práctica profesional y que se definen de centro-derecha. En el *Grupo 4* se agrupan individuos que le dan mucha importancia a la dimensión biofisiológica y poca a los componentes de gestión, son de mayor edad y también se definen de centro-derecha.

En un intento de aglutinar los modelos explicativos de práctica profesional y su relación con la utilización de las consultas de atención primaria, Bellón clasifica a los profesionales en cinco perfiles de práctica profesional (*Bellón JA, 1998*):

- El estilo de práctica *técnico* comprendería a aquellos profesionales de perfil muy biomédico con un amplio uso de las pruebas complementarias y un mayor consumo de visitas.
- El estilo de práctica *activador de pacientes*, fomenta la autonomía del paciente sobre su salud, y se asocia a un menor consumo de recursos y visitas (*Bellón JA, 1995*).
- El estilo de práctica *deficitario en habilidades de comunicación*. Se ha demostrado que los médicos con déficit en habilidades comunicacionales prestan una atención de peor calidad: prescriben

un mayor número de medicación sintomática, las consultas duran menos tiempo y las historias clínicas están peor registradas (*Grol R et al., 1990*); sus pacientes están menos satisfechos, cumplen menos con los tratamientos, se controlan peor de su diabetes e hipertensión (*Kaplan SH et al., 1989*) y se resuelve con menor efectividad la morbilidad más común (*Bass MJ et al., 1986*). Por lo tanto, es posible que este tipo de médicos, a través de estas variables "resultado", tengan que soportar una presión asistencial más elevada y mayores tasas de utilización que aquellos que son capaces de aplicar técnicas de comunicación efectivas y eficientes como la de las "entrevistas centradas en el paciente" (*Stewart M, 2004*).

- El estilo de practica de los *médicos rápidos*, que emplearían un menor tiempo por paciente en la consulta, también tendrían menos posibilidades de resolver adecuadamente los problemas del paciente. En primer lugar porque se ha comprobado que hacen un peor abordaje psicosocial (*Andersson SO et al., 1993*), y existen suficientes evidencias de que los pacientes con problemas psicosociales son hiperutilizadores de las consultas de atención primaria (*Borgquist L et al., 1993*); pero es que también los "médicos rápidos" preguntan poco, dan menos explicaciones y sus pacientes exponen escasamente sus creencias y preguntan menos (*Ridsdale L et al., 1989*), por lo que la probabilidad de resolver los problemas del paciente también se reducirá. Los pacientes atendidos por *médicos rápidos* se sienten menos satisfechos (*Ridsdale L et al., 1989*), lo cual podría disminuir la utilización, aunque esto último no se ha demostrado. Tienen una mayor proporción de demandas burocráticas (*López MA et al., 1989*, lo cual implicaría una mayor tasa de utilización por motivos administrativos. Esto dependería, entre otras cosas, del manejo de más cantidad y peor calidad en la prescripción (*Hughes D, 1983; López MA et al., 1989*), pero también se podría deber a un déficit en la organización administrativa de la consulta (cartilla de largos tratamientos, aprovechamiento de otros profesionales, etc.) (*Bellón JA, 1993*).

- El estilo de práctica de los *médicos influenciados por la industria farmacéutica*, con un perfil de prescripción de gran volumen, con mayor proporción de medicamentos de bajo valor intrínseco y gran uso de las novedades farmacéuticas (*Bonal P, 1991*); todo ello podría desencadenar una mayor utilización, ya que por una parte aumentaría la demanda de medicación por parte los pacientes (ir a la consulta por recetas) y por otra, al ser fármacos de escaso valor intrínseco, no resuelven el problema y obligaría al paciente a acudir de nuevo a la consulta, aumentando la presión asistencial y disminuyendo la capacidad resolutive.

Los efectos del estilo de práctica del profesional han demostrado su influencia en aspectos tan relevantes como el tiempo dedicado y las intervenciones de educación para la salud en la consulta, la exploración física, la cantidad de información dada al paciente sobre su problema y, como resultado, diferencias en la utilización de las consultas (*Bellón JA, 1995*), el grado de satisfacción (*Savage R y Armstrong D, 1990*) el grado de adherencia al tratamiento (*DiMatteo MR et al., 1993*) y el estado de salud de los pacientes (*Huygen FJ et al., 1992*).

Los estilos de práctica clínica comentados suelen coincidir sobre el mismo profesional, por lo que los factores que influyen para que estos médicos tengan una mayor presión asistencial estarían muy relacionados y es posible que, aun reconociendo la influencia de otros factores, la formación sea el factor común a todos ellos y el más determinante (*Eisenberg JM, 1985*).

En resumen, hay una coincidencia entre los autores en agrupar los estilos en una orientación de tendencia biologicista hacia la enfermedad, y una tendencia más psicosocial. Y dentro de estos estilos, parece que los profesionales de orientación psicosocial dedican más tiempo a sus pacientes en la consulta, prescriben menos fármacos, tienen menor presión asistencial, se encuentran más satisfechos con el trabajo que realizan, tienen una actitud mayor hacia la formación continuada y sus pacientes tienen mejores niveles de salud. Estas conclusiones hacen referencia a la definición de perfiles “equilibrados” entre ambas tendencias, puesto que también se encuentran los médicos de orientación excesivamente psicosocial y escasa formación clínica que tienen, por el contrario, escasa capacidad resolutive, una elevada presión asistencial por inducción de la demanda aunque, de forma paradójica, suelen provocar un alto grado de satisfacción en sus pacientes.

3.3. FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN

Los factores de la organización que intervienen en la utilización de las consultas de atención primaria han atraído la atención de los investigadores en los últimos años, debido al aumento de la presión asistencial que sufren los médicos. De forma aislada, cada factor puede explicar una pequeña parte de la variabilidad de la utilización; cuando se midió algún factor aislado de la organización, por ejemplo la continuidad, se explicó el 27% de la variabilidad de la utilización (*Kronenfeld JJ, 1980*). En otro estudio que midió el efecto del tamaño del cupo, la varianza explicada por dicha variable no superó el 5% (*Groenewegen PP et al., 1992*). En su conjunto, los factores de la organización constituyen un

bloque de gran interés, por la facilidad para intervenir sobre muchos de ellos de una manera eficaz; sin embargo, no hay estudios que analicen conjuntamente un número elevado de factores. Por otra parte, la diversidad de modelos sanitarios dificultan la aplicación de resultados obtenidos en otros países, pero su estudio tiene una gran relevancia para orientar a profesionales y gestores en la toma de decisiones.

Para su investigación se han aplicado diferentes clasificaciones. López (*López LA, 1991*) los clasifica en dos bloques: factores de la organización propiamente dichos, como la estructura, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación entre niveles y organizaciones, clima organizacional, satisfacción profesional, estrategias administrativas, incentivos; y factores de la interfase organización-usuarios en relación a la disponibilidad, accesibilidad, continuidad, productividad o utilización previa. Nosotros utilizaremos la clasificación de Bellón (*Bellón JA, 1998*), que diferencia dos grandes grupos: factores de la **micro-organización**, en relación a los aspectos de la organización del médico en su consulta, que pueden ser modificados por él; y factores de la **macro-organización**, agrupando los aspectos que dependen de la organización del centro de salud y del sistema, que se modificarían por intervención de los gestores sanitarios. Sin embargo, no deja de ser una clasificación artificiosa puesto que la mayoría de los factores se podrían localizar en la micro, en la macro o en la interfase entre ambas, dependiendo del objeto de análisis. Un ejemplo podría ser el trabajo en equipo o el burnout, variables que pueden analizarse como característica de cada profesional, o bien como variable grupal analizando el comportamiento del equipo completo y su relación con la utilización.

3.3.1. FACTORES DE LA MICRO-ORGANIZACIÓN

Los estilos de práctica médica están, en general, muy relacionados con el grupo de factores de la denominada **“micro-organización” de la consulta**, que incluyen aspectos internos de la organización de la consulta del médico y que forman parte de ese *estilo personal* de gestionar cuestiones como la distribución del espacio-tiempo, las consultas programadas, la actitud frente al trabajo en equipo o el manejo de recursos internos y externos al sistema sanitario. El papel causal de estos factores sobre la utilización no está aún claramente establecido; sin embargo, son elementos posibles de *cambio*, con importantes efectos potenciales sobre la presión asistencial y la frecuentación.

El grado de conocimiento que tiene el médico sobre su actividad asistencial y los recursos derivados de ella son escasos. El análisis de la concordancia entre los datos obtenidos de los registros comunes y los estimados por los profesionales, muestran una tendencia a subestimar la actividad, especialmente en lo que se refiere al uso de radiología, derivaciones a especialistas y prescripción de medicamentos, así como a sobreestimar la frecuentación y algo menos la presión asistencial. Probablemente, esto sea debido en parte a la existencia de un infrarregistro, pero también a la poca atención prestada por los médicos al control de su propia actividad asistencial y de la toma de decisiones (*Maya MC et al., 2000*).

a) Consultas programadas, programas de salud y procesos asistenciales: La *consulta programada* es aquella que se realiza por iniciativa del médico, con objeto de poder dedicar un tiempo específico, generalmente más amplio. Su objetivo es realizar exploraciones, entrevistas, programas, procesos o informes sin la presión de tiempo de una consulta a demanda. Puede realizarse en un tiempo reservado en la jornada para ella o incluso intercalada en la consulta a demanda. Debido a la presión asistencial, esta tendencia se está extendiendo entre los profesionales.

La consulta programada tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención al paciente y, como consecuencia, disminuir la demanda (*Bellón JA, 1993; Cortés JA et al., 1994*). No obstante, esta última observación se debe interpretar con cuidado, ya que se han publicado algunos trabajos (*Navarro A et al., 1992*) en los que la consulta programada no redujo la utilización de la consulta a demanda.

Los *programas de salud* son un conjunto actividades clínicas y/o preventivas consensuadas sobre una enfermedad prevalente, con unos objetivos concretos y sobre una población determinada (*Argimón JM et al, 1999*). Desde hace unos años se están incorporando los llamados *procesos asistenciales*, definidos como una sucesión de actividades basadas en la evidencia, con una organización lógica de personas, recursos y procedimientos, diseñadas para generar resultados específicos y centradas en el usuario. Su finalidad sería asegurar la rapidez, agilidad y eficacia del sistema en la respuesta a los problemas de salud (*Consejería de Salud, 2001*). En caso de que el sistema fuera capaz de responder de forma coordinada, una de las consecuencias inmediatas sería la disminución de la demanda, al evitar circuitos innecesarios, pero la implicación de los profesionales es desigual y, de momento, en las primeras fases de su desarrollo incrementan el número de actividades que el médico de familia debe realizar en la consulta, el tiempo que debe dedicar al paciente, así como la presión asistencial.

Los programas de salud pueden aumentar o disminuir la demanda asistencial en función de ciertas características (Navarro A et al., 1992). Pueden inducir directa o indirectamente un aumento de la utilización si generan visitas innecesarias o, como en el caso de los programas de vacunación, disminuir la utilización al evitar directamente que aparezca la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios muestran que el hecho de estar incluido en un programa de salud es un factor independiente que aumenta la utilización, con independencia del tipo de programa (Bellón JA et al., 1990).

El hecho de haber usado con anterioridad un servicio sanitario aumenta la probabilidad de utilizarlo subsecuentemente. Esta es una afirmación especialmente cierta en el consumo de recursos preventivos, ya que se sabe que uno de los mejores predictores de la utilización preventiva es la utilización previa (Sevilla E, 1991). Para explicar el mayor uso de los servicios preventivos en aquellas personas que frecuentan los servicios sanitarios caben varias hipótesis: la actitud positiva que se genera hacia ellos por el uso continuo, una más fácil accesibilidad debida al mayor conocimiento de la organización sanitaria, una mayor confianza en el profesional y en la institución, nacida del permanente contacto con ella y, en definitiva, una mayor satisfacción del usuario (Starfield B, 1998).

Los protocolos sobre enfermedades crónicas más prevalentes (hipertensión, diabetes, etc.) o sobre la atención al anciano pueden racionalizar la utilización, si previamente existía un uso excesivo de los controles o si éstos los realizaba únicamente el médico (Bellon JA, 1993); sin embargo, pueden aumentar la demanda si son demasiado biomédicos o excesivamente médico-dependientes, si no se ajustan a criterios científicos, si no fomentan el autocontrol del paciente o si están en plena fase de captación activa (Carroli G et al., 2001), ya que no favorecen la asunción de tareas por otros profesionales del equipo, ni estimulan la autonomía del paciente en cuanto a sus cuidados. En un ensayo clínico recientemente publicado, se afirma que, en el control de pacientes con hipertensión arterial esencial tratada, el seguimiento cada 6 meses se muestra igual de eficaz que el de 3 meses. La satisfacción y la adherencia al tratamiento fue igual para ambos intervalos. En el 20% de los casos en que la hipertensión no estuvo controlada, la frecuencia en las visitas no fue un factor importante en el control de dicha patología por los médicos de familia (Birtwhistle RV et al., 2004).

También existen pruebas de que la atención programada en salud mental puede disminuir la utilización global (Bellon JA, 1997). Uno de los mejores predictores de la utilización preventiva es la utilización global previa de las consultas que, posiblemente, se asocie a factores de comportamiento social y cultural, diferencias en las necesidades preventivas y estado de salud previo, siendo éste un

factor sensible a la manipulación por los profesionales (*Harris DM et al., 1997; Starfield B, 1998*). Sin embargo, por diferentes circunstancias, hemos generado protocolos poco racionales, sin base científica que les de soporte (*Gérvás JJ, 2001*), que implican un número excesivo de visitas al centro de salud y un incremento innecesario de la demanda. Parece necesario revisar la evidencia disponible y limitar las actividades exclusivamente a aquellas que demuestren un coste-beneficio soportable por el sistema.

Por otra parte, la consulta programada, preventiva o no, es un tipo de encuentro relajado, con un encuadre temporal apropiado, donde hay poco lugar para la improvisación (todo está protocolizado); ello provocaría un aumento de la satisfacción del paciente y del proveedor, por lo que de este modo también se podrían disminuir las barreras entre ambos, aumentando consecuentemente la utilización. Algunos autores sugieren que este modelo de consulta debe estar integrado en una agenda única; la exigencia de agendas paralelas puede ser discriminatorio para aquellos que no han logrado el estatus de “programable” y pueden beneficiarse de una visita más prolongada, si es necesario (*Casajuana J y Bellon JA 2003*).

El aumento de la utilización global no sólo sería debido a la utilización preventiva, sino que, como consecuencia de la consulta programada, se generaría un nuevo contexto en la relación médico-paciente, que ejercería un efecto de disminución del umbral de entrada al sistema sanitario ante problemas menores (*Bellón 1995*).

b) Trabajo en equipo: Una de las características más importantes del modelo de atención primaria y del trabajo en los centros de salud es el trabajo en equipo. La interacción que se produce entre los profesionales por las sesiones clínicas, las auditorías internas, los protocolos consensuados entre ellos o la publicación interna de los niveles de calidad de los distintos profesionales del centro, pueden ser factores que modifiquen la calidad de la asistencia y la utilización (*Groenewegen PP y Hutten JB, 1995*). Gervás (*Gervás JJ, 1984*) calculó, en 1984, que entre un 25-30% de las visitas se reducirían con el desarrollo de la reforma sanitaria y el paso a trabajar en centros de salud. La estimación fue corroborada por Cortés quien, un año después de reconvertir el mismo cupo de ambulatorio en consulta de atención primaria, observó una disminución de la presión asistencial en un 23% (*Cortés JA et al., 1994*).

El trabajo en equipo favorece la formación continuada; su importancia radica en el supuesto de que los médicos con mayores conocimientos y habilidades podrían usar menos y más adecuadamente los recursos. A esto se añadiría la participación de los profesionales, la toma de decisiones compartida, como forma de posibilitar una mejora en la toma de decisiones, así como la posibilidad de recibir feedback sobre la actividad realizada.

En la práctica médica en equipo habría que contar además con la influencia del líder clínico, pudiendo coexistir varios líderes en función de las materias clínicas concretas, si bien no siempre los líderes ejercen sus funciones, ya que pueden tener diversos grados de implicación en su liderazgo. Los líderes influyen sobre la formación y práctica clínica del resto de compañeros. Si el líder "contagia" una atención de calidad, podría ser positivo en cuanto a la reducción de la utilización. Pero también se puede contar con líderes clínicos negativos, que pudieran aumentar el consumo de recursos y fármacos de utilidad clínica dudosa. Este último fenómeno es empleado con cierto éxito por la industria farmacéutica (*Bonal P, 1991*), pero pocas veces en sentido positivo por las autoridades sanitarias de los servicios de salud. También el líder pudiera estar afectado de insatisfacción por el trabajo o *burnout*. Es fácil deducir que los estados emocionales del líder serán contagiados al resto del equipo, lo cual podría tener repercusiones negativas sobre los resultados de la atención (*Bellón JA, 1995*). Mediante todos estos instrumentos, el grupo puede ejercer un efecto de control y estandarización de los patrones de práctica profesional (*López LA, 1991*).

En EEUU, la experiencia más próxima es la de las *Health Maintenance Organizations* (HMO). Estos son centros de salud donde se trabaja en equipo, con demarcación geográfica y adscripción voluntaria con pago por cuota fija, independientemente de las veces que se acuda al médico. Cuando se ha comparado con las prácticas individuales con pago por acto médico, se ha comprobado que la utilización global no es diferente, pero en las HMO aumentan las visitas iniciadas por el paciente y las visitas preventivas, mientras que las visitas de seguimiento disminuyen. También disminuyen los ingresos hospitalarios y las operaciones de dudosa indicación (*Hulka B y Wheat JR, 1985*). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la población de las HMO, al ser de adscripción voluntaria, podría estar sesgada (mayor nivel de ingresos, más jóvenes, mayor nivel cultural y menor morbilidad). En un estudio en el que se controló tal eventualidad se reafirmaron las conclusiones de Hulka (*Manning WG et al., 1984*), añadiendo, además, que la organización de pago por acto médico mantiene una relación inversa con la utilización. No obstante, las comparaciones de estos tipos de

organización con los servicios nacionales de salud puede ser dificultosa, por las diferencias en los sistemas de pago.

Otro aspecto del trabajo en equipo que puede influir en la utilización es la multiprofesionalidad, entendida como la actividad compartida del trabajo entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo. Ello produciría un aumento de la eficiencia y disminución de las cargas de trabajo, siempre que no se dupliquen las actividades y los profesionales profesen una actitud resolutoria (*Pritchard P y Pritchard J, 1994*). Es lógico suponer que si el médico pudiera delegar actividades en profesionales como el enfermero o el trabajador social, se podría reducir la utilización o, al menos, gestionar el tiempo con mayor eficiencia (*Pritchard P et al., 1990*). Por ejemplo, el trabajador social podría fomentar la creación de grupos de autoayuda que podrían reducir las visitas al médico. El enfermero podría educar a los pacientes diabéticos sobre los cuidados y autocontroles de su enfermedad, lo que podría aumentar su nivel de autonomía y control y, de este modo, tener menos motivos para ir al médico, y todo ello de forma coordinada. Los modelos de organización dentro del equipo no son homogéneos en todas las Comunidades Autónomas. Existen modelos basados en Unidades de Atención Familiar (UAF) o Unidades Básicas asistenciales (UBA), donde la población tiene adscrito un tándem fijo médico-enfermera, o sistemas dispensarizados, donde cada enfermera atiende una consulta específica (curas, vacunas, control de embarazo, educación sanitaria, etc). Los autores (*Cebrián H, 2001; Ruíz A, 2001*) no coinciden en cual es el modelo más eficiente, aunque parece evidente que cuando el paciente tiene, para cualquier problema, un médico y una enfermera de referencia fijos, aumenta su satisfacción si se garantiza la coordinación entre ellos, se adoptan criterios comunes y un buen modelo de práctica, de forma que el paciente los perciba como un equipo (*Casajuana J y Bellon JA, 2003*).

c) Clima organizacional: El clima organizacional es un conjunto de características que describen la organización, dando un valor de su medio interno. Según Snow, el clima organizacional es la percepción de cómo se siente una persona en un ambiente particular de trabajo, siendo uno de los determinantes más influyentes en el desempeño profesional (*Sow JL, 2002*). Para Gershon, el clima es la percepción que los trabajadores tienen de la cultura de la organización, entendiendo por cultura el conjunto de valores y normas de la misma (*Gershon RRM et al., 2004*). Otros autores, como Carr, se inclinan por un análisis organizacional más amplio, definiendo el clima como la percepción compartida de las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales (*Carr JZ et al., 2003*).

Forehand identifica unas características en el clima organizacional que definen a la organización y que: a) La distinguen de otras organizaciones, b) Son de permanencia relativa en el tiempo y c) Influyen en la conducta de las personas (Forehand GA y Gillmer B, 1964). Estas características serían diferentes según el modelo de organización estudiado; es decir, que según la estructura y objetivos de cada organización, las condiciones para obtener un “buen clima” y unas buenas condiciones en el entorno de trabajo serían diferentes, aunque se asume la existencia de aspectos comunes. Sleutel plantea que el clima puede entenderse como un conjunto de dimensiones con significado para los implicados; por ejemplo, recompensas, apoyo o conflicto, o puede definirse en términos de características organizacionales, tales como clima seguro o clima ético (Sleutel MR, 2000).

El clima organizacional es un concepto multidimensional; sin embargo, no todos los autores coinciden en las dimensiones utilizadas. En un meta-análisis cuyo objetivo era obtener un *path analysis* (análisis de pasos) que explicara las relaciones entre el clima y los resultados de las personas en su trabajo (Carr JZ et al., 2003), se observó que las dimensiones usadas en 51 estudios podían incluirse en tres factores de orden superior, que respondían a la taxonomía propuesta por Ostroff (Ostroff C, 1993). Estos tres factores del clima son el afectivo, el cognitivo y el instrumental. El componente afectivo incluye las relaciones interpersonales y sociales entre los trabajadores; el cognitivo se relaciona con la auto-implicación psicológica, y el instrumental con la implicación en las tareas y procesos del trabajo. Según el modelo usado en el meta-análisis, el impacto del clima en los resultados, medidos como desempeño, bienestar psicológico y abandono, se produce a través de aspectos cognitivos y afectivos, como son la satisfacción laboral y el compromiso con la organización. López Fernández y cols. seleccionaron las cinco dimensiones que consideraron esenciales del modelo de atención primaria: la cooperación, la cohesión, el trabajo en equipo, la vida social y la autonomía (López LA et al., 1988). Estas dimensiones del clima siguen respondiendo al marco de referencia vigente en nuestro modelo de atención primaria, basado en el trabajo en equipo, y por ello la escala diseñada por dichos autores es la utilizada en este trabajo.

El modelo actual de atención primaria en nuestro país, a diferencia de otros modelos sanitarios de nuestro entorno, está basado en la cooperación, la organización grupal y, en definitiva, en el trabajo en equipo multidisciplinar. Sin embargo, no existe cultura grupal y los profesionales carecen de

formación técnica sobre trabajo en equipo. Esta situación provoca que las necesarias relaciones profesionales estén basadas excesivamente en una buena relación personal.

Menárguez y cols., partiendo del cuestionario elaborado por López Fernández, estudiaron el clima organizacional en todos los profesionales de los centros de salud de una Comunidad Autónoma, incluyendo en su cuestionario sólo las dimensiones de cooperación, cohesión y trabajo en equipo y encontrando correlaciones positivas y elevadas entre ellas. Estos autores valoran que estas dimensiones se ajustarían mejor al funcionamiento y calidad de la atención primaria en nuestro país (*Menárguez JF et al., 1999*)

El clima organizacional tiene una gran influencia sobre la conducta profesional individual, condicionando el grado de adhesión de los trabajadores a los objetivos de la organización (*García M, 1993*). Por tales motivos, el clima organizacional influye sobre la calidad de los servicios prestados (*Carr JZ et al., 2003*) y, como consecuencia, podría determinar distintos patrones de utilización de los servicios sanitarios (*Bellón JA, 1995*).

En el Reino Unido se ha comprobado que, tanto la estructura como el clima de los equipos de atención primaria, muestran relaciones positivas con la calidad asistencial de los médicos de familia, medida a través de resultados de la atención a los diabéticos, la accesibilidad, la continuidad y la satisfacción de los pacientes (*Campbell SM et al., 2001; Bower P et al., 2003*).

En un amplio estudio realizado en Finlandia sobre profesionales de la salud, se confirmó de nuevo la hipótesis de estudios previos (*Bower P et al., 2003*) sobre la relación entre clima, innovación o actitud de mejora y efectividad de la actividad asistencial (*Elovainio M et al., 2000*)

Se sabe que varios aspectos del clima organizacional, como el estilo de liderazgo, la comunicación pobre, etc., se asocian con mayor estrés, más accidentes laborales, más *burnout*, y más efectos adversos en los pacientes. En realidad, no existen fronteras nítidas entre conceptos como satisfacción laboral, calidad de vida profesional, *burnout* y clima organizacional. En todo caso, la dimensión grupal de este último nos permite observar la repercusión de las relaciones interpersonales en el entorno de trabajo. El ya referido estudio de Sáez y Saturno demostró la dirección de las relaciones causales entre estos conceptos: El clima precede a la satisfacción laboral y ésta al *burnout* (*Sáez C et al., 2004*). Estos resultados confirman los hallazgos del meta-análisis

realizado por Carr, quien encontró esta dirección causal entre clima, satisfacción profesional y desempeño profesional (*Carr JZ et al., 2003*). El clima organizacional es uno de los factores que ejercen una influencia más poderosa en el desempeño de las personas y de la organización; las organizaciones con un clima favorable hacen el trabajo más confortable y fácil, producen mayor satisfacción laboral y obtienen el mayor potencial de sus trabajadores. En esta línea, hay acuerdo en afirmar que el trabajo en equipo incrementa los recursos y la cantidad de habilidades que un servicio puede ofertar, pero sólo si el clima permite comportamientos eficaces en el equipo (*Bower P et al., 2003*).

Otro concepto cercano al clima es la llamada ***cultura organizacional***, entendida como el conjunto de normas, valores y asunciones básicas de una organización dada. El clima refleja más cercanamente la percepción de los empleados de la cultura de la organización. Los aspectos del clima organizacional son más fáciles de medir porque son tangibles: políticas, procedimientos y sistemas de recompensas son relativamente fáciles de medir; por el contrario, la cultura es más difícil de medir, porque los valores y creencias de la organización son más intangibles (*Gershon RRM et al., 2004*). En un estudio realizado en España sobre expectativas de los profesionales de atención primaria, los aspectos más valorados fueron los que tienen que ver con actitudes hacia la relación con los pacientes y los compañeros de equipo, y la forma en que son gestionados por sus directivos (*Palacio F et al., 2003*).

d) Gestión de la demanda: Entendemos por *gestión de la demanda* la actuación dirigida a regular y adecuar la demanda que se produce en la consulta a partir del rediseño de circuitos, así como la redistribución y racionalización de actividades entre los profesionales del centro. Analizando la demanda cualitativamente, Casajuana y Bellón desarrollan una tipología, entendiendo que el usuario acude básicamente por un problema clínico-asistencial o administrativo. Así, definen cualitativamente cuatro motivos de consultas: a) Demanda asistencial previsible; b) Demanda administrativa previsible; c) Demanda asistencial imprevisible y d) Demanda administrativa imprevisible. Analizando el tipo de demanda, sería posible reorganizar los circuitos y gestionar horarios de consulta introduciendo criterios de eficiencia en la actividad asistencial. (*Casajuana J Bellon JA, 2003*)

e) Gestión del tiempo: La organización de la *agenda y sistemas de citas* influye en la utilización. Los médicos con agendas limitadas tienen una menor utilización que los que no la tienen (Groenewegen PP y Hutten JB, 1995), probablemente por un descenso en la accesibilidad. En los países con pago por servicio, los horarios de consulta son más amplios y la ofertas de horarios más diversificada (Calnan M et al., 1992). Una gestión adecuada del tiempo dedicado a la consulta se ha demostrado útil para garantizar la calidad de la atención y la satisfacción de usuarios y profesionales (Groenewegen PP et al., 1992).

Durante décadas, la incorporación de técnicas de gestión en la consulta ha sido aplicada por un número reducido de profesionales pioneros. Hoy día, la organización y gestión del tiempo de consulta se incluye entre los criterios de buena práctica profesional de todos los países (Freeman GK et al., 2002).

Con el paso de un modelo en el que se trabajaba exclusivamente a demanda, a la implantación de la cita previa en la consultas de atención primaria, se ha dado un salto cualitativo muy importante, que ha permitido la posibilidad de ordenar una agenda en el tiempo, escalonar las visitas, evitar tiempos de espera innecesarios y disminuir en lo posible la improvisación en la actividad profesional. Pero la gestión de la agenda no ha sido todo lo eficiente que pudiera esperarse, favoreciendo en ocasiones la presión asistencial. La agenda debe ajustarse a las características de la población y la presión existente; las horas totales de consulta deben ser realistas. Es frecuente disponer de agendas con sólo 35 pacientes en cita previa y demandas diarias de 45-50 pacientes. Los 15 o 20 restantes pasan a ser “pseudo-urgencias” o pacientes sin cita, que perpetúan una mala práctica profesional, malestar por ambas partes y, generalmente, aumento de la frecuentación, porque al paciente se le indica que deberá volver otro día con cita. La cita previa tiene como función ordenar el acceso a la consulta; en ningún caso ayuda a controlar la presión asistencial (Casajuana J y Bellon JA, 2003)

Sobre los aspectos a considerar en la gestión de la agenda, Bellón y Casajuana han realizado una amplia revisión, de la que han extraído las siguientes conclusiones: a) La diversificación horaria mejora la accesibilidad y permite disminuir en parte las demandas fuera de hora; b) La agenda no debería ser sectorizada. Se cuestiona el concepto de consulta programada y se sustituye por una franja de tiempo más amplia en la agenda, dentro de una misma consulta; c) Las agendas deben ser flexibles, con capacidad de adaptación a fluctuaciones estacionales de la demanda; d) Necesidad de “colchones” o tiempos vacíos, que amortigüen las demandas de tiempo para casos no previsibles; e)

Se ha de diseñar una agenda paralela médico-enfermera, para facilitar la coordinación y comunicación de ambos durante la consulta; e) Individualizar el tiempo de cada consulta. Cada profesional tiene su estilo propio y un ritmo en el que influyen características personales. Aumentar forzosamente el tiempo hará disminuir la calidad de la atención. Los pacientes valoran negativamente la percepción de “prisa” en la consulta, disminuyendo la satisfacción con el profesional; f) Gestionar los tiempos de espera. La cita previa genera expectativas en los pacientes sobre la hora en que serán recibidos, siendo otro motivo de insatisfacción. Sobre los médicos genera tensión emocional, que no favorece un buen clima en la consulta.

f). Gestión de la burocracia: Se entiende por “burocracia” un conjunto de tareas que debe realizar el médico en la consulta, que no tiene carácter clínico-asistencial, y que podría ser realizado fuera del espacio de la consulta asistencial y/o por otra categoría de personal dentro del equipo. La *gestión de la burocracia* es uno de los factores del profesional y la organización que más influye en la utilización. El motivo de consulta burocrático (recetas, partes de incapacidad laboral, etc.) es el más frecuente en la atención primaria de nuestro país, alcanzando en ocasiones el 40-50% de todas las consultas que recibe el médico (*Bellón JA, 1995*). La buena gestión de las prescripciones repetidas y el aumento del personal administrativo se relacionan con una menor presión asistencial.

El mayor volumen de consultas por motivos burocráticos previsible se concentra en las partes de confirmación de incapacidad transitoria de larga duración y en las recetas de enfermos con patología crónica o pluripatología, como consecuencia de un modelo de documentos complejos, pensados más para dar respuesta al control administrativo que con un criterio de eficiencia en la consulta (*Casajuana J, 1998*). El desarrollo de la tecnología médica e informática no ha ido paralelo al diseño de formatos más ágiles y adecuados a la dinámica actual de las consultas. Este tipo de demanda incrementa la presión asistencial y la frecuentación de forma imparable. La respuesta pasa por redistribuir parte de esta demanda hacia el área administrativa o de atención al usuario, incrementando la dotación y competencias de otros profesionales (*semFYC et al., 2000*). La prescripción repetida de medicamentos en pacientes crónicos pasa por modificar el modelo de receta para permitir la prescripción múltiple, diferenciando el acto de recetar y de las revisiones periódicas a estos pacientes. En relación a los partes de incapacidad transitoria, su renovación fija semanal solo tendría sentido bajo criterio clínico, siendo posible diferenciar las necesidades de control y seguimiento del el acto administrativo (*Casajuana J y Bellon JA, 2003*).

A las demandas burocráticas suelen añadirse otros motivos de consulta, bajo el lema "pues ya que estoy aquí...", demandas de difícil manejo por el médico en la consulta diaria (*Borrell F, 1989*).

3.3.2. FACTORES DE LA MACRO-ORGANIZACIÓN

En relación al último grupo de factores propios de la organización del sistema sanitario, algunos tienen evidentes y amplias repercusiones en la utilización, aunque es necesario analizar su participación real en un modelo explicativo único.

a) Tamaño y estructura del cupo: El *tamaño* del cupo asignado, que se percibe como el principal inductor del exceso de demanda. Sin embargo el estudio realizado por Groenewegen (*Groenewegen PP et al., 1995*) sobre médicos Holandeses, mostró las siguientes conclusiones: en primer lugar, que el tamaño del cupo influye poco en la intensidad de utilización; en segundo lugar, que la estructura del cupo, al introducir características del usuario probablemente relacionadas con la morbilidad, tiene cierto poder predictivo sobre la utilización; y, en tercer lugar, que el tamaño del cupo y su estructura sí condiciona el volumen de horas de consulta, pero muy poco el tiempo por paciente y casi nada el tiempo de actividad no asistencial. Ello hace pensar que las características del proveedor son más importantes que el tamaño y la estructura del cupo a la hora de la organización del tiempo y de la consulta (*Bellón 1998(a)*).

Cuando el tamaño del cupo se encuentra dentro de unos límites (menos de 2500 tarjetas individuales), no supone un factor determinante de la utilización, puesto que sólo explica el 1% de la variabilidad de la presión asistencial. Sin embargo, la estructura del cupo, al introducir las características del usuario relacionadas con la morbilidad, llega a explicar el 24% (*Groenewegen PP et al., 1992*). La morbilidad de base y las características socioculturales y económicas también afectan a la frecuentación (*Starfield B, 2001*).

Los cupos de medicina de familia tienden a presentar porcentajes de personas mayores cada vez más elevadas, llegando en algún caso al 30%, que van aumentando a medida que se incrementa el tiempo que lleva el médico de familia con su cupo. La recomendación más aceptada es mantener cupos inferiores a 2000 personas cuando los pacientes mayores de 65 años superen el 20% del cupo, que es lo habitual (*Seguí M, 2002*).

b) Accesibilidad a los servicios de salud: La accesibilidad puede definirse como el grado de facilidad o dificultad que tiene la población para hacer uso de los servicios; es uno de los factores de la organización que tienen un peso importante en presión asistencial. Este concepto incluye factores relacionados también con el profesional, como el estilo de práctica clínica y la demanda inducida (*Starfield B, 1998*).

Clásicamente, en el estudio de la accesibilidad, se han distinguido cinco dimensiones: la disponibilidad de servicios, el acceso físico o geográfico, la accesibilidad económica, la accesibilidad cultural y la aceptación de los servicios ofertados. Las variables utilizadas en la bibliografía para medir la accesibilidad son muy diversas: número de médicos por población, dispersión geográfica, medio rural o urbano o tiempo de espera para ser atendido, entre otras (*Gómez-Calcerrada F et al., 1996; Rodríguez B y Martin JM, 1999*).

El aumento de la accesibilidad es un componente importante de la calidad de la atención y de forma clara produce un aumento de la utilización. La mayor disponibilidad de profesionales de atención primaria, medida como densidad médico-paciente, produce un incremento de la utilización por aumento de la demanda inducida por el profesional (*Scott A y Shiell A, 1997*). Por otra parte, las dificultades de accesibilidad al médico y la pérdida de continuidad asistencial provoca una mayor presión asistencial (*Freeman GK et al., 2002*).

La accesibilidad física o geográfica ha demostrado ser una barrera en la utilización de los servicios, aunque es más destacada la asociación entre la cercanía al centro de salud con una conducta hiperfrecuentadora, tanto en atención primaria (*Bellón JA, 1995*) como en las urgencias hospitalarias (*Oterino D et al.; Ferrer JM, 2003*). Esta cercanía de la consulta al domicilio se ha relacionado con el número global de médicos por habitante, que permite una distribución más amplia de consultas por el territorio y, como consecuencia, un aumento de la *disponibilidad*.

Se han detectado diferencias en la accesibilidad entre el medio rural y urbano. Parece que en España existe una mayor frecuentación en el medio rural, derivada de una mayor accesibilidad, pero esta tendencia disminuye cuando aumenta la distancia a la consulta del médico; estos resultados coinciden con un estudio realizado por Buckley en Australia (*Bukley D y Coger T, 2002*).

En los modelos con Servicios Nacionales de Salud públicos, como en España, está garantizada una accesibilidad mínima por todo el territorio. El estudio realizado por Rodríguez en 1999, en el territorio del antiguo INSALUD, identificó un aumento de la frecuentación en las zonas con mayor densidad de médicos por habitante. Aun así, en el medio rural la dispersión puede suponer, en ocasiones, una barrera de acceso a los servicios (*Rodríguez B y Martín JM, 1999*). Esta variable parece estar matizada por otras de mayor peso, relacionadas con el profesional y la organización.

La accesibilidad económica de los usuarios en nuestro modelo sanitario no tiene la importancia que puede adquirir en otros países. La cobertura universal garantiza la atención libre y gratuita para todos los ciudadanos. Sin embargo, el incremento del gasto sanitario, el exceso de presión asistencial y la dificultad para controlar la hiperfrecuentación hace que periódicamente se estudie la posibilidad de introducir el *co-pago*, entendido como la participación directa del paciente en parte del coste de los servicios en el momento de utilizarlos, al objeto de contener la utilización de estos servicios y conseguir una fuente adicional de ingresos económicos al sistema. Numerosos estudios han demostrado que efectivamente disminuye la utilización, pero a costa de disminuir la accesibilidad de las personas con menos recursos económicos y mayores necesidades, en particular personas mayores con pluripatología y alto número de enfermedades crónicas (*semFYC, 1999*) y, también, a costa de disminuir sustancialmente la utilización de medidas preventivas (*Gené J et al., 2000*). A estas razones se añade que más del 40% de las visitas son generadas o inducidas por el médico (*Starfield B, 1998*). El informe realizado por la semFYC ratifica este análisis y concluye que el co-pago sería un instrumento de transferencia del riesgo económico al paciente, quien sufre la presión social para pedir asistencia. Sería más adecuado transferirlo al profesional y a la población, articulando mecanismos de participación social que adopten medidas racionalizadoras al disponer de un mayor nivel de información (*Eisenberg JM, 2002*). Como primera alternativa, el informe de la semFYC recomienda la supresión de la oferta de servicios que no ofrezcan un claro beneficio para la salud, acompañado de la función de “gatekeeper”, como filtro contenedor del uso racional de los servicios. Desde la percepción del usuario, es la organización la que pone barreras o facilita el acceso, independientemente de que él lo perciba como proximidad, lejanía o penalidad (*Bellón JA, 1995*).

c) Continuidad de cuidados: Se utiliza el término “continuidad de cuidados” para describir una afiliación a largo plazo de un paciente al cupo de un médico, de forma que se espera una atención “continuada” en el tiempo para sus problemas de salud. Menec la define operativamente como la

atención, al menos, del 75% de las visitas por el mismo médico de familia (*Menec VH et al., 2001*). Hace referencia a la continuidad de atención a episodios de una enfermedad o a enfermedades diferentes sufridas por una persona a lo largo del tiempo.

Haggerty (*Haggerty JL et al., 2003*), en una amplia revisión sobre el tema, identifica tres tipos de continuidad: *continuidad informativa*, que permite el uso de información relacionada con las circunstancias individuales; *continuidad en la gestión de la atención*, que ofrezca consistencia y coherencia en las intervenciones sobre las necesidades individuales de cada paciente, de especial importancia en el tratamiento de enfermedades crónicas o complejas, acompañada de flexibilidad para adaptarse a las circunstancias del contexto del paciente, y *continuidad relacional*, que permita desarrollar una relación terapéutica entre médico y paciente, de especial relevancia en los pacientes que presentan problemas de salud mental (*Kearley KE et al., 2001*).

La continuidad es un factor importante en la utilización de las consultas de atención primaria y en la utilización más eficiente de los servicios y pruebas diagnósticas (*Starfield B, 1998*). La falta de continuidad del proveedor produce un aumento de la utilización de las consultas de atención primaria (*Kronenfeld JJ, 1980*), una disminución de las consultas no urgentes en los servicios de urgencias (*Peterse LA et al., 1998*), y una disminución de la calidad de la atención prestada y de la relación médico-paciente (*Stewart M, 2004*).

La continuidad en la atención al paciente se ha relacionado con mejor cumplimiento terapéutico, mayor calidad en la comunicación del problema del paciente al médico, mejor identificación por el médico del problema del paciente, mayor satisfacción del paciente con la visita, menor número de visitas al médico y mayor acceso a cuidados preventivos como cáncer de mama, cáncer cervical y de próstata y vacunaciones antigripal; por su parte el médico deberá enfrentarse a posibles cambios de tratamiento por parte de otros profesionales (*Menec VH et al., 2001*). Freeman enfatiza sobre la importancia de la continuidad de la relación interpersonal médico-paciente como herramienta terapéutica y de satisfacción para médico y paciente (*Freeman GK et al., 2003*).

La discontinuidad puede tener efectos negativos sobre la calidad de la atención y especialmente sobre la frecuentación. En los centros de salud docentes se ha observado que algunos pacientes optan por acudir otro día a la consulta cuando encuentran un residente u otro sustituto en lugar de “su médico”.

Es posible que los pacientes sean más conscientes de los beneficios de la continuidad que los propios profesionales y gestores.

d) Las relaciones entre atención primaria y atención especializada: En general, las derivaciones apropiadas con especialistas resolutivos disminuirán la utilización en atención primaria, y viceversa. La deficiente coordinación entre niveles asistenciales provoca una discontinuidad entre atención primaria y especializada, incrementa la probabilidad de rehospitalizaciones y aumenta la prevalencia de errores clínicos relacionados con la medicación y el seguimiento de las pruebas complementarias (*Moore C et al., 2003*).

El nivel especializado puede inducir una gran demanda en la consulta del médico de familia. Los médicos de cabecera con menos formación y una mayor presión asistencial derivan más (*García L et al., 1995*); sin embargo, no resulta fácil saber si la presión asistencial es causa o consecuencia de las tasas de derivación. Entre los argumentos que se invocan a favor de que las mayores tasas de derivación producen un aumento de la presión asistencial se pueden citar los siguientes: las duplicaciones de las pruebas diagnósticas (*Ortún V, 1986*), la protocolización de visitas de seguimiento excesivas o con objetivos poco claros (*Doeleman F, 1987*), la prescripción de fármacos de escasa utilidad clínica para largos tratamientos (*Mata M et al., 1991*), la génesis de diagnósticos dudosos y iatrogénicos (*Bass C, 1990*), el "secuestro" de pacientes sin pasar por el médico de atención primaria y los cambios que se producen en los pacientes en cuanto a "la respuesta ante la enfermedad" y a las relaciones con su médico de familia (*Epstein RM, 1995*). Por contra, derivar a un paciente en el momento y con el criterio adecuado puede ayudar a disminuir la presión asistencial (siempre que se resuelva el problema de salud por el que fue derivado). La *coordinación y cooperación entre niveles de asistencia* sigue siendo una de las asignaturas pendientes en nuestro sistema de salud. Además de los intentos de coordinación voluntarista por ambas partes, que se dan en algunas ocasiones, probablemente se necesite tomar medidas en niveles superiores de gestión, como instaurar instrumentos contractuales e incentivos que fomenten la coordinación y cooperación entre los especialistas y los médicos de familia, o favorecer la elección de especialista por el médico de atención primaria. El flujo de la información clínica entre los distintos puntos de atención (hospital, urgencias, laboratorio, consultas externas, farmacias, etc.) debería ser fluido y, a ser posible, estar informatizado.

Visto desde otra perspectiva, se ha comprobado que la prestación de servicios por varios proveedores aumenta de por sí las tasas de utilización (*Kronenfeld JJ, 1978; Kronenfeld JJ, 1980*). Ello estaría relacionado directamente con el fenómeno de la demanda inducida por el proveedor, ya que se sumarían los porcentajes de demanda inducida de los distintos profesionales que intervendrían en los cuidados del paciente: la demanda inducida por el médico de atención primaria, más la inducida por el especialista 1, más la inducida por el especialista 2, etc.

En segundo lugar ocurriría el fenómeno de repetición de pruebas complementarias, generalmente reflejo de una mala coordinación entre los profesionales del mismo o distinto nivel, a lo que se podría sumar la característica propia de nuestro sistema, por la que el paciente debería retornar al primer nivel para realizar la primera y subsiguientes prescripciones del especialista de segundo nivel. Sin olvidar que los especialistas de segundo nivel prescriben más medicinas de escaso valor intrínseco que los propios médicos de atención primaria (*Mata M et al., 1991*).

Un estudio realizado en Australia puso de manifiesto, mediante auditorias de informes de alta hospitalaria, que sólo un 27% de los informes eran transferidos a primaria y que el 37% de ellos contenían errores e imprecisiones en el texto (*Wilson S et al., 2001*).

Existe también una proporción importante de pacientes con trastornos psicosomáticos que son referidos a múltiples especialistas. Estos pacientes difícilmente solucionan sus problemas con las derivaciones sintomáticas, sino más bien se tendería a la cronificación y diversificación de su morbilidad (incluso con peligro de iatrogenia). Por ello, lejos de disminuir la demanda, se incrementarían sus tasas de utilización por un déficit de capacidad resolutive profesional, capitaneada indiscutiblemente por el profesional de atención primaria (*Bass C, 1990*).

Por último, otro aspecto de la relación entre niveles que podría aumentar la utilización es el "secuestro" de pacientes, que desde las urgencias del hospital se auto-derivan a las consultas externas hospitalarias. También se produce un fenómeno de auto-derivación a especialistas desde las consultas de los propios especialistas (por ejemplo el cardiólogo deriva al endocrino directamente). Este tipo de derivaciones sin el protagonismo del médico de atención primaria es propia de algunos países, entre ellos el nuestro (*Mozos A y Bellon JA, 1993*).

Como reflexión final, cabe apuntar que una indicación acertada para derivación, en la que el especialista actúe con una buena capacidad resolutoria y efectividad, con una buena coordinación con el médico de familia, lograría resolver el problema del paciente y, como consecuencia, disminuir la utilización de la consulta de atención primaria.

e) Normas administrativas, incentivos y sanciones: Las organizaciones pueden aumentar o disminuir la utilización a través de sus normas, aplicadas sobre pacientes, profesionales y centros sanitarios. En el caso de las normas sobre pacientes, limitar la accesibilidad a ciertos medicamentos que exigen visado, o a las consultas especializadas mediante derivación del médico de familia, disminuye la utilización. De igual modo, son frecuentes las normas administrativas enviadas a los profesionales y a los centros de salud que afectan al consumo de medicamentos, a las pruebas complementarias, a las derivaciones a especialistas, etc. Estas normas, que son de carácter descendente, sin que intervenga el profesional en su elaboración o decisión, suele ser desconsideradas por éste, provocándole al menos cierto desagrado (*Eisenberg JM, 2002*). Las repercusiones que pueden tener sobre la utilización de los servicios se ejercen a través de terceras variables: pueden aumentar o disminuir la accesibilidad del usuario, variar la demanda inducida por el proveedor, o modificar la capacidad resolutoria de los médicos (*Bellón JA, 1998*).

Los *incentivos económicos* se pueden emplear para aumentar la utilización, como en el caso de la incentivación de programas preventivos de la reforma sanitaria inglesa (*Donaldson C y Gerard K, 1989*). En un experimento natural de incentivación económica genérica a los médicos de una clínica de atención primaria, se comprobó cómo aumentó el consumo de pruebas complementarias y el número de visitas de sus pacientes (*Hemenway D y Fallon D, 1990*). Desde el lado opuesto, se podría incentivar económicamente el no consumo de recursos y el descenso de la utilización (*Bellón JA, 1995*). De hecho, se conocen experiencias con resultados positivos, fundamentalmente en el medio hospitalario, sobre el descenso en el número y la duración de los ingresos (*Eisenberg JM, 1985*). La aplicación de programas o procesos asistenciales ha demostrado un aumento de la utilización durante la primera fase de su aplicación, y una disminución a medio y largo plazo, como consecuencia de una mejor calidad de la atención, diagnóstico precoz y seguimiento de patologías prevalentes. También es cierto que el efecto del incentivo sólo se produce si la cantidad es suficientemente elevada; en caso contrario puede no tener efecto alguno sobre la práctica.

En algunas comunidades autónomas existe un modelo de contratación que incluye una parte del salario variable según el número de personas adscritas, como incentivo profesional denominado "pago por cartilla". Este sistema tiende a atraer y satisfacer al usuario (aumento del consumo de fármacos, de las derivaciones, de pruebas complementarias, etc.). Se intenta maximizar el número de pacientes adscritos, pero a su vez se minimiza el tiempo dedicado a los pacientes. Los resultados suelen reflejar una disminución de la calidad de la atención prestada, un déficit de la eficiencia y un aumento de la utilización (*Martín J et al., 1990*). Cuando el sistema de retribución-incentivación es "por acto médico", existen pocas dudas de que se aumenta la utilización (*Hickson GB et al., 1987*), aunque como ya se comentó en relación a la demanda inducida, también se ha comprobado que cada profesional no estimula o induce la demanda de forma ilimitada, sino hasta obtener unos honorarios que considera óptimos para sus necesidades, con una presión que le resulte aceptable para su estilo de práctica profesional (*Eisenberg JM, 2002*).

Aunque la teoría en torno a la modificación de conductas en adultos sugiere que los incentivos son generalmente más efectivos que las sanciones, hay más experiencias positivas sobre medidas sancionadoras a profesionales que sobre incentivos; parece que la mera amenaza puede ser suficiente para disminuir la utilización, en especial si estas medidas están acompañadas de formación y feedback positivo (*Eisenberg JM, 2002*).

JUSTIFICACION Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El exceso de demanda asistencial y la falta de tiempo es, en la actualidad, el tema que más preocupa a los profesionales de atención primaria en su práctica diaria (*Dugdale DC et al., 1999; Morrison I y Smith R, 2000; González MJ et al., 2000; Morera J, 2001*). Por otra parte, no es un problema exclusivo de los médicos españoles, la preocupación se extiende al resto de países de nuestro entorno, independientemente del modelo de Sistema Sanitario bajo el que realicen su tarea asistencial (*Zyzanski SJ et al., 1998; Mechanic et al., 2001; Williams ES y Skinner AC, 2003*).

Este problema tiene unas repercusiones importantes sobre la calidad de atención prestada a la población (*Howie JG et al., 1992; Cambell SM et al., 2001; Momparler C, 2002*), la satisfacción profesional (*Howie JGR et al., 1992; Zandbelt LC et al., 2004*), el desgaste emocional del médico (*Neil S et al., 1993; Sobrequés J et al., 2003*) y, la satisfacción del usuario (*Grol R et al., 1999*). De forma más concreta, la escasez de tiempo dedicado a cada paciente genera tensión y estrés en el profesional (*Linzer M et al., 2000; Morrison I y Smith R, 2000*), dificulta la toma de decisiones y el manejo de la incertidumbre, que se compensa con la solicitud de mayor cantidad de pruebas complementarias y prescripción de medicamentos (*Wilson A y Childs S, 2002*), un estilo de práctica más biomédico y menos participativo (*Kaplan SH et al., 1996; Yawn B et al., 2003*), una menor cantidad de consejos preventivos (*Wilson A, 2002*) y de un abordaje psicosocial (*Dugdale DC et al., 1999; Fusté J y Rué M, 2001*), y supone además una dificultad añadida para la formación continuada, la docencia y la investigación (*Olesen F et al., 2000; Nuño R y Elexpru JL, 2005*). Para el usuario, las consecuencias de un tiempo excesivamente reducido en la consulta podrían derivar en falta de autonomía, pérdida de su capacidad de decisión, iatrogenia, exceso de exploraciones recibidas, y un consumo elevado de medicamentos (*Howie JGR et al., 1999*); junto a un efecto, mostrado ampliamente en los estudios previos, sobre la disminución de su satisfacción con la atención recibida (*Starfield B, 1998; Gross DA et al., 1998; Howie JGR, 2004; Ogden J et al., 2004*).

Por otra parte, las tasas de frecuentación de la población están sufriendo en los últimos años un paulatino incremento, suave pero continuo. En los países occidentales se trata de una tendencia generalizada también paralela al envejecimiento de la población (*Goodwin P, 2003*), aunque éste por sí sólo no explica todo el incremento de la frecuentación, que también se atribuye a otros factores dependientes del profesional y de la organización (*Mechanic D, 2001*).

Todo lo expuesto justifica sobradamente la necesidad de implantar estrategias que, sin merma de la calidad asistencial, conduzcan a una reducción sustancial de la frecuentación de las consultas. Para

ello, obviamente, es necesario conocer qué factores intervienen en las visitas que realiza el paciente. La investigación sobre este aspecto se inició en los años 60 en Gran Bretaña (*Andersen R, 1973*) y, desde entonces, los investigadores han aportado conocimiento de gran interés para esclarecer una compleja red causal donde interactúan factores relacionados con las características del usuario y del profesional, la organización de la consulta, y el modelo de organización sanitaria. También se han realizado numerosas intervenciones para mejorar la calidad de las consultas en atención primaria; sin embargo, son escasos los estudios experimentales con intervenciones encaminadas a reducir la utilización (*Deb P y Trivedi PK, 2002; Rodríguez A, 2006*) o mejorar la eficiencia en la consulta (*Willis DR, 2005*), posiblemente debido a la complejidad de los factores implicados y las limitaciones encontradas en los modelos explicativos que no incorporan muchos de estos factores. Experiencias como la realizada por Murray en EEUU (*Murray M y Berwick DM, 2003*) han aportado información de interés sobre métodos de gestión de citas en las consultas, con diseños antes-después, mostrando su utilidad para reducir la frecuentación y las listas de espera.

En la ardua tarea de desentrañar la intrincada red de factores que inciden sobre la utilización de los servicios asistenciales, el desarrollo de la investigación ha sido muy amplio en el nivel de los factores relacionados con el usuario, se estima que, en conjunto, dichos factores no llegan a explicar más del 50% de la variabilidad (*Bellón JA, 1996; Orueta FJ, 1999*). Por su parte, los factores del proveedor médico y de la organización explican al menos un 30% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria (*Hurley J et al., 1996*). Esta hipótesis, derivada de la revisión bibliográfica, debe ser cuantificada en Andalucía, donde no hay estudios al respecto.

Parece desafortunado que, a estas alturas, se sepa mucho de los factores del usuario que, aunque explican buena parte de la variabilidad, son mucho más difíciles de modificar, y se sepa mucho menos de los factores del proveedor, que, justificando una parte nada despreciable de tal variabilidad, son mucho más fácilmente modificables (al menos en teoría (*Phillips KA et al., 1998*)).

Al poder explicativo aportado por los factores del profesional médico y la organización de su consulta (micro-organización), se añaden los factores dependientes de la organización del centro de salud y el equipo (macro-organización), que han llegado a explicar hasta un 50% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria (*Hurley J et al., 1996*).

Las dificultades para la investigación sobre la utilización de servicios se han centrado, entre otras razones, en la gran cantidad de variables que podrían estar implicadas, la escasez de sistemas de información adecuados y de calidad, así como en las dificultades metodológicas en el diseño y análisis de datos (*Sáez M, 2003; Phillips KA et al., 1998*). Tanto es así que, a nivel internacional, apenas si existen estudios de carácter prospectivo (*Eisenberg JM, 2002; Jordan K et al, 2003*). En España, la investigación se ha limitado a algunos estudios descriptivos y transversales (*Gonzálvez MJ, 2000; Pedrera V, 2005*), que imposibilitan discernir entre causas y consecuencias, o entre diferencias debidas a las etapas de un proceso evolutivo en el tiempo. También han sido frecuentes los estudios ecológicos sobre bases de datos administrativos, que han tenido su interés para el estudio de factores demográficos, socioeconómicos o de accesibilidad del usuario (*Piantodosi S et al., 1988; Rodríguez y Martín JM, 1999*), y aspectos del profesional como su perfil de prescripción o derivación (*Prados A, 1996*). No obstante, como es bien sabido, este tipo de estudios tiene importantes limitaciones desde la perspectiva de la investigación causal.

Otras limitaciones que podemos encontrar en la investigación previa sobre utilización de servicios se encuentran en las técnicas de análisis de datos aplicadas hasta el presente. En los estudios de utilización se pone claramente de manifiesto la existencia de grupos jerárquicos en las variables predictoras de la utilización, dependientes del nivel al que pertenece cada variable o grupo de variables: el usuario, el profesional, el centro, etc. Por ejemplo, el reconocimiento de que los distintos médicos pertenecen a distintos centros de salud no es gratuito. En general, se podría decir que los médicos pertenecientes a un mismo centro de salud tenderán a ser más parecidos en su comportamiento entre sí que respecto a los que pertenezcan a otros centros de salud. Los modelos tradicionales de regresión lineal múltiple, utilizados hasta el presente, no consideran este tipo de fenómenos, que invalidan la hipótesis de independencia entre las observaciones, necesaria para poder utilizar dichos modelos. Ello, lógicamente, se traduce en estimaciones incorrectas de los errores estándar (*Phillips KA, 1998*). Aunque las técnicas estadísticas han sufrido un gran avance desde los años 60, sólo ha sido a partir de la década de los noventa cuando se han incorporado modelos multivariantes jerárquicos o modelos multinivel (*Catalán-Reyes MJ y Galindo-Villardón MP, 2003; Sáez M, 2003*) que permiten, además de ofrecer estimaciones correctas de dichos errores estándar, separar la variabilidad debida a los distintos niveles jerárquicos de las variables predictoras, lo que es de vital importancia de cara al orientar adecuadamente las estrategias de intervención. Por desgracia, hasta el presente, estos modelos aún no se han aplicado al ámbito de la utilización de servicios.

Todo lo expuesto en los párrafos anteriores nos ha llevado a proyectar nuestro estudio tratando de dar respuesta a las preguntas relacionadas específicamente con los factores del profesional y de la organización que inciden en la utilización de las consultas de atención primaria, intentando superar los problemas de método ya mencionados. Así, la finalidad última de nuestro estudio es desarrollar un modelo explicativo sobre la utilización de las consultas al médico de atención primaria, analizando los factores que dependen del profesional y los factores que dependen de la organización. Esto podría sentar las bases para que los profesionales asistenciales de la atención primaria y sus gestores desarrollen herramientas útiles que les permitan disminuir la frecuentación de sus consultas, especialmente en aquellas visitas que no producen una mejora en la salud de los pacientes; lo cual podría incrementar el tiempo medio dedicado a cada paciente, la calidad de la atención prestada y la satisfacción tanto del usuario como del profesional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la presente Tesis Doctoral es elaborar un modelo explicativo multinivel de la utilización de las consultas médicas de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma Andaluza, a partir de variables que dependen del médico, de la organización de la consulta y de la organización del centro de salud. Para lograr este propósito, será preciso alcanzar los siguientes objetivos intermedios y específicos:

OBJETIVO INTERMEDIO

Validar una “escala de demanda inducida” por el medico de atención primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores dependientes del médico que influyen sobre la utilización de las consultas médicas de Atención Primaria en Andalucía y cuantificar la magnitud de su efecto.
2. Identificar los factores de la organización de la consulta (micro-organización) que intervienen en la utilización de las consultas médicas de Atención Primaria y cuantificar la magnitud de su efecto.
3. Identificar los factores de la organización del Centro de salud que intervienen en la utilización de las consultas médicas de Atención Primaria y cuantificar la magnitud de su efecto.

MÉTODOS

1. DISEÑO

Estudio mixto de cohorte prospectivo, con dos unidades de estudio: **Centros de salud (CS)**, y **Médicos de Familia (MF)**.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO

El marco geográfico de referencia de este estudio está constituido por las 55 **Zonas Básicas de Salud (ZBS)** de las provincias de Málaga y Jaén. Las ZBS son el marco territorial y poblacional elemental de la **Atención Primaria**. Cada ZBS está atendida por un **Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)**, que a su vez se compone de un centro de salud y, en algunos casos, uno o más consultorios locales adscritos a éste. El **Distrito Sanitario de Atención Primaria** es la demarcación geográfica para la gestión y prestación de los servicios de Atención Primaria, que abarca el conjunto de ZBS vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración. En conjunto, la población de referencia de las 55 ZBS definidas en el ámbito geográfico del estudio ascendía, en 2001, a 1.795.751 habitantes.

2.2. ÁMBITO TEMPORAL

El estudio se ha realizado en el período comprendido entre noviembre de 2001 y septiembre de 2003. El trabajo de campo (captación y seguimiento de la población de estudio) se llevó a cabo entre marzo de 2002 y septiembre de 2003.

3. POBLACIÓN

3.1. POBLACIÓN DE REFERENCIA

Nuestra intención original fue utilizar como población de referencia a todos los centros de salud y médicos de familia de la Comunidad Autónoma de Andalucía; sin embargo, la limitación debida a

la falta de informatización hizo que nos quedáramos con Jaén y Málaga. Aceptamos como consecuencia, que Jaén y Málaga no son completamente representativos del total de la CCAA. Por ello, redefinimos nuestra población de referencia, y consideramos como tal sólo a los CS y MF de Jaén y Málaga. Esta cuestión no afectaría a la validez interna del estudio, aunque si restringe su validez externa, limitando la extrapolabilidad de los resultados.

En definitiva, la población de referencia quedó constituida respectivamente para cada unidad de estudio, por todos los Centros de Salud y Médicos de Familia (MF) que trabajaban en atención primaria de Málaga y Jaén. En el Anexo VII-Tablas 1 a 3 se describen por provincias: el número de distritos, centros de salud, consultorios, número de médicos de atención primaria distribuidos por sexo y la población atendida en el año 2001.

3.2. POBLACIÓN ELEGIBLE

La población elegible estuvo constituida, respectivamente para cada unidad de estudio, por todos los Centros de Salud de las provincias de Málaga y Jaén constituidos como tales a fecha 1 de Enero de 2001, un total de 89 centros, 54 en Málaga y 35 en Jaén; así como por el conjunto de MF que, a fecha 1 de Enero de 2001 ocupaban un puesto de trabajo en activo en los EBAP de Málaga y Jaén y que llevaban al menos 1 año utilizando de forma habitual en su consulta la historia clínica informatizada: 1.316 médicos, 765 en Málaga y 551 en Jaén. La aplicación de este último criterio supuso contar, a priori, con 1.277 (97%) de los médicos que trabajaban en los CS de ambas provincias. Estas dos provincias precisamente fueron seleccionadas porque en el año de comienzo del estudio llevaban un periodo de más de 1 año con la informatización de la atención primaria completada.

Aparte de los criterios de inclusión especificados en la definición de la población elegible, se establecieron los siguientes **criterios de exclusión**:

a) De los centros de salud:

- Llevar menos de un año de funcionamiento como centro de Atención Primaria reconvertido.
- Llevar menos de un año de informatización efectiva y utilización del programa TASS.

b) De los médicos de Familia:

- Llevar menos de 2 meses de incorporación al centro de salud.
- Que tuvieran perspectiva de no seguir trabajando en la plaza en el año siguiente desde la fecha de realización de la encuesta inicial.
- Los MF que no contaran con terminal de ordenador en su consulta.
- Los MF en cuyo puesto de trabajo no se utilizara de forma habitual (diariamente) en su consulta la historia clínica informatizada TASS durante al menos 1 año antes del inicio del seguimiento.

Tras la aplicación de los criterios antes mencionados, la población elegible estuvo constituida por un total de 55 Centros De Salud.

3.3. MUESTRA

3.3.1. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Sobre la primera unidad de estudio, el centro de salud, se realizó un muestreo por medio de números aleatorios, estratificando por Distrito Sanitario y proporcionalmente al número de Centros de salud de cada distrito y del total de ambas provincias, Málaga y Jaén. Sobre la segunda unidad de estudio, el médico de familia, no se hizo ningún muestreo porque justamente se tomaron todos los médicos de familia de cada centro de salud. (**Figura 1-Anexo I**).

3.3.2. PROCESO DE CAPTACIÓN

Para la captación de Centros de Salud y sus correspondientes médicos de familia, el procedimiento se iniciaba con el envío de una carta personal al Director del Distrito Sanitario al que pertenecían los Centros de Salud y Médicos de Familia (MF) seleccionados, informando sobre el proyecto, y solicitando su colaboración. A la carta se adjuntó una copia del proyecto de investigación completo. Después de esto, los entrevistadores (uno en Jaén y dos en Málaga) contactaban por teléfono con los directores de los Centros de Salud seleccionados, concertaban una cita y le explicaban el proyecto

de investigación; una vez que aquél daba su conformidad, se conseguía un listado actualizado de todos los MF adscritos al Centros de Salud y se concertaba una reunión con todos. En ésta, se les presentaba el proyecto y, tras descartar a los MF que cumplieran alguno de los criterios de exclusión, se les pedía su consentimiento informado y su colaboración en el estudio.

3.3.3. MUESTRA DEL ESTUDIO AL INICIO DEL SEGUIMIENTO

El tamaño de la muestra inicial estuvo condicionado por los recursos económicos disponibles para el estudio. Se obtuvo una muestra compuesta por 38 Centros de Salud y 387 MF, distribuidos de la siguiente forma entre las dos provincias: 15 Centros de Salud y 143 MF de la provincia de Jaén, y 23 Centros de Salud y 244 MF de la provincia de Málaga.

De los 387 MF inicialmente seleccionados, se descartaron 7 por no disponer de terminal de ordenador en su consulta o no utilizar de forma habitual la historia clínica informatizada (TASS). Se descartaron otros 6 por encontrarse en situación de baja laboral prolongada y 3 más por haber cesado su contrato en el momento de iniciar el estudio. De este modo, se rechazaron 16 médicos (4,13% de los inicialmente seleccionados). De los 371 MF restantes pertenecientes a la población elegible, 7 rehusaron de forma explícita cumplimentar el cuestionario del estudio. Otros 31, aunque manifestaron su disposición a participar, no acabaron de entregar los cuestionarios cumplimentados después de 1 mes. Ello supuso que 38 MF rehusaron participar en el estudio (el 10,24% de los que cumplían los requisitos para ser elegibles, del total de Centros de Salud muestreados).

El número de médicos que participaron en la línea base del estudio fue de 333. No hubo diferencias significativas en la edad y sexo entre los 333 médicos que cumplimentaron el cuestionario y los 38 médicos que no lo hicieron: Así, las edades medias de respondientes y no respondientes fueron 44,2 años (DE = 5,7; IC=43,5-44,8) y 46,6 (DE = 8,9; IC=40,8-45,8) respectivamente ($p = 0,173$, para la comparación de dos medias). Con respecto al sexo, la proporción de mujeres fue de 28,8% y 26,1%, respectivamente ($\chi^2 = 0,002$; $p = 0,966$).

Así pues, la muestra reclutada de MF al inicio del seguimiento (marzo de 2001) quedó constituida por 38 Centros de Salud pertenecientes a 9 Distritos de Atención Primaria y 333 MF adscritos a dichos Centros de Salud. En la línea base del seguimiento, todos los MF cumplimentaron una

encuesta personal y autocumplimentada; de igual forma, los 38 directores de los Centros de Salud correspondientes auto-cumplimentaron otra encuesta específica para ellos.

3.3.4. PERDIDAS DURANTE EL SEGUIMIENTO Y MUESTRA DEL ESTUDIO AL FINAL DEL SEGUIMIENTO

Cuando acabó el año de seguimiento (el 31 de marzo de 2002), se volvió a mandar una carta a los Directores de Distritos, donde se les recordaba la participación en el proyecto y se les solicitaba que dieran las órdenes oportunas para que el personal pertinente en cada caso (de los sistemas de información, de la gestoría de usuarios y de Farmacia), elaborara y facilitara al equipo de investigación la información requerida de cada Centros de Salud y MF participante en el estudio. En algunas ocasiones hubo que reunirse con algunos de los profesionales del distrito que debían suministrar la información para aclarar y organizar la recogida de la información requerida. De esta forma se obtuvieron, para el período comprendido entre el 30 de marzo de 2001 y el 31 de marzo de 2002, los datos de utilización de las consultas y de las características de la población asignada a los MF incluidos inicialmente en el estudio, a partir de la explotación del sistema de información informático TASS y de la base de datos de usuarios (BDU) a nivel de Distrito Sanitario.

Durante este período de seguimiento de un año, 24 MF (el 7,2% de los incluidos al inicio del seguimiento) hubieron de ser excluidos del estudio, por las siguientes razones:

- Se perdieron 10 médicos por cese de contrato, cambio de cupo o de Zona Básica de Salud.
- Se perdieron 6 médicos por ausencia del puesto de trabajo por un periodo superior a 3 meses en el año de seguimiento (baja laboral, permiso sin sueldo, liberación sindical).
- Se perdieron 8 médicos por no poder conseguir los datos de utilización de sus consultas.

En las **Tablas 1 a 10** se recogen los **análisis de las diferencias entre los médicos perdidos durante el seguimiento y los válidos al final del mismo**. De todas las variables del estudio, tan sólo se observaron diferencias en la proporción de médicos que pasaban consulta en los consultorios locales, 11 (45%) entre los médicos que abandonaron el estudio y 48 (15%) entre los participantes; frente a los que pasaban consulta exclusivamente en el Centro de Salud cabecera de la ZBS, 13 (55%) entre las

pérdidas y 261 (85%) entre los participantes, que fue significativamente mayor ($\chi^2 = 14,024$; $p < 0.001$) entre los MF perdidos.

La **Figura 2-Anexo I** muestra el flujo de MF, desde la muestra de MF de Málaga y Jaén hasta los 309 estudiados al final del período de seguimiento.

4. FUENTES DE INFORMACIÓN

4.1. CUESTIONARIOS

Un entrevistador en Jaén y dos en Málaga, entrenados según el manual de normas que se adjunta en el **Anexo II**, se encargaron de entregar, en la primera sesión de contacto con los directores de cada centro de salud y los MF correspondientes, los cuestionarios para ambos. Los entrevistadores tenían, además, la misión de aclarar las dudas de los entrevistados, reforzar su motivación para la participación y recoger los cuestionarios ya cumplimentados.

4.1.1. CUESTIONARIO PARA EL MF (Anexo III)

Se trata de un cuestionario autocumplimentado, previamente pilotado en 12 médicos de familia, no incluidos en la muestra de estudio. Como resultado del pilotaje se realizaron cambios en la redacción y el orden de algunas preguntas. Durante el pilotaje, el tiempo medio de cumplimentación fue de 20-25 minutos. El cuestionario consta de **164 ítems**, que contienen el conjunto de variables seleccionadas para el estudio de los factores del médico y de la micro-organización, y que están agrupados en los siguientes subapartados:

a) Preguntas generales: datos de filiación, formación vía MIR, especialidad, experiencia laboral, propietario de plaza en atención primaria y actividad docente acreditada.

b) Escala de “burnout” Maslach Burnout Inventory (MBI): El inventario de “burnout” de Maslach MBI dispone de una escala de respuesta tipo Likert de 7 opciones (desde 0 = nunca, hasta 6 = todos los días); se compone de **22 ítems** y posee 3 dimensiones:

- El **cansancio emocional (EE)**, relacionado con la incapacidad de entrega a los demás, tanto a un nivel personal como psicológico. Se compone de 9 ítems.

- La **despersonalización (DP)**, o aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja. Este proceso de endurecimiento y deshumanización en relación con sus pacientes lleva a los profesionales a considerar que esas personas son algo o bastante merecedoras de sus problemas. Se compone de 5 ítems.
- La **reducción de la autorrealización personal (PA)**, que implica una tendencia a evaluarse negativamente y a sentirse infeliz y descontento consigo mismo y con su labor. Se compone de 8 ítems.

La escala de Burnout MBI viene representada por valores cuantitativos discretos, no existiendo un punto de corte que defina la presencia o ausencia del síndrome; aunque Maslach dividió la muestra en tres grupos, asumiendo que los tercios superior, medio e inferior de la muestra representaban niveles alto, medio y bajo respectivamente de Burnout. Altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de logros personales son reflejo de un *alto* grado de Burnout. Un grado *medio* es reflejo de puntuaciones medias entre las tres subescalas. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas EE y DP, y de altas puntuaciones en la de PA son indicativas de un *bajo* grado de Burnout.

El cuestionario fue adaptado inicialmente en España por Moreno et al (*Moreno B, 1991*), en la Universidad Autónoma de Madrid en 1991 sobre una muestra de 235 individuos y, posteriormente Nicolás Seisdedos, de ediciones TEA en 1997 utilizó 10 muestras de diferentes profesiones sanitarias y docentes para realizar una nueva adaptación (*TEA, 1997*). En ambos casos se confirmó en el análisis factorial la existencia de las tres dimensiones obtenidas por Maslach; y una buena fiabilidad, con puntuaciones estimadas de la consistencia interna mediante el *alfa* de Cronbach de 0,90 para el CE, 0,79 para la DP y 0,71 para la RP.

El inventario MBI se ha empleado en numerosos estudios con población española sanitaria (incluyendo la atención primaria) y no sanitaria (*Olivar C, 1999; TEA MBI, 1997; Alvarez E, 1991(a); Alvarez E, 1991(b)*).

c) Tres escalas que relacionadas con el perfil de práctica profesional: la **satisfacción laboral**, la **percepción de sobrecarga de trabajo** y la **orientación biomédica** del médico de atención primaria.

- **La satisfacción laboral y la percepción de sobrecarga en el trabajo:** El cuestionario "Font Roja", sobre satisfacción laboral en el medio sanitario, consta de 24 ítems y 9 dimensiones en el análisis factorial (*Mira JJ, 1994; Aranz J, 1988; Olivar C, 1999*). Nos interesaron específicamente 2 de ellas: la **satisfacción laboral**, que se componía de 4 ítems, y la de **presión en el trabajo**, que inicialmente se componía de 2 ítems. A esta última dimensión le añadimos 2 ítems más. El primero, recuperado del cuestionario "Font Roja", que en un principio se situaba en el análisis factorial global en la dimensión de "tensión en el trabajo", pero que pensábamos que en un nuevo proceso de validación se podía situar en la dimensión "presión en el trabajo". El segundo fue un ítem de nueva creación por nuestro equipo investigador. Para estas dos dimensiones se seleccionaron por tanto **8 ítems**:
 - *4 ítems para la satisfacción laboral:* Grado de satisfacción general con el trabajo (ítem 1), interés por la actividad laboral (ítem 4), sensación de merecer la pena el trabajo (ítem 7), convencimiento de idoneidad laboral (ítem 10).
 - *4 ítems para la percepción de sobrecarga en el trabajo:* Percepción de falta de tiempo para realizar el trabajo (ítem 2), percepción de exceso de trabajo (ítem 5), percepción de sobrecarga en el trabajo (ítem 8), y percepción de trabajar al máximo (ítem 11).
- **La orientación biomédica del médico de familia:** Los estilos de práctica profesional son difíciles de definir, pero podríamos entenderlos como el conjunto de peculiaridades en la forma de trabajar del médico. Uno de los estilos de práctica profesional en atención primaria que ha recibido mayor atención y estudio es el denominado "orientación psicosocial", frente al de "orientación biomédica" (*Mira JJ, 1998; Calnan M, 1988; Howie JGR 1992*). A este respecto, nuestro equipo de investigación tenía un interés particular, tras comprobar que los problemas de salud mental son el factor del usuario que más varianza explica de la utilización de las consultas de atención primaria (*Bellón JA, 1999; Dowrick CF, 2000*). En nuestro país no disponemos de ningún instrumento validado que aborde este tema en exclusividad y con suficiente rigor; por lo que decidimos aprovechar la experiencia acumulada de otros investigadores (*Mira JJ, 1998*)

y la nuestra propia (Jiménez JM, 1996) para desarrollar una escala de 4 ítems sobre el estilo de práctica clínica biomédico que fue sometido al proceso de validación. Los 4 ítems seleccionados contemplaron campos de contenido sobre: dificultad para la utilización de las destrezas médicas por sobrecarga de problemas sociales (ítem 3), mal empleo de la capacidad médica en problemas no clínicos (ítem 6), imposibilidad de dar apoyo psicológico por falta de tiempo (ítem 9), e interés por los problemas psicosociales de los pacientes (ítem 12).

Los 12 ítems de las 3 dimensiones, 4 por cada dimensión, se dispusieron de forma alterna en un único cuestionario para que no fueran demasiado evidentes las dimensiones teóricas del cuestionario. Las respuestas tenían 4 opciones Lickert ordenadas en función del grado de acuerdo, desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Hubo preguntas que se dimensionaron en positivo y otras en negativo para evitar el sesgo de respuesta de aquiescencia. La hipótesis de relaciones entre los contenidos del cuestionario fue que la satisfacción laboral y la percepción de sobrecarga tendrían una relación negativa entre ellas, mientras la orientación biomédica del médico estaría relacionada negativamente con la satisfacción laboral y positivamente con la percepción de sobrecarga en el trabajo. Partimos también de la hipótesis de que estas 3 dimensiones en su dirección sinérgica (mayor insatisfacción, mayor percepción de sobrecarga y mayor orientación biomédica) también estarían relacionadas con la mayor utilización de las consultas de atención primaria.

1-Identificación de los 6 motivos de consulta mas frecuentes entre los que se encontraban los problemas de salud mental (ítem 52). A partir de los estudios consultados, entre un 30% y un 40% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria (Juncosa S et al., 1999; Dowrick CF et al., 2000; Matalon A et al., 2002; Jordan K et al., 2003; Savageau JA, et al., 2006) presentan algún problema de carácter psicosocial, con motivos de consulta explícitos o implícitos; de forma que a un médico con orientación biomédica podrían pasarles desapercibidos, mientras que un médico con perfil psicosocial lo identificaría como uno de los principales motivos de consulta. La variable presenta una escala ordinal de respuestas, del motivo de consulta mas a menos frecuente.

2-Número de visitas programadas concertadas al mes para realizar algún tipo de psicoterapia en la consulta, con opciones de respuesta en intervalos desde 0 hasta más de 20 (ítem 44). Se basa en la hipótesis de que los médicos con perfil psicosocial concertarían con frecuencia visitas programadas para realizar algún tipo de intervención psicosocial con sus pacientes, mientras que esta actividad es infrecuente en los médicos de orientación biomédica. La variable es cuantitativa discreta.

3-Especialidades que más ha derivado en el último mes, entre seis opciones que incluyeron la salud mental (ítem 51). La hipótesis de la que se parte sería que los médicos de familia de orientación biomédica podrían derivar más a salud mental porque no quieren tratar con esos temas; aunque también detectarían menos pacientes con problemas psicosociales, luego a la vez la probabilidad de derivar a salud mental podría disminuir. Los médicos de familia de orientación psicosocial derivarían menos porque se sienten capacitados para tratar la mayoría de ellos y además quieren hacerlo, por otra parte también detectarían más pacientes con problemas psicosociales, luego también podría aumentar el número de derivaciones por tal motivo. Es decir, para ambos casos, médicos de orientación psicosocial y biomédica, habría razones para aumentar y disminuir el número de derivaciones. Lo cierto es que no está claro como se compensarían estas cifras. Con nuestro estudio podríamos sacar de dudas esta cuestión caracterizando a los médicos según su orientación (psicosocial-biomédico) y comprobando sus referencias en cuanto a sus derivaciones a salud mental. La variable presenta una escala ordinal de respuestas, del motivo de consulta de más a menos frecuente.

4- Número de veces que ha realizado una derivación a la trabajadora social en los últimos 3 meses, con opciones de respuesta en intervalos, entre ninguna y mas de 6 veces (ítem 60). En la misma línea argumental, el médico de orientación psicosocial, derivará mayor número de casos a la trabajadora social, que el médico de estilo biomédico. La variable es cuantitativa discreta.

e) Escala de Clima Organizacional (CO): El clima organizacional sería la percepción del “ambiente de trabajo” como grupo de características que lo distinguen de otras organizaciones; de permanencia relativa en el tiempo y que influyen en la conducta de las personas en la organización. Hemos empleado el cuestionario de clima organizacional de López Fernández (*López LA, 1988*), de 5 dimensiones (cooperación, cohesión, trabajo en equipo, vida social y autonomía) y 40 ítems, a su

vez inspirado en el cuestionario de clima social en el trabajo de Moos (*TEA, 1995*). Originalmente validado en los equipos de atención primaria, fue nuevamente validado tras reducir las dimensiones a 3 y los ítems a 21, comprobándose que, aunque la validez de contenido disminuía, el resto de coeficientes de validez y fiabilidad eran buenos (*Menárguez JF, 1999*).

El proceso de validación al que fue sometida la escala por Delgado et al (*Delgado A et al., 2006*), previa a su inclusión en el cuestionario, mostró una coherente validez factorial, obteniendo en el análisis factorial 12 factores que explicaban el 60% de la varianza y 7 con coeficientes de fiabilidad >0,50. El estudio de la fiabilidad mostró una **Escala de CO positivo** con las dimensiones de trabajo en equipo, cohesión y vida social, que obtuvo una buena consistencia interna (alfa = 0,82); y una **Escala de CO negativo** integrada por las dimensiones de conflicto en el equipo, percepción de fracaso, exceso de autonomía, dirección autoritaria y tensión médico-enfermera, que obtuvo una buena consistencia interna (alfa = 0,78).

La **escala global de CO** estuvo representada por más dimensiones e ítems sobre percepción de clima negativo que del positivo. Por tanto, para obtener la escala global de CO se construyó la siguiente ecuación, que de esta forma evitaba los valores negativos:

$$\text{Escala global de CO} = [(\text{clima positivo}) - (\text{clima negativo})] + 50$$

f) Escala de demanda inducida por el médico de familia: La definiremos como aquella demanda que el MF genera sin que de ella se pueda deducir una mejora en la salud de los pacientes. Esta concepción de demanda inducida es difícil de medir, ya que requeriría situaciones de laboratorio que en la práctica son poco o nada factibles. Para nuestro estudio, hemos optado por desarrollar una escala basada en la metodología de “las viñetas clínicas” (*Hemenway D, 1985*). Los trazadores clínicos seleccionados fueron la hipertrofia benigna de próstata, dislipemia, hipertensión y bronquitis aguda. Se elaboraron por tanto 4 viñetas o situaciones clínicas que a priori se definen como resueltas desde el punto de vista clínico; de este modo igualamos o estandarizamos por efectividad clínica. De cada viñeta se derivan 4 opciones a elegir por el médico, que desde el punto de vista científico-técnico son todas correctas; mientras lo que varía son las decisiones de visitas o de medidas organizativas de la consulta sobre las que se derivan, en teoría, un diferente número de visitas. Las 4 opciones se puntuaron del 1 al 4, de tal modo que el 1 indicaba que se generaba un número mayor de visitas y el 4 el menor. Las puntuaciones de los 4 ítems se sumaron y el rango de la escala varió entre 4 y 16. Por tanto, puntuaciones altas en la escala indicarían demandas inducidas

por el profesional bajas. Esta escala de demanda inducida fue sometida a todo el proceso de validación.

Las hipótesis que se eligieron para confirmar o refutar la validez de constructo (validez convergente y discriminante) tenían como denominador común su relación con la mayor utilización y/o la menor capacidad de resolver los problemas de los pacientes (Anexo VII-Tablas 8-10).

- El mayor **tamaño del cupo** se relaciona con una mayor utilización (*Groenewegen PP, 1995*).
- La **visitas totales** al año que recibe un médico debe ser uno de los criterios fundamentales con el que se debe relacionar la Escala de Demanda Inducida. Su no relación descartaría la validez de la escala (*Bellón JA, 2006*).
- El mayor **gasto en farmacia**, mayor volumen de prescripción, estaría relacionado con número de visitas (*Jolín L 1998; Rodríguez FJ, 2001*).
- La mayor prescripción de medicamentos **VINES** supondría una escasa resolución de problemas de salud de los pacientes, además de su relación con el mayor número de recetas (*Torralba M, 1994; Jiménez A, 1995*).
- Un mayor número de **visitas programadas**, total, a enfermos crónicos y a enfermos para un mejor diagnóstico, también se relacionaría con una mayor utilización (*Carroli G, 2001; Gérvas 2001; Navarro A, 1992*).
- Un mayor **seguimiento clínico por teléfono** disminuiría la utilización en las consultas (*Car J 2003; Patel H, 2005*).
- Un mayor número de **consultas a demanda telefónica** aumentaría la utilización, ya que se aumentaría la accesibilidad (*Foster J 1999; Patel H, 2005*).
- Si el **motivo de consulta** más frecuente es el **administrativo** debe ser porque la precaria organización administrativa hace que los pacientes tengan que venir muy a menudo, fundamentalmente por recetas repetidas y partes de confirmación (*Pedreira V, 2005*).
- El mismo argumento sirve para la **escala de organización administrativa**.
- Los médicos que **publican artículos originales**, tendrán una orientación más científica en su práctica clínica, lo que les hará tomar decisiones de mayor capacidad resolutoria, evitando aquellas que no consiguen resolver los problemas de salud de sus pacientes (*Davis P, 2000*).

- Recibir con más frecuencia los **visitadores médicos** debe relacionarse con un mayor consumo farmacéutico, más recetas y de peor calidad (*Caudill TS, 1996; Wazana A, 2000; Galán S, 2004*).
- A los **médicos de mayor edad** se les ha relacionado con mayor utilización de las consultas (*Cabedo VR, 1996; Mira JJ, 1998*). Los **médicos de orientación biomédica** tienen dificultades para orientar y resolver los problemas psicosociales de sus pacientes, que suponen el 30-40% de los pacientes que visitan al médico cada día (*Starfield B, 1998*).
- La **tensión médico-enfermera**, como subescala de la escala multidimensional de clima organizacional, se asociará a una mayor utilización médica de los pacientes por una menor eficiencia de ambos profesionales en la resolución de los problemas de los pacientes (*Pritchard, 1994; Delgado A, 2006*).
- El **clima organizacional negativo** aumentará también la utilización de las consultas médicas, por la falta de objetivos comunes, cohesión, colaboración, feed-back interno y trabajo en equipo en general (*Carr JZ, 2003*).

Para estudiar la **validez aparente** de la escala fue seleccionado un grupo de 8 expertos, 2 por cada área temática de la escala, médicos de familia en ejercicio con reconocido prestigio profesional que, comprobando la evidencia disponible, definieron la pertinencia de cada caso clínico y los valores de las opciones de respuesta desde el punto de vista científico y organizativo, analizando las consecuencias de cada decisión en cuanto a número de visitas y circuitos asistenciales. Como resultado fueron seleccionados los casos definitivos y se ordenaron las respuestas según el gradiente de “inducción” de más a menos número de visitas.

Para la realización del **test-retest** se aplicó de nuevo el cuestionario con una submuestra aleatoria de 102 médicos que repitieron la escala entre 6 y 15 días después con una media de 9 (DE=6), y permitió estudiar la **fiabilidad** mediante el análisis de concordancia y la estabilidad en el tiempo de las respuestas.

4.1.2. CUESTIONARIO PARA EL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD (Anexo IV)

Al igual que el anterior, se trata de un cuestionario autocumplimentado, de **160 ítems** repartidos en los siguientes subapartados:

a) Estructura poblacional de la ZBS (ítems 2-8). Se pueden cumplimentar con los datos que suministra el Distrito de Atención Primaria en los contratos programa. Las respuestas se dan de forma cuantitativa.

b) Tipo y cantidad de recursos humanos del EBAP (ítems 9-20). Las respuestas también son cuantitativas.

c) Cartera de servicios y programas en funcionamiento en el equipo (ítems 21-52). Se plantean como preguntas con respuesta dicotómica (sí / no).

d) Disponibilidad de recursos técnicos en el EBAP (ítems 53-63). Se plantean como preguntas con respuesta dicotómica (sí / no).

e) Accesibilidad por los profesionales del EBAP de recursos técnicos del nivel secundario y terciario (ítems 64-76). Se plantean como preguntas con respuesta dicotómica (sí / no).

f) Grado y la cantidad de organización dispensarial del EBAP (ítems 65-72). Se plantean como preguntas con respuesta dicotómica (sí / no).

g) Miscelánea: Número medio de sesiones de formación continuada (ítem 73), número de reuniones de equipo al mes (ítem 74), existencia de reuniones con especialistas en el centro (sí / no) (ítem 75), acreditación docente del centro (sí / no) (ítem 76), número de tutores acreditados para la docencia (ítem 77), número de R3 asignados al centro (ítems 78), funcionamiento de la comisión interna de control de calidad (sí / no) (ítem 79); isocrona (9 opciones ordinales) (ítem 80) y cualidad urbana-rural de la atención (6 categorías) (ítem 81).

h) Atención continuada ofertada (ítems 82-90). Se plantean como preguntas con respuesta dicotómica (sí / no).

i) Indicadores asistenciales del EBAP (ítems 91-114). Se responden como variables cuantitativas, a partir del módulo de análisis estadístico SIGAP, incluido en la historia clínica informática TASS.

4.2. REGISTROS INFORMATIZADOS

Los sistemas de información del Sistema Sanitario Público Andaluz cuentan con mecanismos de explotación por niveles: Médico de familia, Centro de Salud, Distrito Sanitario y Servicios Centrales del SAS. Para la obtención de los datos se utilizaron los niveles Centro de Salud, a través de los directores de centro, y Distrito Sanitario a través de los directores y técnicos del Distrito. En el **Anexo V** se presenta el modelo de carta dirigida al Director de Distrito solicitando la información para el estudio y en el **Anexo VI** el listado de indicadores solicitados.

4.2.1. HISTORIA CLÍNICA INFORMÁTICA DE ANDALUCÍA (TASS)

La Historia clínica informatizada Andaluza (TASS) es común para todos los Centros de Salud de Andalucía, que funcionan en red con un servidor en cada EBAP. Las Bases de datos se exportan periódicamente desde los EBAP a los Distritos de Atención Primaria. De este modo, hemos obtenido los datos de utilización de las consultas de los médicos durante el año de seguimiento así como los códigos diagnósticos de los pacientes adscritos a cada médico.

4.2.2. BASE DE DATOS DE USUARIOS (BDU)

El sistema informático del Servicio Andaluz de Salud contiene la **Base de Datos de Usuarios**, común a todos los EBAP de la Comunidad Autónoma, que permite conocer la población asignada para cada médico, en función de los estratos de edad.

4.2.3. PROGRAMA SIFARMA

Es un módulo del programa **Farma**, también incluido en el sistema informático del Servicio Andaluz de Salud, mediante el que pueden obtenerse los datos de facturación de farmacia atribuible

a cada médico, así como el consumo por grupos y especialidades farmacéuticas. Prácticamente en todos los Distritos Sanitarios de Atención Primaria ya disponían, para el período de estudio, de la información tabulada correspondiente al gasto sanitario por médico y su gasto en medicamentos de Valor Intrínseco No Elevado (VINE).

5. VARIABLES DE ESTUDIO

5.1. VARIABLES DEPENDIENTES

Para cuantificar la utilización de la consulta médica de Atención Primaria se definieron las siguientes variables dependientes:

- **Número total de visitas:** total de visitas que recibe el médico de familia durante el año de seguimiento. Esta variable es la que se usó como variable dependiente en las regresiones múltiples.
- **Presión asistencial:** total de visitas que recibe el médico de familia durante el año de seguimiento partido por el número de días hábiles y efectivos de consulta en ese año. Esta variable se usó como variable dependiente únicamente en los análisis bivariantes. Se trata de un indicador de utilización de amplio uso y difusión en la gestión de servicios y viene a expresar la carga promedio de trabajo que el médico de familia tiene cada día en la consulta.
- **Frecuentación:** total de visitas que recibe el médico de familia durante el año de seguimiento, partido por el número de pacientes adscritos al médico en ese año según la Base de Datos de Usuarios (BDU), corregida por el número de pacientes distintos vistos (PDV) con al menos una visita durante el año de seguimiento, que no se encontraran en la BDU. Esta corrección se usó porque en la BDU puede no constar todos los pacientes que realmente acuden a la consulta o están adscritos temporalmente, lo cual supondría infradimensionar el tamaño del cupo. La frecuentación se usó como variable dependiente únicamente en los análisis bivariantes. También se trata de un indicador de utilización empleado en la gestión de servicios que tiene la ventaja de estar ajustado por el tamaño del cupo.

5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Se ha utilizado una clasificación operativa orientada al análisis Multinivel, que las agrupa en 2 Niveles: Nivel 1, variables del médico y Nivel 2, variables de la organización. Las variables se incluyen en cada nivel en función de que la información que contiene se refiere específicamente a cada médico y varía por tanto de médico a médico (nivel 1 o nivel del médico); o a cada centro de salud (nivel 2), variando entonces por cada centro de salud. Algunas variables, sin embargo, podrían ser clasificadas en los 2 niveles dependiendo del lugar de observación del investigador, un ejemplo podría ser el síndrome de Burnout, que podría utilizarse como variable propia del médico o como la media de los médicos del equipo, es decir, como variable del centro de salud.

5.2.1. VARIABLES DEL MÉDICO DE FAMILIA: NIVEL 1 (Anexo II)

Todas las variables que se citan a continuación se obtuvieron del cuestionario auto cumplimentado por los MF de los EBAP, salvo las excepciones especificadas.

Este grupo de variables constituyen el NIVEL 1 que será manejado en el análisis multinivel.

a) Variables obtenidas mediante cuestionario auto-administrado al médico de familia y del distrito sanitario.

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
Género	Género	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre/ Mujer	Cuestionario
Edad	Edad	Cuantitativa discreta	Año de nacimiento	Cuestionario
Antigüedad como MF	Año de licenciatura	Cuantitativa discreta	Año de licenciatura	Cuestionario
Especialidad	Especialidad de MF vía MIR	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Otra especialidad vía MIR	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
Tipo de contrato	Tipo de adscripción/ contrato	Cualitativa nominal	Propietario / Interino	Cuestionario
Antigüedad en el puesto de trabajo	Tiempo trabajado en EBAP	Cuantitativa discreta	Nº años-meses	Cuestionario
Actividad docente impartida	Tutor de residentes	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
	R1 asignado	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	R3 asignado	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
Formación Continuada	Asistencia a sesiones clínicas	Cualitativa nominal dicotómica	ninguna vez/1 o 2 veces/3 o 4 veces/5 o 6 veces/más de 6 veces	Cuestionario
	Sesiones clínicas impartidas en el último año	Cualitativa ordinal	ninguna vez/1 o 2 veces/3 o 4 veces/5 o 6 veces/más de 6 veces	Cuestionario
Actividad investigadora	Título de doctorado	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Proyectos de investigación financiados	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Comunicaciones-ponencias en Congresos	Cualitativa ordinal	Si/no	Cuestionario
	Ha publicado artículos originales en revistas científicas	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
Orientación farmacéutica	Recibe visitantes médicos	Cualitativa ordinal	Nunca/ casi nunca/ a veces/casi siempre/ siempre	Cuestionario
	Consulta revistas independientes de farmacología	Cualitativa ordinal	ninguna vez/una vez al mes/ una vez cada 15 días/ una vez a la semana/ más de una vez a la semana	Cuestionario
	Gasto farmacéutico medio anual	Cuantitativa continua	Euros/año	Distrito Sanitario SIFARMA
	Consumo de medicamento de valor intrínseco no elevado (VINEs)	Cuantitativa continua	% de gasto en VINEs sobre el total de gasto farmacéutico	Distrito Sanitario SIFARMA
Orientación comunitaria (ítems 53-55)	Participa en actividad educativa grupal	Cualitativa ordinal	en ninguna/ en 1 o 2/en 3 o 4/en 5 o 6/en 7 u 8/en 9 o 10/ en más de 10	Cuestionario
	Participa en reuniones con la comunidad	Cualitativa ordinal	en ninguna/ en 1 o 2/en 3 o 4/en 5 o 6/en 7 u 8/en 9 o 10/ en más de 10	Cuestionario
	Participa en actividad grupal como docente o terapeuta	Cualitativa ordinal	en ninguna/ en 1 o 2/en 3 o 4/en 5 o 6/en 7 u 8/en 9 o 10/ en más de 10	Cuestionario
DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
Orientación hacia la prevención-promoción en la consulta (ítems 56-59)	Captación activa de hipertensos	Cualitativa ordinal	en menos del 10% de los pacientes no hipertensos/ entre el 10 y el 30% / entre el 31 y el 60%/ entre el 61 y el 90% /en más del 90%	Cuestionario
	Realiza consejo antitabaco	Cualitativa ordinal	en < del 10% de los pacientes fumadores/ entre el 10 y el 30%/ entre el 31 y el 60%/ entre el 61 y el 90% /en > del 90%	Cuestionario
	Registra en la historia clínica el consumo de alcohol	Cualitativa ordinal	en < del 10% de los pacientes que veo en la consulta/ entre el 10 y el 30%/ entre el 31 y el 60%/ entre el 61 y el 90%/ en > del 90%	Cuestionario
	Participa en actividad en medios de comunicación	Cualitativa ordinal	en ninguna/ en 1 o 2/en 3 o 4/en 5 o 6/en 7 u 8/en 9 o 10/ en más de 10	Cuestionario
Orientación psicosocial (ítems 60 y 51-52)	Deriva a la trabajadora social últimos 3 meses	Cualitativa ordinal	Ninguna/1 o 2/ 3 o 4/ 5 o 6/ más de 6	Cuestionario
	Derivaciones realizadas a salud mental en relación a otros problemas de salud	Cualitativa ordinal	problemas respiratorios agudos/ seguimientos o problemas relacionados con pacientes crónicos (HTA, diabetes, EPOC o dislipemias)/problemas del aparato	Cuestionario

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
	Salud mental como motivo de consulta prevalente	Cualitativa ordinal	locomotor/ problemas de salud mental/ problemas administrativos (recetas, partes de IT, etc.)/problemas de piel Respiratorio/ dermatología/ traumatología/ cardiología/ salud mental/ ORL	Cuestionario
DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
Morbilidad atendida (item 51)		Cualitativa ordinal	orden de mayor a menor los motivos de consulta que ha atendido con mas frecuencia en el último mes: la que más le pone un 1, hasta la que derive menos que le pone un 6.	Cuestionario
Derivación a especialidades (item 52)			orden de mayor a menor las que cree que ha derivado más en el último mes: la que más le pone un 1, hasta la que derive menos que le pone un 6.	Cuestionario
Organización administrativa (items 27-34 y 25-26)	Hace las recetas en impresora	Cualitativa ordinal	no tengo impresora o no funciona/ menos del 20% o menos de las recetas que hago/ entre el 21-60% de las recetas que hago/ entre el 61-95% de las recetas que hago/ más del 95% de las recetas que hago	Cuestionario
	Hace los partes de Incapacidad Temporal (IT) en la impresora	Cualitativa ordinal	no tengo impresora o no funciona/ menos del 20% o menos de las recetas que hago/ entre el 21-60% de las recetas que hago/ entre el 61-95% de las recetas que hago/ más del 95% de las recetas que hago	Cuestionario
	Tiene algún sistema para la optimización de la entrega de recetas	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Tiene algún sistema para la optimización de la entrega de partes de IT.	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Que profesional cumplimenta los partes de IT	Cualitativa nominal	usted mismo en la consulta a demanda/ usted mismo fuera de la consulta a demanda/el enfermero/el auxiliar de clínica/ el administrativo/otra persona o situación especificar	Cuestionario
	Que profesional entrega los partes de IT	Cualitativa nominal	usted mismo en la consulta a demanda/ usted mismo fuera de la consulta a demanda/el enfermero/el auxiliar de clínica/ el administrativo/otra persona o situación especificar	Cuestionario
	Tiene algún sistema para optimizar la entrega de recetas de largo Tratamiento	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Que profesional cumplimenta las recetas de largo Tto.	Cualitativa nominal	usted mismo en la consulta a demanda/ usted mismo fuera de la consulta a demanda/el enfermero/el auxiliar de clínica/ el administrativo/otra persona o situación especificar	Cuestionario
	Que profesional entrega las recetas de largo Tto.	Cualitativa nominal	usted mismo en la consulta a demanda/ usted mismo fuera de la consulta a demanda/el enfermero/el auxiliar de clínica/ el administrativo/otra persona o situación especificar	Cuestionario
Organización de la agenda (item 1-8,18,	Índice acumulado de Organización administrativa	Cuantitativa	Escala sumativa de los items de organización administrativa	Cuestionario
	Lugar de la consulta	Cualitativa nominal	en el centro cabecera/en un consultorio, en distinto pueblo del centro cabecera con una sola plaza de médico/en un consultorio, en distinto	Cuestionario

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
20-21)			pueblo del centro cabecera con más de una plaza de médico/en el centro cabecera y en un consultorio en distinto pueblo del centro cabecera/en dos consultorios, en diferentes pueblos, y ninguno de ellos es el pueblo del centro cabecera/ otra situación	
	Horario de consulta	Cualitativa nominal	sólo por la mañana/ 4 mañanas y 1 tarde a la semana/ mañanas y 2 tardes a la semana/ mañanas y 3 tardes a la semana/1 mañana y 4 tardes a la semana/sólo por la tarde/otro horario	Questionario
	Participa un administrativo en la gestión de las citas	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Questionario
	Los pacientes pueden pedir cita por teléfono	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Questionario
	Se asigna hora a las citas	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Questionario
	Tiene número tope de citas al día	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Questionario
	Cifra media del tope de citas al día	Cualitativa nominal	menos de 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20/entre 21 y 25/ entre 26 y 30/ entre 31 y 35/ entre 36 y 40/ entre 41 y 45/ entre 46 y 50/entre 51 y 55/ entre 56 y 60/ más de 60	Questionario
	Frecuencia media de citas por tiempo	Cualitativa nominal	1 paciente/15 minutos //2 pacientes/15 minutos// 3 pacientes/20 minutos //2 pacientes/10 minutos //4 pacientes/20 minutos //3 pacientes/15 minutos//3 pacientes/20 minutos//especificar otro tipo de intervalo	Questionario
	Número medio de pacientes al día con cita	Cualitativa nominal	menos de 10/ entre 1 y 15/ entre 16 y 20/entre 21 y 25/entre 26 y 30/entre31 y 35/entre 36 y 40/entre 41 y 45/entre 46 y 50/entre51 y 55/entre 56 y 60/mas de 60	Questionario
	Número de pacientes al día sin cita	Cualitativa nominal	ninguno/entre 1 y 2/entre 3 y 4/ entre 5 y 6/ entre 7 y 8/ entre 9 y 10/ entre 11 y 12/ entre 12 y 13/ entre 13 y 14/ entre 15 y 16/ entre 17 y 18/ entre 19 y 20/ mas de 20	Questionario
	Días de lista completa de citas	Cualitativa nominal	ningún día se me ha llenado la lista al completo/ 1 día a la semana se me ha llenado la lista/ 2 días a la semana se me ha llenada la lista/ 3 día a la semana se me ha llenado la lista/ 4 días a la semana se me ha llenado la lista/todos los días he tenido llena la lista al completo	Questionario
	Días de demora para citas en la consulta	Cualitativa nominal	ningún día de demora/1 di ningún día de demora a de demora/2 días/3 días/4 días/5 días/6 días/7 días/mas de 7 días de demora	Questionario
Atención domiciliaria (items 19 y 47)	Número de avisos domiciliarios urgentes por semana	Cualitativa nominal	Ninguno/entre 1y2/entre 3y4/entre 5y6/entre7y 8/entre 9y10/entre 11y12/entre 13 y14/entre15 y 16/entre17y18/entre 19y20/mas de 20	Questionario
	Numero de visitas domiciliarias programadas por semana	Cualitativa nominal	Ninguna/ menos de 5 en el último mes/entre 6 y 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20/más de 20 en el último mes	Questionario
Compartir consulta	Comparte la consulta con otro miembro del equipo en jornada de trabajo	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Questionario
Atención continuada (items 9-15)	Realiza turnos de atención continuada de lunes a viernes	Cualitativa nominal	NO realizo turnos de atención continuada de lunes a viernes/< de 4 días al mes/entre 4 y 6 días/entre 7 y 9 días al mes/> de 9 días al mes	Questionario
	Nº de horas en los turnos de atención continuada	Cualitativa nominal	de 2 horas cada vez o </entre 3 y 6 horas/entre 7 y 10 horas/entre 11 y 15 horas/más de 15 horas	Questionario
	Realiza turnos de atención	Cualitativa	NO realizo turnos de atención continuada los	Questionario

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
	continuada los sábados	nominal	sábados/< de 1 sábado cada 2 meses/ entre 1 y 2 sábados cada 2 meses/> de 1 sábado al mes	
	Nº de horas en los turnos de atención continuada en sábado	Cualitativa nominal	de menos de 6 horas cada vez/entre 6 y 12 horas cada vez/entre 13 y 20 horas cada vez/más de 20 horas cada vez	Cuestionario
	Realiza turnos de atención continuada los domingos	Cualitativa nominal	NO realizo turnos de atención continuada los domingos/menos de 1 domingo cada 2 meses/ entre 1 y 2 domingos cada 2 meses/más de un domingo al mes	Cuestionario
	Nº de horas en los turnos de atención continuada en domingo	Cualitativa nominal	de menos de 6 horas cada vez/entre 6 y 12 horas cada vez/entre 13 y 20 horas cada vez/más de 20 horas cada vez	Cuestionario
	Realiza turnos de atención continuada fuera de su zona básica	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Índice de atención continuada	Cuantitativa	Escala sumativa de las variables anteriores	Cuestionario
Registro del motivo de consulta	Registra el motivo de consulta en la consulta a demanda	Cualitativa nominal	menos del 20% de las visitas que recibo/entre el 21-60% de las visitas que recibo/entre el 61-95% de las visitas que recibo/más del 95% de las visitas que recibo	Cuestionario
Visitas programadas (ítems 39-46)	Dispone de tiempo para visitas programadas fuera de la consulta a demanda	Cualitativa nominal dicotómica	Si/no	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana	Cualitativa nominal	Ninguna/entre 1y2/entre 3y4/entre 5y6/entre 7y8/entre 9y10/entre 11y12/entre 13y14/entre 15y20/mas de 20	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana para enfermos crónicos	Cualitativa nominal	Ninguna/menos de 6 al mes/entre 6 y 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20 /más de 20 al mes	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana para hacer infiltraciones	Cualitativa nominal	Ninguna/menos de 6 al mes/entre 6 y 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20 /más de 20 al mes	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana para hacer cirugía menor	Cualitativa nominal	Ninguna/menos de 6 al mes/entre 6 y 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20 /más de 20 al mes	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana para hacer psicoterapia	Cualitativa nominal	Ninguna/menos de 6 al mes/entre 6 y 10/entre 11 y 15/entre 16 y 20 /más de 20 al mes	Cuestionario
	Nº de visitas programadas de > 10-15 min a la semana para diagnóstico-valoración	Cualitativa nominal	Ninguna/menos de 5 en el último mes/entre 6 y 10//entre 11 y 15//entre 16 y 20/más de 20 en el último mes	Cuestionario
Consulta telefónica (ítems 48-50)	Ha tratado de resolver aviso urgente por teléfono en el último mes	Cualitativa nominal	Ninguno/menos de 5 en el último mes/entre 6 y 10//entre 11 y 15//entre 16 y 20/más de 20 en el último mes	
	Ha concertado algún seguimiento por teléfono en el último mes	Cualitativa nominal	Ninguno/menos de 5 en el último mes/entre 6 y 10//entre 11 y 15//entre 16 y 20/más de 20 en el último mes	

A estas variables se añadieron en el cuestionario las siguientes escalas:

- Escala de *demanda inducida* por el profesional (4 viñetas clínicas) validada en este estudio (ítems 35-38).

- Escalas de *satisfacción laboral* y *percepción de carga* de trabajo (8 ítems), a partir del cuestionario "Font Roja" (Mira JJ, 1994; Aranz J, 1988; Olivar C, 1999) y Escala de *estilo de práctica profesional psicosocial-biomédica* (4 ítems) (Mira JJ, 1998; Calnan M, 1988; Howie JGR 1992).
- Escala de *estrés laboral* crónico (22 ítems): Maslach Bournout Inventori, MBI (Olivar C, 1999; TEA MBI, 1997; Alvarez E, 1991(a); Alvarez E, 1991(b)).
- Escala de *Clima Organizacional* (40 ítems) de Fernández López (TEA 1995; López LA, 1988; Manárguez JF, 1999).

b) Variables cuyos valores se obtuvieron de las bases de datos informáticas en los Distritos Sanitarios:

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE DATOS
Tamaño del cupo	Nº de pacientes adscritos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes total	BDU corregida por PDV*
Morbilidad crónica atendida	Nº de Hipertensos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes	TASS. Historia Informatizada**
	Nº de Diabéticos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes	TASS Historia Informatizada**
	Nº de Dislipémicos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes	TASS Historia Informatizada**
	Nº de Bronquíticos crónicos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes	TASS Historia Informatizada**
	Nº de Asmáticos	Cuantitativa discreta	Nº de pacientes	TASS Historia Informatizada**

*Base de Datos de Usuarios (BDU) corregida por Pacientes Distintos Vistos (PDV).

**Morbilidad Codificada por la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP)

5.2.2. VARIABLES DEL CENTRO DE SALUD: NIVEL 2

Todas las variables se obtuvieron del cuestionario auto cumplimentado por los directores de los EBAP, salvo las excepciones especificadas (**Anexo III**).

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Tipo de Centro de Salud	Centro de salud	Cualitativa nominal	Urbano/rural/mixto
Habitantes y estructura poblacional de la ZBS	Nº habitantes ZBS	Cuantitativa discreta	Número
	Nº habitantes ZBS > 65 años	Cuantitativa discreta	Número
	Nº habitantes ZBS <= 1 año	Cuantitativa discreta	Número
	Nº habitantes ZBS 0-4 años	Cuantitativa discreta	Número
	Índice Suavi: >50 años / < 20 años	Cuantitativa discreta	Número
	Nº pensionistas ZBS	Cuantitativa discreta	Número
Personal que compone	Nº activos ZBS	Cuantitativa discreta	Número
	Nº médicos generales	Cuantitativa discreta	Número

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	
el equipo	Nº pediatras	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº enfermeras	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº auxiliares de enfermería	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº administrativos	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº celadores	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº trabajador social	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº odontólogo	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº técnico Rx	Cuantitativa discreta	Número	
Programas en funcionamiento en el último año en el CS	Nº fisioterapeuta	Cuantitativa discreta	Número	
	Nº otros:	Cuantitativa discreta	Número	
	Control embarazo	Cualitativa nominal	Si/no	
	Planificación familiar	Cualitativa nominal	Si/no	
	Diagnóstico precoz del cáncer femenino	Cualitativa nominal	Si/no	
	Vacunas	Cualitativa nominal	Si/no	
	Niño sano	Cualitativa nominal	Si/no	
	Salud escolar	Cualitativa nominal	Si/no	
	Consulta de enfermería	Cualitativa nominal	Si/no	
	PAPPS	Cualitativa nominal	Si/no	
	HTA	Cualitativa nominal	Si/no	
	Diabetes	Cualitativa nominal	Si/no	
	Dislipemia	Cualitativa nominal	Si/no	
	Obesidad	Cualitativa nominal	Si/no	
	Integrado de cardiovasculares	Cualitativa nominal	Si/no	
	EPOC-OCFA	Cualitativa nominal	Si/no	
	Tabaquismo	Cualitativa nominal	Si/no	
	Anciano	Cualitativa nominal	Si/no	
	Terminal	Cualitativa nominal	Si/no	
	Salud mental	Cualitativa nominal	Si/no	
	Largos tratamientos	Cualitativa nominal	Si/no	
	Metadona	Cualitativa nominal	Si/no	
	DIU	Cualitativa nominal	Si/no	
	Cirugía menor	Cualitativa nominal	Si/no	
	Educación maternal en grupos	Cualitativa nominal	Si/no	
	Educación grupal a pacientes crónicos	Cualitativa nominal	Si/no	
	Educación grupal de otro tipo	Cualitativa nominal	Si/no	
Visita puerperal	Cualitativa nominal	Si/no		
Rehabilitación	Cualitativa nominal	Si/no		
Formación continuada	Cualitativa nominal	Si/no		
Recursos disponibles en el CS	Extracciones	Cualitativa nominal	Si/no	
	ECG	Cualitativa nominal	Si/no	
	Rx	Cualitativa nominal	Si/no	
	Espirómetro	Cualitativa nominal	Si/no	
	Peack-flow	Cualitativa nominal	Si/no	
	Doppler	Cualitativa nominal	Si/no	
	Reflectómetro	Cualitativa nominal	Si/no	
	Sonicaid	Cualitativa nominal	Si/no	
	Microscopio	Cualitativa nominal	Si/no	
	Ecógrafo	Cualitativa nominal	Si/no	
Accesibilidad directa a los recursos en el CS	Análítica básica	Cualitativa nominal	Si/no	
	Pruebas endocrinas	Cualitativa nominal	Si/no	
	Serologías (infecciosas)	Cualitativa nominal	Si/no	
	Rx básica	Cualitativa nominal	Si/no	
	Rx con contraste	Cualitativa nominal	Si/no	
	Mamografía	Cualitativa nominal	Si/no	
	TAC o RMN	Cualitativa nominal	Si/no	
	Ecografías	Cualitativa nominal	Si/no	
	Endoscopias	Cualitativa nominal	Si/no	
	ECG	Cualitativa nominal	Si/no	
	EEG	Cualitativa nominal	Si/no	
	OTRAS PRUEBAS:	Cualitativa nominal	Si/no	
	Organización dispensarial o por Unidades de atención Familiar (UAF)	Existente un servicio dispensariado de avisos domiciliarios médicos de lunes a viernes	Cualitativa nominal	Si/no
		Existente un servicio dispensariado de pacientes sin cita (consulta de no demorables)	Cualitativa nominal	Si/no

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Docencia, formación continuada y calidad	Existe algún tipo de servicio médico dispensariado en el programa de la mujer	Cualitativa nominal	Si/no
	Existe algún tipo de servicio médico dispensariado en otros programas	Cualitativa nominal	Si/no
	Existe algún tipo de servicio dispensariado de consulta de enfermería de crónicos	Cualitativa nominal	Si/no
	Existe algún tipo de servicio dispensariado de consulta de enfermería en el programa de la mujer	Cualitativa nominal	Si/no
	Otros servicios dispensariados:	Cualitativa nominal	Si/no
	Nº medio de sesiones formación continuada / mes (último año)	Cuantitativa discreta	Número
	Nº medio de reuniones de equipo (organizativas) / mes (en el último año)	Cuantitativa discreta	Número
	En el último año, ¿algún especialista de la zona visitó el C.S. de forma periódica para sesiones de formación continuada? (se excluyen las iniciativas de la industria farmacéutica)	Cualitativa nominal	Si/no
	Centro de salud acreditado para la docencia de MIR MFyC	Cualitativa nominal	Si/no
	¿Cuántos tutores acreditados para MIR de MFyC tuvo el C.Salud en el último año?	Cuantitativa discreta	Número
	¿Cuántos R-3 de MFyC tuvo el C.Salud en el último año?	Cuantitativa discreta	Número
	¿Funcionó en el último año alguna comisión interna de control de calidad del C. Salud?	Cualitativa nominal	Si/no
	ISOCRONAS del CS	Isocrona del centro cabecera al hospital más cercano	Cualitativa nominal
Tamaño de población atendida en el CS	Nº de Habitantes atendidos en la ZBS	Cualitativa nominal	municipio >100.000 h/ entre 50.000-100.000/ <50.000 h/caso 1 + algún municipio <50.000 h/caso 2 + algún municipio <50.000 hab/otra situación:
Horarios asistenciales ofrecidos por el CS a la población	Se ofrece consulta de tarde	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de sábados (mañana)	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de sábados (tarde)	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de sábados (noche)	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de domingos (mañana)	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de domingos (tarde)	Cualitativa nominal	Si/no
	Guardia de domingos (noche)	Cualitativa nominal	Si/no
	Atención continuada tarde (lunes-viernes)	Cualitativa nominal	Si/no
Atención continuada noche (lunes-viernes)	Cualitativa nominal	Si/no	
Indicadores Asistenciales	Nº total citas concertadas MG		
	Nº total citas concertadas pediatría		
	Nº total pacientes sin cita MG		
	Nº total pacientes sin cita pediatría		
	Nº total pacientes atenc. Continu. MG		
	Nº total pacientes atenc. Continu. pediatría		
	Nº total ADU (en horario laboral) MG		
	Nº total ADU (en horario laboral) pediatría		
	Nº total ADU en atención continuada MG		
	Nº total ADU en atención continuada pediátrica		
	Nº total ADU MG		
	Nº total ADU pediatría		
	Nº total VDP de MG		
	Nº total VDP de pediatría		
	Nº total VDP de enfermería		
	Nº total consultas enferm. Programada		
	Nº total consultas enferm. A demanda		
Nº total inyectables de enfermería			
Nº total extracciones de enfermería			
Nº total curas de enfermería			

DIMENSION	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
	Nº total de ECG realizados		
	Nº total de ADU (en horario laboral) enfer.		
	Nº total de ADU (atenc. Continuada) enfer.		
	OTROS INDICADORES ASISTENCIALES:		

6. ANÁLISIS

6.1. TRANSFORMACIÓN DE VARIABLES ORIGINALES

Las variables cuantitativas del estudio fueron exploradas en cuanto al sesgo de simetría, con el objetivo de comprobar que su valor era próximo a cero. Si no se cumplía esta condición, se realizaron transformaciones en las variables denominadas de potencia, que son simples reexpresiones que cumplen las siguientes propiedades: conservan el orden de los datos, preservan los valores letras, son funciones continuas y normalmente vienen especificadas por funciones elementales (*Freixa M, 1992*). De este modo se intentó conseguir la simetría en la distribución de los datos, criterio necesario para aplicar todas las pruebas estadísticas que exigen normalidad, al ser éstas suficientemente robustas.

- La transformación logarítmica se empleó en las variables visitas totales, presión asistencial, frecuentación y número de pacientes >64 años por cupo.
- La transformación “raíz cuadrada” se realizó con las variables “nº hipertensos + diabéticos por cupo”, la escala de organización administrativa y la de despersonalización.
- La transformación “x²” se efectuó con la escala de realización profesional.

Con respecto a las variables categóricas, en los análisis bivariantes y multivariantes, se han reagrupado categorías, a partir de estudio descriptivo, en aquellas variables que contaban con mas 4 categorías, y en aquellas que contenían un número reducido de respuestas (**Tablas 69 a 94**).

Con objeto de responder a las exigencias del análisis multinivel se construyeron las denominadas “**variables centradas**”. Se trata de variables recogidas como información específica del médico que se transforman en variables del centro de salud hallando la media o mediana de los médicos de

cada centro de salud. El empleo de estas variables centradas tiene una doble justificación. En primer lugar, la información de cada médico respecto de una variable puede diferir del conjunto de la información de su centro de salud. Por ejemplo, en un centro de salud puede haber un médico con puntuaciones muy altas de burnout, mientras que la mayoría de médicos del centro de salud puede tener puntuaciones bajas. En segundo lugar, puesto que hemos tratado de tomar la totalidad de los médicos de los centros de salud elegidos, la estimación del valor real de cada “variable centrada” en cada centro de salud será altamente representativa del centro de salud. Las variables centradas que hemos construido para el nivel 2 de centro de salud fueron las siguientes (**Tablas 50 a 61**):

VARIABLES CENTRADAS

Total de visitas médicas /año
 Frecuentación
 Paciente distintos vistos (al menos una visita en el año)
 Base de datos de Usuarios (BDU)
 Base de datos de Usuarios >64 años
 Nº de hipertensos
 Nº de diabéticos
 Nº de dislipémicos
 Nº de EPOC
 Nº de asmáticos
 Nº crónicos
 Nº hipertensos + diabéticos
 Gasto de Farmacia medio de los médicos del CS
 Gasto de medicamentos de valor intrínseco no elevado (VINES) medio de los médicos del CS
 Tiempo en la plaza
 Edad de los médicos
 Demanda Inducida por el profesional
 Visitas programadas
 Visitas programadas a crónicos
 Visitas programadas para mejor diagnóstico
 Visitas programadas de psicoterapia
 Visitas programadas domiciliarias
 Consulta telefónica para filtrar avisos domiciliarios urgentes
 Consulta telefónica de seguimiento
 Consulta telefónica a demanda
 Trabajo en equipo
 Conflicto
 Percepción de fracaso
 Exceso de autonomía
 Vida social
 Dirección autoritaria
 Tensión médico-enfermera
 Clima positivo
 Clima negativo
 Clima negativo ajustado
 Cansancio emocional
 Despersonalización
 Realización personal

6.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Se realizó el análisis descriptivo de todas las variables estudiadas mediante el estudio de frecuencias. Se utilizaron las medidas según el tipo de variable:

- Para las variables cualitativas: distribución de frecuencias y porcentajes por categorías de respuesta

- Para las variables cuantitativas:
 - Medidas de tendencia central: Media o mediana
 - Medidas de dispersión: Desviación Estándar
 - Intervalos de Confianza al 95% (IC)

6.3. VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS

Para el estudio de la **Validez Factorial** se realizó un análisis factorial exploratorio. Para ello, en primer lugar, se aplicó el test de esfericidad de Bartlett, el cual sirve para contrastar la "normal multivariante", de tal modo que si no es significativo debe cuestionarse la pertinencia del análisis factorial.

Se exploraron las dimensiones subyacentes de los cuestionarios mediante **el análisis factorial**, con extracción de factores por el método de componentes principales. En una segunda fase se realizó una rotación ortogonal varimax para intentar minimizar el número de ítems que tienen grandes pesos en un factor. Para determinar el número de factores a extraer se utilizó el número de ítems con autovalores mayores de 1 ("*eigenvalue* > 1").

La medida de adecuación de la muestra se realizó mediante el índice de Kaiser-Meyer-Olkin, que compara los coeficientes de correlación observados y los coeficientes de correlación parcial y debe ser mayor de 0,5.

Una vez extraídos los factores, a cada factor o escala se le estudió la relación entre la puntuación de cada pregunta y la del factor o dimensión a la que pertenece. Esto se hizo a través del coeficiente de correlación de Pearson y el test independencia. Con ello se valora la posibilidad de que alguna

pregunta con un coeficiente de correlación muy bajo se distribuya de manera independiente de la puntuación global. Es de reseñar que para obtener este coeficiente de correlación, a la puntuación global de la dimensión determinada se le extrae la del ítem que es motivo de estudio, ya que de lo contrario se aumentaría artificialmente el valor del mencionado coeficiente, de este modo se obtiene el denominado coeficiente de correlación ítem-escala corregido.

Con la finalidad de descubrir preguntas poco relacionadas con el resto de las que componen una misma dimensión o factor, se construyeron sucesivas ecuaciones de regresión múltiple en las que la variable dependiente era la puntuación del ítem que se quiere estudiar y las independientes las del resto de ítems que componen la dimensión o escala; los coeficientes de determinación (R^2) de estas ecuaciones, tantas como ítems componen la dimensión, informan sobre la variabilidad de un ítem que es explicada por el resto de los ítems de la escala.

Con el objeto de estudiar la homogeneidad o consistencia interna de cada escala se midió el coeficiente **alfa de Cronbach** correspondiente, con el que se obtiene una medida de la fuerza de la relación entre todos los ítems de cada escala. Para ayudar en la toma de decisiones acerca de la pertinencia de excluir o incluir un ítem en una escala, se recalculó el alfa de Cronbach extrayendo de ella la puntuación del ítem bajo estudio, de tal forma que un aumento del alfa sugiere que tal ítem disminuye la consistencia interna de la misma.

Para comprobar la estabilidad en el tiempo de las puntuaciones en la escala de demanda inducida, se realizó un test-retest con una diferencia entre ambos entre 7 y 14 días. Para medir la fiabilidad test-retest se empleó el **coeficiente de correlación intraclase**

Finalmente, se estudiaron las correlaciones entre las distintas dimensiones o escalas para ver en qué medida compartían contenidos explicativos comunes.

6.4. ANÁLISIS BIVARIANTE

Para estudiar la relación bruta entre las variables dependientes, presión asistencial y la frecuentación, en su transformación logarítmica de la variable cuantitativa original -total de visitas al año por médico y las variables independientes (cualitativas o cuantitativas), se utilizaron las siguientes técnicas:

- Para el caso de variables independientes cualitativas dicotómicas se usó la **T de Student**, aplicando el test de Welch si el test de homogeneidad de la varianza fue significativo ($p \leq 0.05$). Con las variables independientes cualitativas dicotómicas de **nivel 2** (variables de EBAP) se empleó la **U de Mann-Whitney**.
- Para el caso de variables independientes cualitativas politómicas se usó el análisis de la varianza de una vía (**ANOVA-1**), comparando las parejas de variables por el método de Student-Neuman-Keuls y la penalización de Bonferroni. Con las variables independientes cualitativas policotómicas de Nivel 2 (variables del Centro de Salud) se empleó el **test de Kruskal-Wallis**.
- Para el caso de variables independientes cuantitativas se usó el coeficiente de **correlación de Pearson** y su correspondiente test de independencia. Con las variables independientes cuantitativas de Nivel 2 (variables del Centro de Salud), se usó el coeficiente **Rho de Spearman**.

6.5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

6.5.1. REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS

Se ajustaron modelos de regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente el logaritmo del número total de visitas que recibió cada médico durante el año de seguimiento. Para la inclusión-exclusión de las variables en el modelo se siguió el método "hacia delante" con una p de entrada de 0,10 y una p de salida de 0,15. No obstante, a la hora de extraer o incluir una variable al modelo también se midió la variación en los coeficientes de las variables independientes, de tal modo que si la eliminación-inclusión de una variable en la ecuación modificó, en un porcentaje superior al 10%, los coeficientes de alguna de las restantes variables retenidas en el modelo, tal variable se consideró como confusora y se mantuvo en la ecuación.

Para valorar la bondad de ajuste de los modelos construidos, se utilizó el test de Durbin-Watson, el histograma de los residuales estandarizados y los gráficos de la probabilidad normal y residuales estandarizados sin que se detectaran desajustes en los modelos finales de regresión lineal múltiple

6.5.2. REGRESIÓN MULTINIVEL LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS

El componente aleatorio del modelo de regresión multinivel estuvo representado por dos niveles: el médico y el centro de salud. La variable dependiente fue el logaritmo del total de visitas que recibió cada médico en el año de seguimiento. El componente fijo del modelo ajustado consideró todas aquellas covariables que en los análisis bivariantes obtuvieron una $p < 0.10$ o aquellas, que aún no siendo así, cambiaban en más de un 10% cualquiera de los coeficientes de las variables que permanecían en el modelo. Se probaron criterios de inclusión de covariables menos exigentes ($p < 0.15$ y $p < 0.20$), sin que de ello resultara cambios relevantes en cuanto a las variables que fueron significativas ($p < 0.05$) en el modelo final.

Para el ajuste de los modelos multinivel se empleó el método de máxima verosimilitud restringida y el de máxima verosimilitud, que dieron resultados prácticamente iguales. La comparación de un modelo con otro, manteniendo la estructura de anidamiento entre ellos, se hizo empleando el test de razón de verosimilitudes. En todos los casos se estudiaron los residuos, para detectar desajustes globales o locales del modelo, lo cual no ocurrió en los modelos finales. También se estudió la desviación de la normalidad de los mismos, que tampoco ocurrió tras las transformaciones oportunas.

6.6. SOPORTE INFORMÁTICO

Se ha utilizado el programa estadístico **SPSS/PC**, versión 14.0 para la construcción de la base de datos, los análisis descriptivos, bivariantes, de validación de escalas y regresiones lineales múltiples. El análisis de regresión multinivel ha sido realizado con STATA 9.2 y MLWin 2.0 produciendo ambos resultados similares.

RESULTADOS

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

1.1. DE LOS MEDICOS DE FAMILIA (Tablas 11 a 47)

La población de médicos del estudio correspondió a un 71% de hombres, con una edad media de 44 años (DE = 5,7); con una media de 132 meses (DE=53), que corresponde a 11 años de trabajo en atención primaria, y una media de 93 meses (DE=86) que corresponden a 7 años en la plaza que ocupaban actualmente. Un 76% fueron propietarios de su plaza. El 37% eran especialistas en Medicina Familiar y comunitaria vía MIR y un 8% estaba en posesión de otra titulación, y el 9% poseían el grado de doctor (**Tablas 11 a 13**).

Características de la agenda de consulta

El 82% de los médicos pasaban consulta en los centros cabecera de las ZBS y el 77% trabajaban al menos una tarde a la semana. El 15% no tenían número tope de pacientes citados al día en la consulta. En el 89% de las consultas existe apoyo administrativo para la gestión de citas, los pacientes pueden pedir cita por teléfono en el 90% de las consultas y el 91% de ellas se les asigna una hora de cita. Un 33% de los médicos de familia comparten la consulta en la jornada laboral con otro profesional del equipo. (**Tablas 14 y 15**).

El número tope de citas disponibles al día fue de más de 36 pacientes en el 70% de las consultas y más de 60 pacientes al día en un 12% de las consultas. El 90% citaban a los pacientes cada 5 minutos o menos. El 90% de los médicos veían más de 35 pacientes al día, mientras que el 70% veían más de 40 pacientes al día con cita. (**tabla 16**).

El 70% veían por término medio y por día más de 5 pacientes sin cita, el 34% veían más de 10 y el 10% más de 20. El 60% de los médicos decía tener la lista completa todos los días de la semana, y el 38% refería tener más de 1 día de demora. El 16% de los médicos mencionaron escribir los seguimientos de los pacientes o al menos un motivo de consulta en menos del 60% (**tabla 17**).

Gestión de la consulta

Gestión de los partes de Incapacidad Temporal (IT): El 26% de los médicos no utilizaron impresora para emitir los partes de IT y el 57% de los médicos no tenían ningún sistema para optimizar y/o

acumular los partes de baja; menos del 7% de los partes fueron confeccionados por personal distinto al médico y solo un 15% fueron entregados a los pacientes por personal distinto al médico (**Tabla 18**).

Gestión de las recetas repetidas de Largos Tratamientos: El 53% de los médicos no tenían ningún sistema para optimizar-agilizar las prescripciones repetidas; éstas fueron confeccionadas por los enfermeros en un 16% y por otros profesionales no médicos en un 8%, mientras que fueron entregadas por los enfermeros en el mismo 16% y por otros profesionales no médicos en otro 16% (**Tabla 19**).

Actividad asistencial y motivos de consulta

Consulta programada fuera del horario de consulta a demanda: El 37% de los médicos refirieron no disponer de tiempo/espacio para consulta programada fuera del horario de consulta a demanda. El 24% no concertaron ninguna visita programada a la semana mayor de 10-15 minutos, y el 74% lo hicieron con una frecuencia inferior a 5 por semana (**Tabla 20**). El 29% no concertó ninguna visita de revisión a pacientes crónicos; el 80% de los médicos no realizaron cirugía menor e infiltraciones, el 52% expresaron no realizar psicoterapias programadas y el 23% no llevaron a cabo el programa de la mujer en el último mes (**Tabla 21**). El 9% de los médicos no efectuaron visitas domiciliarias programadas a pacientes impedidos y el 46% no trataron de resolver ningún aviso domiciliario por teléfono (**Tabla 22**). El 55% de los médicos no concertaron ningún seguimiento telefónico con pacientes y el 83% no trataron de resolver alguna consulta clínica por teléfono en el último mes (**Tabla 23**). El 63% de los médicos recibieron entre 1 y 4 avisos urgentes domiciliarios a la semana y el 8% tuvo más de 9 avisos urgentes a la semana en el último mes (**Tabla 24**).

El 50% de los médicos admiten como primer motivo de consulta el administrativo, en segundo lugar las enfermedades crónicas (30,6%) y los problemas del aparato locomotor (30,2%) (**Tablas 25 y 26**). El 75% de los médicos refieren haber visto entre 1 y 6 “pacientes-problema” o “pacientes difíciles” de media en el último mes (**Tabla 27**).

El 83% de los médicos admiten como primer motivo de derivación al segundo nivel los problemas traumatológicos, en segundo lugar los problemas cardiológicos (25%) y en tercer lugar dermatológicos (22%) (**Tablas 28 y 29**).

El 45% de los médicos han derivado menos de 3 pacientes a la Trabajadora Social y el 18% han comentado en menos de 4 ocasiones algún paciente con la enfermera en el último mes (Tabla 30).

Atención continuada

El 36% de los médicos no realizaban turnos atención continuada de lunes a viernes, y otro 30% lo hacían entre 4 y 6 días al mes, con una duración superior a 15 horas en el 42% de los casos. El 47% hacía turnos en sábado de más de 20 horas en el 46% de los casos. Casi el 50% de los médicos no realizaron turnos de atención continuada los domingos, y el 20% realizaron turnos de atención continuada fuera de su ZBS (Tablas 31 a 33).

Atención preventiva y comunitaria

El 49% de los médicos afirma no haber participado en ninguna actividad educativa grupal en la comunidad en el último año. El 66% de los médicos reconocen no haber participado en alguna reunión con la comunidad (Tabla 34).

El 74% de los médicos reconoce no haber participado en ninguna actividad educativa o terapéutica grupal en el centro de salud, y el 78% no participaron en ninguna actividad educativa o divulgativa sobre salud en los medios de comunicación en el último año (Tabla 35).

En relación a las actividades recomendadas por el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, realizadas en la consulta en el último mes: El 50% de los médicos realizaron intervenciones para la captación de Hipertensos en menos de 10% de las consultas que recibieron, el 44% realizaron consejo antitabaco en menos del 30% de las consultas, y el 63% preguntó y registró el consumo de alcohol en menos del 10% de las consultas que recibió en el último mes (Tabla 36).

Formación e investigación

El 54% de los médicos afirmaron no haber impartido ninguna sesión clínica en los últimos 6 meses. El 28% no asistieron a ninguna sesión en el último mes y el 31% asistió a 1 o 2 sesiones. El 63% no presentaron ninguna comunicación o póster en algún congreso, el 83% o publicó ningún artículo en una revista científica y el 86% no tuvo ningún proyecto de investigación financiado por algún

organismo oficial en los últimos 3 años (**Tablas 37 y 38**). El 75% afirmaron haber asistido a entre 1 y 4 reuniones de equipo en el último mes (**Tabla 39**).

Un 28% eran tutores acreditados por las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y durante el seguimiento, un 17% de los médicos tuvieron asignado un Residente de tercer año y un 16% de primer año en el año anterior (**Tabla 40**).

El 91% de los médicos afirmaron haber recibido siempre o casi siempre a los visitantes médicos y el 24% no había leído nunca o casi nunca un artículo o revista de información terapéutica independiente (**Tabla 41**).

Tamaño del cupo utilización de la consulta.

El tamaño del cupo medio (BDU) fue de 1.658 pacientes (DE. = 304), con un mínimo de 738 y un máximo de 2.949. La media del total de visitas recibidas por los médicos en el año de seguimiento ascendió a 10.960 (DE = 2.549) con un mínimo de 4.715 y un máximo de 24.548. El tamaño medio del cupo (BDU) corregido por el total de pacientes distintos vistos fue de 1.658 (DE = 304) con un mínimo de 1.623 y un máximo de 1.692 pacientes. La presión asistencial media por médico fue de 52 pacientes al día (DE = 12), con un rango entre 22 y 117; y la frecuentación media de los médicos fue de 6,75 vistas / paciente-año (DE. = 1,76), variando entre 3,2 y 13,6 (**Tabla 42**).

Características de la población asignada (cupos).

La media de pacientes mayores de 64 años en los cupos fue de 288 (DE = 75) con un mínimo de 103 y un máximo de 590. El número medio de hipertensos por cupo fue de 248 (DE = 248), de diabéticos, 112 (DE = 112). La media del total de pacientes crónicos fue de 525 (DE = 184) con un mínimo de 81 y un máximo de 1.437 y la media de pacientes crónicos vistos por enfermería fue de 292 (DE = 109) con un mínimo de 0 y un máximo de 586 (**Tabla 43**).

Prescripción farmacéutica.

El gasto farmacéutico medio por médico fue de 268.147 pesetas (DE = 72.000 pts.), variando entre 69.420 y 504.209 pts.; el porcentaje de gasto en medicamentos VINE fue del 12,2% (DE. = 4,3%), con un rango entre 1,1 y 25,2%. (**Tabla 44**).

Estudio descriptivo de las escalas

La *Escala de Demanda Inducida* obtuvo una puntuación media de 9,25 (DE=3,0; > IC=8,9-9,5) con una media de 9, un mínimo de 4 y un máximo de 16, sobre un rango de respuestas de 1 a 4. La *Escala de percepción de sobrecarga de trabajo* una media de 12,73 (DE=2,38) con un mínimo de 5 y un máximo de 16; en la *Escala de orientación biomédica*, los médicos obtuvieron una media de práctica biomédica de 8,29 (DE=2,15) con un mínimo 3 y un de máximo de 12; en la *Escala de Satisfacción Profesional* los médicos obtuvieron una media de 11,94 (DE=2,11) un mínimo de 4 y un máximo de 16 (Tabla 45).

En la *Escala multidimensional de Clima Organizacional* se obtuvieron los siguientes resultados en cada una de las dimensiones: En el trabajo en equipo la puntuación fue de 14,6 (DE=3,1) con un mínimo de 6 y un máximo de 24. En la dimensión de Conflicto la media fue de 9,1 (DE= 2,1) con un mínimo de 5 y un máximo de 16. La percepción de fracaso tuvo una media de 9,5 (DE=2,1) con un mínimo 4 de y un máximo de 16. La percepción de exceso de autonomía obtuvo una media de 6,9 (DE=1,5) con un mínimo de 4 y un máximo de 12. La dimensión de vida social puntuó con una media de 7,1(DE=1,6) con un mínimo de 3 y un máximo de 12. La media de puntuación en la dirección autoritaria fue de 7,5 (DE=1,6) con un mínimo 3 de y un máximo de 12 puntos. La tensión médico-enfermera obtuvo una media de 3,8 (DE=1,3) con un mínimo de 2 y un máximo de 8. En resumen, la percepción de clima organizacional negativo obtuvo una puntuación media de 36,9 (DE=5,3) con un mínimo de 21 y un máximo de 61 puntos; la percepción de clima organizacional positivo obtuvo una puntuación media de 21,7 (DE= 4), con un mínimo de 9 y un máximo de 36; la media obtenida en la escala de clima global fue de 36 (DE= 8,3) con un mínimo de 0 y un máximo 64 (Tabla 46).

Las puntuaciones medias en las dimensiones de la *Escala de Burnout* fueron: En el cansancio emocional 26,3 (DE=12,6) con un mínimo de 0 y un máximo de 54, en la despersonalización 7,8 (DE=5,8) con un mínimo de 0 y un máximo de 27 y en la dimensión de realización personal de 38,3 (DE=3) con un mínimo de 6 y un máximo de 48 (**Tabla 47**).

1.2. DE LAS VARIABLES ORIGINALES DE LOS CENTROS DE SALUD Y LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (Tablas 48 a 49).

Características de los centros de salud y recursos humanos

De los 38 centros de salud que participaron en el estudio, 19 eran rurales; 23 pertenecían a Málaga y 15 a Jaén. Las ZBS se componían de unos 25.000 habitantes por término medio (DE = 7.7), variando entre 10.000 y 39.000 habitantes. Los EBAP tenían una composición media de 12 médicos de familia (DE = 4), 3 pediatras (DE = 1,2), 12.5 enfermeras (DE = 4), 4 miembros de personal de la unidad de atención al usuario (DE = 1,3), y 0,9 trabajadoras sociales (DE=0,2). La ratio media población / médico de familia fue de 1600 (DE = 265), variando entre 1.168 y 2.627. La ratio media población / enfermera fue de 2.067 (DE = 481), con un mínimo de 1.224 y un máximo de 3.710. La ratio media de población / personal de la Unidad de Atención al Usuario (UAU) fue de 3.108 (DE. = 1.148).

Recursos disponibles en los centros de salud

El 25% de los Centros de Salud se encontraban a 30 minutos o más del hospital más cercano, el 30% disponían de servicio de rehabilitación en el centro y el 55% de Rayos X, mientras que el 61% no disponían de espirómetros. El acceso a medios diagnósticos era bastante uniforme; sólo un 17% tenían acceso a Rx de contraste, un 27% a mamografías, un 12% a endoscopias y un 48% a ecografías; ningún centro tuvo acceso a TAC o RMN.

Cartera de servicios

La cartera de servicios era bastante similar entre los centros de salud: El 48% no ofrecían diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, en el 22% se realizaba inserción de DIU, en 55% no realizaban programa de riesgo cardiovascular, el 68% no ofrecían programa de salud mental, el 86% ofrecieron programa de atención a pacientes terminales, el 9% no ofrecía cirugía menor, el 23% no ofrecía dispensación de metadona. En cuanto a las actividades de educación para la salud en grupo, el 100% ofrecía educación maternal y 62% educación a enfermos crónicos. El 40% de los centros no contaba con programa de largo tratamiento. En cuanto a la organización dispensarial (uno o varios profesionales realizan la atención a pacientes, sobre un servicio específico, del resto de compañeros), el 44% lo hacían con los avisos domiciliarios urgentes, el 60% con las consultas sin

citas (“no demorables”), el 62% con el programa de la mujer y el 61% con la consulta de enfermería.

Formación continuada y docencia

El 30% de los centros de salud tenían una o ninguna reunión organizativa al mes, el 12% no tenían ningún tipo de formación continuada en horario laboral y el 44% estaban acreditados para la docencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

1.3. VARIABLES DE LOS CENTROS DE SALUD OBTENIDAS A PARTIR DE LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL DE LAS VARIABLES DE LOS MEDICOS DE FAMILIA.

En las **Tablas 50 a 61** se describen el conjunto de variables de los médicos de familia que pertenecen al equipo de atención primaria, a partir de las medidas de tendencia central (mediana), por cada uno de los centros salud de las Provincias de Málaga y Jaén incluidos en el estudio.

2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEMANDA INDUCIDA (TABLAS 62 A 65)

Validez aparente: Un grupo de expertos externos al equipo investigador definió la pertenencia de cada caso y los valores de las opciones de respuestas desde el punto de vista científico y organizativo.

Validez de Contenido: El análisis factorial halló un solo factor subyacente que explicó el 54% de la varianza (Kaiser-Meyer-Olkin=0,666; Test de Barlet=298 (g.l=6, $p<0,001$)), lo cual demostró que la escala tenía un único contenido. Los pesos factoriales en los ítem de se factor fueron: Item 1=0,789; Item 2=0,808; Item 3=0,639; Item 4=0,701.

Fiabilidad-Consistencia interna: El alfa de Cronbach de la escala fue de 0.73, y ningún ítem lo incrementaba cuando era extraído de la escala. El coeficiente de correlación ítem-escala-corregido varió entre 0,45 y 0,59.

Fiabilidad-Estabilidad de la escala: A partir del test-retest se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de la escala de 0.81, y el de los ítems varió entre 0.73 y 0.89). Las medida de la escala se repitieron con un intervalo de tiempo medio de 8,95 días, con un mínimo de 6 días y un máximo de 15 días.

La *validez de constructo* obtuvo un coeficiente de correlación item-escala entre 0.45 y 0.59. Las hipótesis que se eligieron para confirmar o refutar la validez de constructo (validez convergente y discriminante) tenían como denominador común su relación con la mayor utilización y/o la menor capacidad de resolver los problemas de los pacientes. De las 17 hipótesis se confirmaron 14.

Los resultados de la Regresión Lineal Múltiple muestran, utilizando la escala de demanda inducida como variable dependiente, que las variables con mayor poder explicativo son, en primer lugar la escala de organización administrativa ($Rho=0,226$) y el total de visitas que recibe el médico ($Rho=0,086$). Los médicos de menor edad, los médicos que publican, los que tiene un menor gasto en VINES, los médicos que se relacionan mejor con su enfermera y los que tienen un menor gasto total en farmacia, tienen menor demanda inducida.

3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA UTILIZACIÓN

3.1. ANÁLISIS BIVARIANTE

3.1.1. VARIABLES DEL MF

Características de los médicos y utilización.

Los médicos de mayor edad, más antigüedad de licenciatura, menor tiempo de trabajo en los centros de salud, mayor tiempo de trabajo en la plaza, tuvieron una mayor frecuentación y presión asistencial. Los médicos con una mayor orientación biomédica tenían una mayor frecuentación ($r = 0.224$). Los médicos que más demanda inducían tenían una mayor presión asistencial y frecuentación ($r = 0.393$, $r = 0.320$, respectivamente), (**Tabla 68**).

Los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR, tutores acreditados de la especialidad, con médicos residentes asignados, y que impartían sesiones clínicas en sus centros de

salud, tuvieron una menor presión asistencial y frecuentación; no existiendo correlación entre el género de los médicos y la utilización de las consultas (**Tablas 69 y 70**).

Los que tenían el grado de doctor, habían publicado comunicaciones a congresos y artículos originales en revistas médicas y participaban en proyectos de investigación con financiación pública, también tenían una menor presión asistencial y frecuentación (**Tabla 71 y 72**).

Tamaño del cupo, características de la población asignada y utilización.

El tamaño del cupo, BDU, y el tamaño del cupo de pacientes mayores de 65 años se correlacionaron positivamente con la presión asistencial ($r = 0.313$; $r = 0.348$, respectivamente). Los médicos con un mayor número de hipertensos y diabéticos en el cupo tuvieron mayor presión asistencial ($r = 0.319$) (**Tabla 73**).

Lugar y horario de consulta y utilización

Los médicos que pasaban la consulta en los consultorios tenían una mayor presión asistencial frente a los que lo hacían en los centros de salud. A mayor número de horas de atención continuada, la presión asistencial y la frecuentación fueron mayores ($r = 0.224$, $r = 0.167$, respectivamente). La frecuentación fue significativamente mayor en los que tenían turno fijo de mañana (consultorios) y los que hacían 2 tardes a la semana frente a los que hacían 1 (**Tablas 74 y 75**).

Gestión de la consulta y utilización

Cuando participaba un administrativo en la gestión de las citas, los pacientes podían pedir la cita por teléfono y se les asignaba una hora de cita, la frecuentación fue significativamente menor; de igual modo ocurría cuando había número tope de citas para el día y no se compartía consulta con otro profesional (**Tablas 74 y 75, 78 y 79**).

Los médicos que acumulaban los partes de IT, siendo éstos entregados a los pacientes por personal diferente al médico; así como los médicos que optimizan las prescripciones repetidas, siendo éstas cumplimentadas y entregadas por personal diferente, tenían significativamente una menor presión asistencial y frecuentación (**tablas 78 y 79**). Los coeficientes de correlación de la escala de organización administrativa con la presión asistencial y la frecuentación asistencial fueron

respectivamente -0.253 y -0.274. Los médicos que admitieron como primer motivo de consulta el administrativo también tuvieron una mayor presión asistencial (**Tabla**).

Un mayor número de visitas programadas para infiltraciones, psicoterapia y visitas domiciliarias se relacionó con una menor frecuentación (**Tablas 80 y 81**); esta asociación no se halló para el número global de visitas programadas y otros tipos de visitas programadas (crónicos, valorar-diagnosticar mejor a un paciente, cirugía menor, programa de la mujer).

La realización de filtrados telefónicos de los avisos domiciliarios por el médico, los seguimientos clínicos telefónicos, así como el intento de resolver alguna demanda por teléfono, se relacionaron con una menor presión asistencial y frecuentación (**Tablas 82 y 83**).

Los médicos con una mayor orientación psicosocial, que derivaban más a la trabajadora social y realizaban más visitas programadas de psicoterapia, tenían una menor frecuentación (**Tablas 84 y 85**).

Relación con la industria y gasto farmacéutico

Los médicos que recibían con más frecuencia a los visitantes médicos, tenían un mayor gasto farmacéutico total ($r = 0.260$) y en medicamentos VINE ($r = 0.121$), así como los que leían con menos frecuencia revistas de información terapéutica independientes (sin relación con la industria farmacéutica), tenían una mayor presión asistencial o frecuentación (**Tablas 71,72 y 73**).

Trabajo en equipo y satisfacción laboral

Los médicos con mayor tensión médico-enfermera ($r = 0.153$), así como los que comentan menos con la enfermera el seguimiento de los pacientes, tienen una mayor frecuentación (**Tablas 84 y 85**). Los médicos con mayor insatisfacción profesional ($r = 0.115$), un mayor cansancio emocional (Burnout) ($r=0,104$), mayor percepción de sobrecarga de trabajo ($r =0.144$), y mayor percepción de fracaso en su equipo ($r = 0.235$), también tenían una mayor frecuentación o presión asistencial (**Tabla 68**).

3.1.2. CENTROS DE SALUD

Población asignada al Centro de Salud y utilización.

Hubo una ligera relación negativa entre el tamaño de la ZBS (en habitantes) y la presión asistencial ($r = -0.110$), mientras que el tamaño del EBAP (número total de miembros) no se relacionó con la frecuentación y la presión asistencial. La frecuentación media de los centros de salud se relacionó con la frecuentación de los médicos ($r = 0.574$). El tamaño de cupo medio (BDU) del centro de salud no se asoció de forma significativa con la utilización, a diferencia del número medio de pacientes adscritos al cupo mayores de 64 años ($r = 0.221$) (**Tabla 86**).

Gasto en farmacia, características de la población asignada al Centro de Salud y utilización

El gasto de farmacia medio ($r = 0.159$), y el número medio de pacientes con EPOC ($r = 0.252$) y de diabéticos más hipertensos ($r = 0.319$) también se correlacionaron de forma positiva con la frecuentación y la presión asistencial (**Tabla 87**).

Cartera de servicios del Centro de Salud y utilización

En cuanto a la cartera de servicios de los centros de salud, la oferta de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, de inserción de DIU y la adscripción al Programa de actividades de promoción de salud y actividades preventivas (PAPPS), junto a la implementación de programas de educación a crónicos en grupo, se relacionaron con una menor presión asistencial. El acceso de los profesionales del centro de salud a las ecografías, mamografías, así como la disponibilidad de microscopios, se relacionó con una menor presión asistencial (**Tabla 88**).

Organización del centro de salud y utilización

En cuanto a factores organizativos del centro, hubo una discreta relación positiva de la presión asistencial con el número total de visitas programadas ($r = 0.100$) y las visitas programadas a crónicos ($r = 0.121$), mientras que esta asociación fue negativa con las visitas domiciliarias programadas ($r = -0.292$). Los centros de salud con una mayor dispensarización del trabajo de enfermería también se relacionaron con una mayor presión asistencial. El filtraje telefónico de los avisos domiciliarios urgentes por el médico y el empleo de los seguimientos clínicos telefónicos se relacionaron con una menor utilización ($r = -0.228$ y -0.238 , respectivamente). Los centros de salud que tenían una comisión de calidad tuvieron una menor presión asistencial (**Tablas 87 y 88**).

Actividad docente en el centro de salud y utilización.

Los centros de salud acreditados para la docencia y con programa de formación continuada tuvieron menos presión asistencial. El número de tutores acreditados ($r = -0.277$), número de residentes (R3) en Medicina Familiar y Comunitaria ($r = -0.219$), y el número de sesiones clínicas ($r = -0.148$), también se relacionaron negativamente con la presión asistencial (**Tablas 86 y 88**).

Los centros de salud con perfiles profesionales promedios correspondientes a menor tiempo en la plaza, mayor demanda inducida por el profesional, mayor percepción de carga de trabajo, mayor percepción de fracaso en el equipo, mayor percepción de tensión médico-enfermera, mayor percepción de clima organizacional negativo, mayor cansancio emocional y mayor perfil biomédico, se relacionaron con una mayor presión asistencial (**Tablas 86, 90**).

3.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE

3.2.1 REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS (Tablas 91 y 92)

El análisis de regresión lineal múltiple logró explicar el 41% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria. Las variables que mostraron un mayor poder explicativo sobre la variable dependiente “logaritmo de las visitas totales recibidas por médico, en un año” fueron (**Tabla 91**): En primer lugar y de forma destacada la mayor “demanda inducida por el médico” ($R^2 = 0,190$), a continuación el mayor “tamaño del cupo” ($R^2 = 0,086$), el mayor “número de hipertensos y diabéticos en el cupo” ($R^2 = 0,037$), la mayor “percepción de fracaso en el equipo” ($R^2 = 0,021$), las mayores “tensiones médico-enfermera” ($R^2 = 0,017$), “compartir la consulta” ($R^2 = 0,013$) y la “orientación biomédica del médico” ($R^2 = 0,011$). El resto de variables incluidas lo hicieron con una varianza explicada del 1% o ligeramente inferior: mayor “tiempo en la plaza actual”, menor “tiempo de trabajo en los centros de salud”, peor “puntuación en la escala de organización administrativa”, y “disponer de MIR-R3 en la consulta” (esta última no llegó a la significación, $p = 0.067$).

Cuando se hizo la regresión lineal múltiple extrayendo los 15 médicos que refirieron registrar menos del 20% de los seguimientos, la variabilidad explicada del modelo permaneció igual (41%); aunque si se produjeron cambios relativos a la variabilidad explicada de cada variable en el modelo. El tamaño del cupo pierde capacidad predictiva, descendiendo su variabilidad explicada del 8.6% al 4.7%, mientras que el número de hipertensos y diabéticos del cupo la aumentó del 3.7% al 10.2%. Desaparecieron de la ecuación las variables de perfil médico que se habían incluido en el modelo anterior (perfil biomédico, tiempo en la plaza actual y tiempo de trabajo en los centros de salud) y se incluyó una variable nueva, el cansancio emocional del médico. La demanda inducida por el médico y la percepción de fracaso en el equipo permanecieron prácticamente igual y las tensiones médico-enfermera aumentó del 1.7% al 2.5%.

3.2.1 REGRESIÓN MULTINIVEL LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS (Tabla 93)

Cuando se comparó el modelo sin efectos aleatorios del centro de salud con aquel otro que si lo incluía, el test de razón de verosimilitudes fue altamente significativo (Chi cuadrado = 90.1; $p < 0.0001$), lo que indicó que había que considerar al centro de salud como un factor de efectos aleatorios. En primer lugar, como diferencia más notable del modelo de regresión multinivel respecto del modelo sin efectos aleatorios, es el aumento de la variabilidad explicada hasta en un 22%. El modelo final de regresión multinivel explicó el 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria. Este modelo obtuvo un coeficiente de correlación intraclase “rho” de 0.394, lo cual indicó que de la variabilidad total explicada, aproximadamente el 60% correspondió al nivel del médico y el 40% al nivel del centro de salud.

En cuanto a las variables del nivel 1 del médico relacionadas con la mayor utilización de las consultas de atención primaria, se incluyeron en el modelo: la mayor “demanda inducida por el médico”, que sigue siendo la variable más predictiva y a continuación el mayor “tamaño del cupo”. Se incluyó como novedad la variable mayor “número de pacientes del cupo con más de 64 años”, lo cual probablemente hizo que descendiera la variabilidad explicada del mayor “número de hipertensos y diabéticos del cupo”, aunque sin perder la significación. Se mantuvo la variable de clima organizacional, mayor “tensión médico-enfermera”, y apareció la “insatisfacción del médico”. También se incluyó el mayor número de “contactos con los visitantes médicos”. Las

variables menor “año de licenciatura” y el mayor “consumo de medicamentos de valor intrínseco no elevado” también fueron incluidas, aunque con p entre 0.05 y 0.10).

En cuanto a las variables incluidas en el nivel 2 del centro de salud, las de mayor capacidad predictiva fueron la mayor “frecuentación media del centro de salud” y la mayor “media de demanda inducida por el médico en el centro de salud”. A continuación el mayor “cansancio emocional medio de los médicos del centro de salud” y el mayor “número medio de pacientes > 64 años del centro de salud”.

DISCUSIÓN

1. DE LA METODOLOGÍA

1.1. DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

El seguimiento prospectivo de la población de médicos durante un año nos permitió identificar la secuencia cronológica entre la utilización y los factores potencialmente asociados a ella. Así, la medida de las variables independientes al inicio del seguimiento nos ha permitido tener cierta seguridad de que los posibles factores predictivos precedieron en el tiempo al efecto.

Nuestro estudio se inició con una primera evaluación a “tiempo cero” donde se estudiaron las variables del profesional y la organización; a continuación un periodo de seguimiento de un año sobre las variables de utilización y actividad asistencial. Se asumió que **las actitudes y la practica profesional del médico no sufrirían variaciones considerables durante el periodo de seguimiento**, aunque no se descarta que en algún caso acontecieran situaciones nuevas en los médicos de familia que participaron en nuestro seguimiento, bien personales (acontecimientos vitales estresantes, disfunción familiar, enfermedad mental, etc.) o profesionales (cursos de formación, proyectos de investigación, desgaste, estrés profesional añadido, etc.), que pudieran modificar la valoración inicial. Esta limitación en parte se podría haber controlado si hubiéramos realizado varias medidas de las variables independientes durante el seguimiento. Al disponer de medidas repetidas en el tiempo, la estimación de las variables independientes hubiera sido más fiable cuantos más puntos de medida hubiéramos obtenido durante el año de seguimiento. Incluso podríamos haber relacionado cambios en la variable de respuesta en función de los cambios observados en las variables independientes. Esto podría haber aportado más evidencia sobre la direccionalidad entre ambos grupos de variables (*Delgado M y Llorca J, 2004*).

Este estudio está diseñado para ver la asociación entre una serie de factores, medidos en el instante t_0 , sobre la utilización medida en un período t_0-t_1 . La secuencia cronológica de la asociación permite asumir que los posibles factores predictivos precedían a la variable de respuesta, la utilización de las consultas de atención primaria. Sin embargo, probablemente, el mejor predictor de la presión asistencial en el periodo t_0-t_1 sea la utilización medida en un período previo (por ejemplo, el período

t_1-t_0). Así, cabría plantearse que exista una asociación causal entre la presión asistencial entre t_1-t_0 y los factores medidos en t_0 que, a su vez, explicaría la asociación observada entre dichos factores y la utilización medida en t_0-t_1 . Aún así, los resultados probablemente hubiesen sido muy similares. Otra posibilidad para resolver la cuestión de la direccionalidad de la asociación, hubiese sido medir la presión asistencial en un período previo al de seguimiento, e introducir esta variable en el modelo. Así, lo que se mediría sería el efecto de los factores del proveedor y la organización (en t_0) sobre la “evolución” de la utilización a lo largo del tiempo.

No estudiamos el nivel de usuario o paciente. Tal como se desprende de lo comentado hasta ahora, sería un error inferir nuestros resultados sobre los factores del usuario. Se trataría de una falacia ecológica. Otra de las limitaciones de nuestro estudio sería, por tanto, el **haber prescindido del nivel usuario**. Decidimos prescindir de ello para centrarnos en la profundización e investigación de los factores del profesional y la organización puesto que apenas se disponen de estudios sobre ello, especialmente sobre la micro-organización u organización de la consulta del médico de familia. A esto se le añade que los factores de la organización pudieran ser más susceptibles de ser modificados que los factores del usuario (Bellón J En: Casajuana J, 2003). Una vez que hemos encontrado que los factores del médico y del centro de salud pueden explicar más del 60% de la variabilidad de la utilización, se podrían plantear nuevos estudios que abarcaran los 3 niveles: usuarios, profesionales y organización.

El nivel organización lo hemos estudiado como centro de salud, pero cabría la posibilidad de haberlo estudiado anidado en un tercero o cuarto nivel, **el distrito sanitario de atención primaria**. Esto estaría justificado en que el distrito tiene suficiente autonomía de gestión y presupuesto como para modificar los patrones de utilización a partir de medidas gestión del área, por lo que los centros de salud pertenecientes a un mismo distrito tenderían a ser más parecidos en sus patrones de utilización. El estudio de 3 o 4 niveles es factible desde el punto de vista estadístico y de software. No obstante, el análisis se hace aún más complejo por la necesidad de estudiar más componentes aleatorios en el modelo e interacciones entre variables y entre niveles. Una dificultad añadida sería la necesidad de contar con un tamaño muestral más exigente que tuviera en cuenta los distintos niveles y la posibilidad de no detectar la interacción entre niveles por falta de muestra (*Kreft IGG y De Leeuw J, 1998*). En nuestra muestra el número de distritos fue 9, mientras que los centros de salud fueron 38 y los médicos de familia 333. En futuros estudios que pretendan abordar el nivel distrito sanitario, se debería incluir

más unidades de ellos. De este modo se podrían evitar problemas de muestra entre niveles. No obstante, no hay que olvidar que actualmente sólo hay 34 distritos sanitarios en Andalucía.

1.2. DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

1.2.1. DE LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inicialmente la población de referencia estaba constituida por los 337 centros de salud, pertenecientes a 34 Distritos Sanitarios de Atención Primaria y el conjunto de los 4.358 médicos de familia que trabajaban en los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) de la Comunidad Autónoma de Andalucía en el año 2001 (*Memoria Estadística Consejería de Salud, 2001*). Sin embargo, el proceso de informatización de las consultas se encontraba en una fase de desarrollo incipiente, y la necesidad de obtener información de los sistemas de registro informatizados obligó a identificar las provincias que tuvieran al menos un año de informatización efectiva en todas las consultas de atención primaria. Al inicio de nuestro estudio, en el año 2001, sólo las provincias de Jaén y Málaga cumplían ese requisito. Por esta razón fueron seleccionadas estas dos provincias en la primera etapa de muestreo. El modelo organizativo de la atención primaria en la Comunidad Autónoma es el mismo para todo el territorio y, aunque su desarrollo ha sido progresivo, no es posible afirmar que las características de los centros, de los profesionales o de la población atendida de Málaga y Jaén fueran semejantes al resto de profesionales, centros de salud, distritos o Provincias de Comunidad Autónoma. Disponemos sólo de algunos datos que nos permiten sospechar cierta similitud a partir de la distribución de centros por provincias, centros rurales o urbanos y sexo de los profesionales (*Instituto de Estadística de Andalucía, 2001*). En el **Anexo VII-Tablas 1 a 3** se muestran las tablas que describen la distribución de profesionales por sexo, así como los datos de utilización de servicios, a partir de los registros del Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estadística de Andalucía. Puede comprobarse como las dos provincias se encontraban entre los valores máximo y mínimo en cuanto al número de centros y número de profesionales (Anexo **-Tabla 1). Con respecto a la distribución de centros rurales y urbanos, el número de consultorios se encontraba entre la media de las provincias andaluzas. En la muestra fueron seleccionados 15 de los 34 centros de salud existentes en Jaén en ese momento, lo que supone el 44,2% del total, y 23 de los 53 existentes en Málaga, (el 43,3% del total), lo cual apoya la proporcionalidad de la selección de la muestra de centros de salud. En cuanto a las medidas de utilización, la presión asistencial global de Andalucía en el año 2001 fue de 47,06, con unos valores

medios para las provincias de Jaén y de Málaga de 48,92 y 44,99, respectivamente. Cuando calculamos los valores correspondientes para nuestra muestra de estudio, obtenemos unas cifras de 54,23 y de 50,40. El que hallamos obtenido mayores cifras en nuestra muestra puede explicarse por las diferentes formas de obtener el indicador. En la estimación de los indicadores globales recogidos en la memoria estadística del SAS se usó un numerador estándar, en el supuesto de que todos los médicos trabajaron el mismo número de días al año, lo cual evidentemente no era cierto. En nuestro estudio ajustamos el denominador por los días reales de trabajo de cada médico, cuya primera consecuencia fue disminuir el denominador y por tanto, aumentar la fracción global. Además, el hecho de que descartáramos, al final del seguimiento, a los médicos que no fueron fiables para determinar su presión asistencial (no uso del ordenador, cambios de cupo, ausencia del centro de salud mayor de 3 meses al año) pudo igualmente influir en la obtención de mayores cifras globales de presión asistencial. Otra posibilidad que no podemos descartar es que obtuviéramos una “mala muestra”, aún respetando los criterios de proporcionalidad y azar. Respecto a la frecuentación total, ésta fue, según la memoria estadística, de 11,24 y 10,16 en Jaén y Málaga, respectivamente, mientras que en nuestra muestra se obtuvieron unos valores de 6,8 en Jaén y 6,6 en Málaga. De nuevo las diferencias en la forma de obtener los indicadores podrían explicar las diferencias. Además de las ya indicadas anteriormente, añadimos el ajuste que hicimos en el denominador de la frecuentación. Concretamente el tamaño del cupo a partir de la Base de Datos de Usuarios (BDU) fue corregido por el de Pacientes Distintos Vistos (PDV) durante el año de seguimiento, de forma que los pacientes atendidos en ese periodo y que no estaban incluidos en la BDU, se añadieron como adscritos al cupo. Como explicaremos más adelante (apartado 1.3 de la discusión) esto nos permitió estimar la lista de pacientes adscritos de forma más real ya que, con cierta frecuencia, se atienden pacientes de otros cupos que añadirían visitas al numerador pero no pacientes al denominador (pacientes de otros médicos del centro de salud que no son sustituidos cuando faltan, desplazados, etc.). Por tanto, este ajuste lógicamente aumentó el denominador de nuestro indicador de frecuentación, lo que hizo disminuir la fracción global de frecuentación estimada.

La muestra de centros de salud en Jaén y Málaga fue aleatoria y proporcional; mientras que se eligieron el total de los médicos de familia que trabajaban en los centros de salud elegidos.

La muestra de MF no fue estratificada por sexo, su representación fue aleatoria en la población estudiada. Esto hubiera permitido identificar mejor las posibles diferencias de práctica entre médicos varones y médicas mujeres. La medicina es un sector en el que aún predomina la

masculinidad y que se encuentra en proceso de feminización progresivo en los últimos años, manifestado en una disminución constante de los médicos varones frente a las médicas mujeres, y que tiene su expresión en la muestra obtenida (ANEXO VII-Tabla 4).

Sobre el total de 387 médicos de familia seleccionados, sólo reunieron criterios de exclusión 16 (4.1%). Esta proporción es lo suficientemente pequeña para pensar que si hubiera un sesgo de selección por este motivo, probablemente su magnitud y trascendencia sería pequeña. Sin embargo, si no hubiéramos descartado estos 16 médicos, probablemente se hubieran incrementado los sesgos de información tanto de las variables dependientes como independientes.

De los 371 médicos potencialmente elegibles rechazaron participar 38 (10.2%). Supimos que los médicos que rechazaron participar fueron semejantes en edad y sexo a los que participaron, lo que apoyaría la hipótesis de ausencia de sesgo de selección, aunque no se puede descartar que estos médicos fueran diferentes con respecto a otras variables no medidas. Podemos sugerir la hipótesis de que en este grupo de rechazos predominaran médicos más reacios a los sistemas de evaluación externa y control administrativo, junto a otros motivos como la falta de tiempo o situaciones de estrés, que disminuyeran su interés en responder el cuestionario (*MacPerson I, 1995; Morris CJ et al, 2001*). En cualquier caso, es difícil conjeturar en qué dirección afectarían estas diferencias sobre la hipótesis de nuestro estudio. En consonancia con lo expuesto en la introducción, y a la vista de los resultados, estos médicos también tenderían a tener una mayor utilización. Esto afectaría, lógicamente, al estudio descriptivo, pero, no obstante, no afectaría a la magnitud de la asociación, siempre que la fuerza de asociación entre factores y utilización fuera igual en los respondientes y los no respondientes, y como consecuencia no parece cuestionarse la validez interna aunque sí la externa.

Otra posibilidad de sesgo de selección viene dada por las pérdidas. Al final del seguimiento 24 médicos de familia (7.27%) fueron excluidos. También en este caso la proporción de pérdidas fue lo suficientemente pequeña para descartar un sesgo de selección de gran magnitud. Sin embargo, se pudo comprobar que hubo diferencias significativas en cuanto a que los médicos de familia perdidos pertenecían en mayor proporción a los consultorios periféricos, tenían en menor grado formación MIR y fueron menos propietarios de sus plazas. En el resto de las 96 variables analizadas para estimar las diferencias entre médicos perdidos y válidos para el estudio, no hubo diferencias significativas. Se podría especular por tanto, que las variables que dieron significativas lo hicieron simplemente por azar. Pensamos que esto, aunque probable, no refleja la realidad, ya que los

motivos que definimos para excluir a los médicos al final del seguimiento, presumiblemente se podían relacionar con los consultorios; especialmente la provisionalidad laboral, los ceses de contrato y la imposibilidad de obtener sus datos de utilización. La influencia de este perfil de médico perdido sobre los coeficientes de regresión es posible que fuera escasa, ya que ninguna de las variables en las que fueron diferentes se incluyeron en las ecuaciones de regresión; aunque no lo podemos asegurar; así como tampoco podemos descartar el sesgo de selección a través de otras variables no estudiadas.

Por tanto la muestra tuvo pretensiones de ser representativa de los centros de salud y médicos de atención primaria de las dos provincias, mientras que probablemente no sería representativa del total de centros de salud y médicos de atención primaria de toda la comunidad andaluza en esas fechas

1.2.2. DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra final, tras el seguimiento, fue de 38 Centros de Salud y 309 MF. Con este tamaño muestral, la potencia del estudio para detectar diferencias en una proporción de 0,16 con un error alfa de 0,05 fue del 82% (error beta de 0,18), que se puede considerar aceptable. No fue posible aumentar el tamaño muestral hasta alcanzar el tamaño calculado inicialmente de 370 MF por una limitación operativa en los recursos disponibles para la realización de las encuestas.

1.3. DE LA MEDIDA DE LAS VARIABLES

1.3.1. DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

Para cuantificar la utilización de servicios se han manejado dos medidas cualitativamente diferentes: *La presión asistencial* o número medio de visitas al día que recibe el MF durante un periodo de tiempo; y *la frecuentación* o número medio de visitas por paciente que recibe un MF en un periodo de tiempo (Andersen AS y Laake P, 1987; Fylkesnes K y Forde OH, 1992; Eisenberg JM, 2002). En ambas medidas de la utilización se empleó el mismo numerador, el número total de vistas que recibió cada médico en el año de seguimiento. Como ya se describió en el apartado de métodos, el denominador en el caso de la presión asistencial fue el número de días que trabajó cada médico en el año de seguimiento y en la frecuentación fue el tamaño del cupo.

El periodo de tiempo de seguimiento utilizado ha sido de un año, para evitar el sesgo de las fluctuaciones de la demanda en los distintos periodos estacionales. Estas fluctuaciones se deberían a la propia morbilidad estacional, pero también a la producida por el profesional y la organización (revisión acumulada de crónicos en unas determinadas fechas, vacunación de gripe, etc.). Los estudios que han usado periodos de tiempo más cortos que el año adolecen del citado sesgo estacional (*Howie JGR et al., 1999; Juncosa S et al., 1999; Pedrera-Carbonell V et al, 2005*). Por otra parte, si hubiéramos usado un tiempo de seguimiento más largo (i.e., varios años) (*Starfield B et al., 1985; Freeborn, DK et al, 1990*), hubiéramos ganado consistencia en nuestros resultados pero, presumiblemente, también hubiéramos tenido más problemas de pérdidas (sesgos de selección), ya que la movilidad profesional va aumentando proporcionalmente con el tiempo. Este fenómeno hubiera sido particularmente catastrófico si el período de seguimiento hubiera coincidido con ciertos eventos, como la incorporación de médicos nuevos por oposición o traslados.

Según el marco teórico en el que se estudie la utilización, se pueden medir diferentes aspectos de ésta, aunque relacionados entre sí. Nosotros nos hemos decantado por el enfoque de “utilización de las consultas o intensidad de utilización”. Otra perspectiva que no hemos abordado, pero que no deja de ser importante, es la “no utilización profesional”. Es decir, aquella parte del “iceberg” de la utilización que no vemos porque la población, aunque percibe la necesidad de utilizar (se produce un episodio sintomático), no acude a los profesionales y decide autocuidarse o automedicarse. Este fenómeno no es despreciable, ya que sólo el 20% de los episodios sintomáticos acuden a los profesionales de la salud (*Benzent N et al., 1989*). Esta parte de la utilización (“la no utilización profesional”) está determinada por unos factores que presumiblemente son en parte distintos a los que definen la intensidad de uso profesional. En principio, aunque la realización de autocuidados se ha atribuido fundamentalmente a factores del usuario (locus interno de salud, creencias de salud, educación sanitaria, ausencia de eventos estresantes, buena salud mental, etc.), los profesionales y la organización también podrían ser factores determinantes (educación sanitaria realizada por el profesional, profesional generador de dependencia, programas de salud de autocuidados, etc.). Como ya se comentó en la introducción, la primera visita a un profesional de la salud por un episodio, estaría determinada fundamentalmente por factores del usuario, mientras que las visitas por un mismo episodio lo sería por factores del profesional (*Dossier LF y Wilensky GR, 1983; Jordan K et al., 2003*). El estudio de la decisión de ir al médico se basa a su vez en un enfoque episódico de la utilización de los servicios; donde la unidad de estudio no es la visita, sino el episodio sintomático o

de enfermedad. Desde esta perspectiva, en el contexto de un episodio concreto puede que exista utilización profesional o no; por otra parte, cuando ésta se produce, puede que se realice por el profesional médico u otros profesionales (enfermera, farmacéutico, etc.). Finalmente, si interviene el profesional médico, éste podría ser el MF, el médico de urgencias y/o el especialista. Además, dentro de un episodio se podría dar cualquier combinación de estas posibilidades. Todo ello define una de las limitaciones de nuestro estudio: sólo hemos estudiado la parte del “iceberg” de la utilización que se ve, y solamente las actitudes y conductas asociadas a los MF. Por tanto, tenemos que ser conscientes de que sólo podemos hacer inferencias sobre este rango restringido de utilización y de que el resto de factores y actores de la utilización podrían modular y relativizar nuestros resultados. Dentro del centro de salud, un paciente podría estar utilizando la consulta de enfermería, la consulta telefónica o los servicios de urgencias; fuera del centro, las consultas de los especialistas o las urgencias hospitalarias. Todos estos tipos de utilización no han sido medidos en nuestro estudio y podrían conducir al denominado en la bibliografía “sesgo de la utilización en off” (*Williams E, 1984; Gervás 1999; Rivera F et al., 2000*), por lo que debemos ser cautelosos a la hora de interpretar nuestros resultados.

Los estudios de utilización basados en registros de historias clínicas tienen una limitación debida a su tendencia al infraregistro (*Quesada M et al., 2001*). En historias manuales en papel, Bellón obtuvo un registro medio del 70% de las visitas, con un rango entre 55% y 90% (*Bellón JA, 1995*). La informatización de las historias es una actividad incorporada recientemente en nuestro medio y ha suplido, en parte, esta limitación de infraregistro. La falta de tiempo en la consulta es una de las razones que con más frecuencia los médicos aducen para no registrar el seguimiento (*McLlnnes DK et al., 2006*). El recuento de visitas que hace el sistema informático TASS, en cierto modo, palie este posible sesgo de infraregistro, ya que cuenta la visita aunque el médico no haya anotado nada en los apartados de seguimiento (por ejemplo, porque sólo le haya hecho al paciente unas recetas o un parte de confirmación, siempre que haya usado el ordenador para ello). Por otra parte, podría ocurrir que, en una visita, el médico hiciera las recetas o los partes de IT sin el ordenador, por lo que aún cabría cierto margen de error, aunque probablemente en mucha menor cuantía. Para estimar esto último preguntamos a los médicos su frecuencia de uso de la impresora para recetas y partes (lo cual se relaciona directamente con el uso del ordenador), de tal forma que un 4-5% manifestaban “no disponer” de impresora y sobre el 70-75% dijeron que la usaban en más del 95% de los seguimientos (tablas 34 y 35%). Para profundizar aún más en este tema, hicimos un cálculo de la influencia del infraregistro en nuestros datos. En uno de los modelos de regresión múltiple

excluimos a 15 médicos que acabaron el seguimiento y manifestaron registrar los seguimientos en menos del 20% (tabla 33). Partíamos del supuesto de que cuando los médicos manifiestan que no hacen algo que sería deseable que hicieran, es mucho más fiable que cuando dicen que lo hacen. Además, creemos que la forma en que se planteó la pregunta también facilitó la percepción de normalidad del no registro por los médicos, ya que se emplearon 5 opciones con rangos de registros relativos. Pues bien, excluidos estos 15 médicos, el porcentaje de variabilidad total explicada fue el mismo, sólo cambiaron los coeficientes de dos variables, disminuyó la variabilidad explicada del tamaño del cupo y aumentó la de la carga de morbilidad crónica del cupo (tabla 118). Estos resultados nos orientan sobre la magnitud y la dirección del sesgo de información introducido por los médicos que registran poco los seguimientos. La magnitud, entendida como porcentaje de variabilidad total explicada, prácticamente no varía; sin embargo, la dirección del sesgo nos permite relativizar el peso de dos factores predictivos importantes sobre la utilización: el tamaño del cupo, que disminuiría su poder explicativo, y la carga de morbilidad crónica del cupo, que lo aumentaría.

Otra fuente de infraregistro serían las visitas atendidas sin cita en el horario habitual del médico de familia. Entre un 14% de los pacientes en el País Vasco, (*Pomar C et al., 2000*) y un 23% en la Comunidad Valenciana, (*Pedreira V et al., 2005*) son atendidos sin cita previa. De ellos, se ha estimado que sólo un 18% quedan registrados (*Vitores MP et al., 2001*). En nuestra muestra de médicos, más de un 80% afirmaban atender, en el último mes, una media diaria inferior a 10 pacientes sin cita (tabla 28), lo que está en consonancia con las cifras antes referidas para el País Vasco o la Comunidad Valenciana; no obstante, se debe tener en cuenta que nuestra estimación procede de la subjetividad de los médicos. Como era de esperar, el número de pacientes sin cita se correlacionó positivamente con la presión asistencial ($r = 0,181$, $p = 0,001$), asociación que desapareció cuando se controló por el tamaño del cupo ($r = 0,081$; $p = 0,160$). Tampoco hubo diferencias significativas entre la media de pacientes atendidos sin cita y el grado de registro referido por los médicos. Todo ello nos hace suponer que el efecto del infraregistro de los pacientes atendidos sin cita sobre nuestra estimación de la utilización no debe ser importante. No obstante, su efecto indirecto a través de otras variables, como escalones intermedios, tampoco puede descartarse.

Otro aspecto a considerar es la fiabilidad del denominador de la frecuentación; es decir, del número de personas incluidas en los cupos de cada profesional obtenidas de la BDU. Ésta apenas llevaba dos años en funcionamiento en el período en el que se realizó el estudio y se sospecha que pudiera no estar actualizada. Así, se encontraron en los listados diversas incorrecciones: personas que

cambiaron de domicilio y no actualizaron su nueva adscripción, nuevas adscripciones, pacientes que se veían en la consulta pero no constaban en la BDU, o constaban en la de un médico diferente. El margen de fiabilidad de la BDU se estimó mediante un indicador que comparaba la “cobertura de la BDU” con respecto a la población de la Zona Básica de Salud según el censo actualizado. Ésta fue de un 85%, lo que supone un 15% de infrarregistro atribuible a la falta de fiabilidad de la BDU. No obstante, esta estimación presupone que el censo actualizado de cada ZBS equivale al de su población adscrita, lo cual no es del todo cierto, especialmente en las poblaciones urbanas: algunos pacientes, presumiblemente pocos, ejercen su derecho de ser atendidos por MF de otros centros siempre que estén en la misma población, por ejemplo, porque estén situados próximos a su lugar de trabajo. El problema radica en la dificultad para conocer si este sesgo de infrarregistro de la BDU se distribuía homogéneamente entre todos los centros y entre todos los médicos, o si por el contrario afectaba más a los que tenían mayor o menor utilización. Este problema se agudiza en zonas de expansión de las ciudades, que pueden ver bruscamente incrementada su población con la adscripción de nuevos usuarios, de forma paralela a un desarrollo urbanístico previsible. Intentamos compensar este sesgo cruzando el número de usuarios atendidos en consulta (BDU) con los Pacientes Distintos Vistos (PDV) en el año de seguimiento y creando una nueva variable: Número de pacientes usuarios atendidos en ese año (BDU) corregida por PDV. En ella se incorporaban, para cada médico, los pacientes con al menos una visita en el año de seguimiento que no constaban en su correspondiente BDU. Sin embargo, no fue posible controlar el sesgo introducido por los pacientes que no estaban incluidos en la BDU pero no fueron a su médico en el año de seguimiento. Si, entre estos pacientes, la probabilidad de no ir al médico en ese año se hubiese distribuido igual que en el global de pacientes, se situaría entre un 10 y un 20%; es decir, en términos absolutos tendríamos un error en la BDU alrededor del 1-2%, lo cual sería bastante aceptable, si lo comparamos con el 15% de infrarregistro del que partíamos. No obstante, existe la posibilidad de que la corrección realizada haya introducido un nuevo sesgo en la dirección opuesta, es decir, incrementando falsamente el número de usuarios atendidos (BDU) a partir de los PDV. Esto ocurriría cuando los médicos atendieran a pacientes que no fueran de su cupo; por ejemplo, si, cuando un médico falta un día, sus pacientes se distribuyen al resto de médicos del centro. En ese caso el sesgo es obvio aunque relativo, ya que realmente es un paciente visto y atendido por el médico al que se lo contabilizamos. El problema está en que también se lo contabilizamos al médico al que realmente está adscrito. Es de esperar que la magnitud de este sesgo no sea muy importante, ya que hemos excluido a los médicos que se ausentaban mucho de la consulta (más de tres meses al año, incluyendo en este cómputo los 30 días de las vacaciones y los 6 días de asuntos

propios), lo que garantizaba que los médicos ausentes no introdujeran sesgos importantes. Otro aspecto a tener en cuenta es el momento de la medida del número de usuarios atendidos (BDU). El disponer de medidas repetidas durante el seguimiento probablemente hubiera mejorado su estimación y, sobre todo, hubiera permitido medir el efecto de sus fluctuaciones sobre nuestra variable de respuesta. Sin embargo, como ya hemos comentado, la cifra que hemos empleado está referida al final del seguimiento y no al principio, por motivos de fiabilidad del registro.

El denominador empleado para calcular la presión asistencial se calculó a partir del número total de días hábiles trabajados en el año de seguimiento. La información se obtuvo de los registros de personal de los Distritos Sanitarios, para controlar el número “real” de días anuales trabajados por cada uno de los profesionales incluidos en la muestra. Se descontaron todos los días del año en que no se pasó consulta por cualquier motivo (vacaciones, asuntos propios, festivos, baja laboral, permisos especiales, traslados o desplazamientos provisionales, etc.). La fiabilidad de este denominador se cuida bastante por parte de los distritos ya que, entre otras cosas, se trata de una cifra fundamental para calcular el gasto de farmacia de cada médico. Aún así, como ya hemos comentado, excluimos aquellos médicos que estuvieron más de tres meses sin trabajar en el año de seguimiento.

Por todo lo argumentado en este apartado, creemos que las medidas de utilización empleadas como variables dependientes de nuestro estudio tienen un aceptable grado de validez y fiabilidad, superando algunas limitaciones de las empleadas hasta ahora en los estudios realizados en España (*DeLaRevilla L et al., 1987; Rodríguez B y Martín JM, 1999; González MJ et al., 2000; Pedrera V et al., 2005*).

1.3.2. DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Desde un punto de vista conceptual, se han manejado dos niveles dentro de la organización por sus implicaciones prácticas: Micro-organización y macro-organización. El primero comprendería aquellos factores modificables desde el nivel del profesional visto individualmente, del médico y su consulta. El segundo dependería de los niveles de gestión superiores al profesional como el centro de salud, distritos, servicios centrales, SNS u organismos europeos; modificaciones normativas o estratégicas en este nivel repercutirían en todo el sistema. Las mejoras o cambios de todo el equipo del Centro de salud, en general, serían más difíciles de llevar a cabo pero, si fueran posibles, podrían tener un gran impacto en la utilización global del equipo. Tampoco se debe despreciar la posibilidad de mejorar la micro-organización a partir de cambios de la macro-organización. Por ejemplo, si desde la dirección

del centro de salud se hicieran cambios eficientes sobre los circuitos de las prescripciones repetidas (potencialmente disminuyentes de la utilización administrativa), que incumbieran a todos los profesionales del equipo. Estos cambios, estructurales y funcionales para todo el centro de salud, podrían facilitar los cambios de un profesional en particular.

A continuación vamos a hacer algunas consideraciones sobre la validez y fiabilidad de los distintos grupos de variables independientes empleadas en el presente estudio.

a) Morbilidad y carga de morbilidad de los cupos: La mayoría de los modelos propuestos en los estudios sobre utilización de servicios coinciden en afirmar que la necesidad percibida por el paciente u objetivada por el profesional es la variable con mayor capacidad predictiva sobre la demanda de servicios (*Andersen R y Newman JF, 1973*). La morbilidad crónica, junto a la comorbilidad, son un reflejo de la complejidad clínica y, por tanto, de la necesidad de atención sanitaria (*Westert P et al., 2001*). Aunque su estudio no es objetivo de este trabajo, su interés es obvio para la organización de la consulta del médico, en la medida que el perfil de la demanda debería requerir respuestas adecuadas a las necesidades asistenciales previsibles, imprevisibles, clínicas o administrativas (*Casajuana J y Bellon JA, 2003*). Los datos de **morbilidad** se recogieron a partir de los registros codificados en la lista de problemas de la historia clínica TASS, que puede adolecer de problemas de infra- o sobrerregistro. Puede que los médicos motivados por alcanzar buenos indicadores de calidad de cara a los gestores sanitarios, se esfuercen por obtener los estándares marcados en el contrato programa, a veces incluso sobredimensionando el número de paciente atendidos; por ejemplo, podrían codificar a un paciente como hipertenso sin que se le hayan realizado las 3 tomas de tensión reglamentarias, o codificar a un paciente como EPOC sin tener la confirmación de una espirometría. En otros casos, es posible que el médico esté poco motivado por la utilidad de los registros y no se preocupe de marcar el diagnóstico en el apartado específico de la lista de problemas, aunque sí lo tenga anotado en el seguimiento de consultas. Según se recogen en los indicadores de cobertura de programas de los distritos sanitarios (*Consejería de Salud, 2004*), algunos códigos diagnósticos se aproximarían más a las prevalencias reales de las enfermedades, mientras que en otros no ocurriría así. Concretamente, las prevalencias de hipertensión y diabetes obtenida a partir de las listas de problemas de TASS, se parecerían bastante a los correspondientes valores estimados para ambas patologías en la comunidad (las coberturas suelen estar por encima del 80% con respecto a la prevalencia teórica); sin embargo, enfermedades como la EPOC y los trastornos de ansiedad y depresión estarían claramente infrarregistrados en las historias clínicas, con cifras de cobertura del 20-40%. En el caso de la salud

mental, se conoce que existe mucha morbilidad no diagnosticada por los MF (*Gulbrandsen P et al., 1997; Carbone La et al., 2000; Kapur N et al., 2004*), por motivos bien conocidos (*Barsky AJ y Borus JF, 1995; Cape J et al., 2000; Grytten J y Sorensen R, 2003*); sin embargo, sobre el infradiagnóstico de la EPOC-asma permanecen más interrogantes. Por estas razones, para medir **la carga de morbilidad de los cupos** elegimos exclusivamente la hipertensión y la diabetes. Estas enfermedades, además de ser muy prevalentes, están protocolizadas en los centros de salud de Andalucía desde hace más de 15 años, por lo que es probable que al factor necesidad de la enfermedad padecida por los pacientes, se le una el factor profesional-organizacional de visitas generadas a partir del proveedor. Por ejemplo, un paciente puede sentir la necesidad de ir al médico porque tenga síntomas de su diabetes o su morbilidad asociada, pero también tendrá que ir al médico porque éste lo cite para una revisión, independientemente de que esté indicada y sea efectiva (mejore la salud del paciente). Una limitación reseñable es que no hemos podido manejar la carga de morbilidad de los cupos relacionada con la salud mental. Estudios realizados en Andalucía ponen de manifiesto que esta morbilidad predice mucho mejor la utilización que la morbilidad física crónica (*Bellón JA et al., 1999; Dowrick C et al., 2000*). También se ha planteado la hipótesis de que los pacientes con morbilidad psiquiátrica no diagnosticada por sus MF tendrían mayores tasas de frecuentación (*Stefansson CG y Svesson C, 1994; Vedsted P et al., 2004; Barsky AJ et al., 2005*). Desde este punto nos pareció útil medir la orientación biomédica o psicosocial de los MF, ya que ella se correlacionaría con el diagnóstico de la morbilidad psiquiátrica. De hecho, en nuestro estudio, el perfil biomédico fue una de las variables retenidas en las ecuaciones finales de regresión múltiple, relacionándose con una mayor utilización, tal y como se ampliará más adelante. Sobre este tema también seleccionamos una pregunta (ítem 52), en la que interrogábamos al médico sobre cuál era la posición que ocupaban los problemas de salud mental entre sus motivos de consulta más frecuentes. Se hizo la pregunta de forma indirecta, con una serie de “distractores de morbilidad”, para que no percibiera que lo que realmente queríamos saber era su percepción sobre la morbilidad psiquiátrica diagnosticada. Este ítem también se relacionó estrechamente con la subescala de orientación psicosocial del profesional, en la misma dirección de la hipótesis antes mencionada. Así, los médicos que colocaron en primer lugar los problemas de salud mental tuvieron una menor frecuentación que los que la ubicaron en otras posiciones. Es decir, existiría una relación entre los médicos que diagnostican más problemas de salud mental en sus consultas y una menor frecuentación de sus cupos. La hipótesis que se baraja es que estos profesionales, al diagnosticar más estos problemas, tendrían más probabilidades de resolver u orientar esta morbilidad oculta, y de este modo disminuir la necesidad de utilizar por ello (*Barsky AJ et al., 2005*). Un aspecto a tener en cuenta es que el volumen

estimado de presentación de síntomas inexplicados y motivos de consulta inespecíficos asciende al 25-50% de todas las visitas realizadas al MF (*Verhaak PFM et al., 2006*), con la consiguiente dificultad en el reconocimiento, clasificación y registro del motivo de consulta. Curiosamente, también existe una estrecha relación entre los problemas de salud mental y ciertos síntomas inespecíficos, poco definidos, o síntomas somáticos no explicados médicamente (Kroenke K, 1994).

Podrían haberse empleado otros métodos para conocer la morbilidad; por ejemplo, mediante una encuesta de morbilidad a una muestra de pacientes de cada médico. Incluso se podría haber comparado la morbilidad reportada por los pacientes con la recogida por su médico en la historia clínica. Esto nos hubiera dado un índice de fiabilidad del registro de cada médico, que podríamos haber utilizado como factor de corrección de la morbilidad. Una estrategia similar ya fue empleada por Bellón para medir la fiabilidad de los registros de la utilización (*Bellón JA, 1995*). No obstante, todo ello hubiera aumentado muchísimo los costes del presente estudio.

Es posible que la fiabilidad del registro en la historia clínica se haya incrementado a partir de la implantación del sistema informático, aunque no conocemos ningún estudio que lo demuestre. En base a esta suposición fueron seleccionadas las provincias que tenían informatizadas todas las consultas de atención primaria al menos desde un año previo al estudio. Trabajos realizados con anterioridad (*Bellón JA, 1995*) tuvieron que manejar registros manuales de historias clínicas, mucho más complejo desde todos los puntos de vista.

b) Gasto y consumo farmacéutico: La fuente de información del gasto y consumo farmacéutico fueron los programas “Farma” y su módulo “Sifarma”. Se consideran registros fiables porque obtienen la información sobre la facturación en farmacia, lo que descarta aquellas recetas que se hacen en la consulta del MF pero no llegan a sacarse de la farmacia y por tanto, no se consumen realmente. La atribución del consumo farmacéutico a cada médico es un proceso muy riguroso y sometido a controles de calidad. No obstante, la información que nos facilitaron los distritos sólo fue homogénea con respecto a dos indicadores: el gasto sanitario global y el consumo de medicamentos de valor intrínseco no elevado (VINE) de cada médico. Dispusimos de otros indicadores de consumo cualitativo por grupos de fármacos, pero en algunos distritos no los pudimos conseguir, por lo que prescindimos de ellos en los análisis globales. Al incluir el gasto de farmacia y el consumo de VINES en los modelos de regresión, no debe olvidarse que también se ajustó por días trabajados y tamaño de cupo de cada médico. Además, se incluyó la carga de

morbilidad de los cupos (en hipertensión y diabetes), junto a otras variables posiblemente confusoras del consumo farmacéutico (perfil biomédico del profesional, consulta programada, etc.).

c) Variables contenidas en los cuestionarios de los Directores de los Centros de Salud: Muchos de los ítems de este cuestionario hacían referencia a su actividad asistencial e indicadores de estructura. La mayoría de estos datos (población, personal, cartera de servicios, etc.) quedan normalmente reflejados en las memorias anuales de los centros de salud y en los contratos programa de éstos con los distritos de atención primaria. Estas fuentes de información nos sirvieron para cotejarlos, de tal forma que tuvimos una doble información, la de la encuesta de los directores y los documentos. Sin embargo, sabíamos que otros datos no quedaban suficientemente reflejados en los documentos oficiales. Por ejemplo, algunos centros disponían de aparatos facilitados por fuentes privadas (espirómetros, doppler, etc.), o tenían ofertas asistenciales no recogidas en dichos documentos (protocolos específicos con algunas especialidades, programas específicos priorizados en el centro de salud, pero no recogidos en la cartera de servicios del contrato programa, etc.).

Preguntamos además por sistemas de organización muy específicos, como la organización dispensarial o personalizada de las actividades a demanda y de programas de salud. Sobre este aspecto creemos que no existen estándares óptimos, sino simplemente formas diferentes de organizarse en el centro de salud. Por tanto, es poco probable que existan sesgos de deseabilidad social, que sí pueden estar presentes en las respuestas a preguntas sobre la frecuencia de reuniones o sesiones clínicas del centro. No obstante, las respuestas de los directores fueron cotejadas en los distritos sanitarios y, de manera informal, con personal de los propios centros, contraste que no demostró grandes discrepancias.

Los indicadores asistenciales globales de los centros de salud se extrajeron directamente del programa TASS y del sistema de información SIGAP, por lo que, en principio, puede asumirse para ellos una fiabilidad aceptable.

d) Variables obtenidas a partir de los cuestionarios de los MF: Aunque la fiabilidad de los datos obtenidos mediante cuestionarios autocumplimentados está ampliamente documentada en la investigación (*Mechanic D, 1970; Huygen FJA et al., 1992; Charles J et al, 2006*), es necesario considerar algunos posibles sesgos derivados de este procedimiento de recogida de información.

El primer sesgo que podría introducirse es, sencillamente, el error debido al desconocimiento que los médicos pueden tener en relación a su práctica. Este hecho fue objetivado por Maya en un estudio realizado sobre los médicos de atención primaria de la Comunidad de Murcia, que observó la discordancia entre los datos obtenidos a partir del sistema de registro informatizado y los expresados por los profesionales, sin poder determinar un perfil que justificara estos resultados (edad, sexo, tutor de residentes..etc). Sí se puso de manifiesto que los profesionales que más uso hacen de los recursos son, a su vez, los que más desconocimiento tienen al respecto. También se comprobó que los médicos con mayor edad tienden a sobrevalorar la frecuentación. Finalmente, se observó una tendencia a subestimar el uso de recursos en los profesionales con mayor utilización (*Maya MC et al., 2000*).

Al sesgo del desconocimiento se le puede añadir, como parte de él, el sesgo de memoria, por el que los médicos tendrían dificultades para recordar su actividad y por tanto, para referirla en los respectivos ítems del cuestionario. Para evitarlo, se recomienda usar preguntas que no indaguen más allá de un tiempo razonable, aproximadamente no más del último mes. En la mayoría del cuestionario se ha respetado este marco temporal, aunque para sucesos muy poco prevalentes, como por ejemplo haber realizado reuniones con la comunidad, hubo que ampliarlo al último año. En cualquier caso, cuando se preguntó por el último mes de cada actividad, se introduce un sesgo de estacionalidad. Si bien es verdad que todos los médicos contestaron aproximadamente sobre el mismo mes, el mes seleccionado no puede interpretarse como representativo para un mes de un determinado año, ya que en la actividad asistencial existe una distribución en el tiempo que se ve influida por diversos factores del paciente (morbilidad estacional), el profesional y la organización (cierre de memorias y auditorias, reuniones, planes, etc.).

Otro sesgo difícil de controlar es el llamado de deseabilidad social, cuando el médico tiene la referencia de un comportamiento estándar óptimo y transforma su realidad percibida y referida para “quedar bien”. En psicología experimental se ha comprobado que la motivación puede afectar y distorsionar claramente la memoria (*McDonald HE y Hirt ER, 1997*). En relación con él, podría haber ocurrido una sobrevaloración en preguntas relacionadas con actividades donde pudieran existir estándares óptimos de cobertura o de actividad, como el programa de la mujer, la captación o seguimiento de enfermos crónicos, las actividades preventivas, las visitas domiciliarias programadas o bien sobre actividades de formación continuada o asistencia a reuniones de equipo. En el estudio realizado por Conroy (*Conroy MB et al., 2005*) los médicos que dijeron cumplir los protocolos de seguimiento de la intervención antitabaco “*a menudo o casi siempre*” no alcanzaron un buen grado

de concordancia cuando se les comparaba con sus registros en la historia clínica o cuando se les preguntaba a sus pacientes, y curiosamente, tampoco tuvieron buena concordancia los que dijeron que lo hacían con menos frecuencia. En esta misma línea se sitúan los resultados del estudio realizado por Pedrera en la Comunidad Valenciana, en el que se comparó la información recogida a partir de los propios médicos, de observadores externos y por el sistema de registro. Se comprobó que los médicos sobreestimaban de forma significativa el número medio de pacientes citados y subestimaban la duración de sus consultas (*Pedrera-Carbonell V et al, 2005*).

Algunas de las preguntas realizadas a los MF sobre la organización de la consulta o micro-organización pueden considerarse bastante fiables; tal es el caso de, por ejemplo, la existencia o no de consulta de tarde o el lugar donde pasa la consulta. Otras, sin embargo, estarían sujetas en mayor grado a la subjetividad del profesional, como la percepción del *tiempo medio por paciente*, que puede verse influenciada por el estilo de práctica profesional (*Blumenthal MD et al., 1999; Wilson A y Childs S, 2002*); por ejemplo, los “médicos rápidos” tendrán la percepción de haber pasado un mayor tiempo con el paciente, mientras que probablemente los médicos que realizan abordaje psicosocial perciban haber estado menos tiempo del real (*Wilson A y Childs S, 2002*).

Para conocer la fiabilidad de las respuestas de los MF relacionadas con otros aspectos del proceso asistencial habría sido preciso disponer de una información adicional cuya obtención hubiera supuesto un coste inabordable. Un área de mejora para futuros estudios debe ser la realización de estudios de validez y fiabilidad, al menos en relación con la estabilidad en el tiempo de las respuestas de los médicos.

e) Escala de Organización administrativa de la consulta: Esta escala ha reflejado buenos índices de validez y fiabilidad mediante el proceso del análisis factorial y de la consistencia interna. Se ha obtenido una escala equilibrada con dos subescalas de 3 ítems cada una: subescala de organización de recetas repetidas ($\alpha=0.82$) y subescala de organización de partes de confirmación ($\alpha=0.82$). Hubo que suprimir un ítem de los siete originales, ya que su extracción mejoraba tanto la consistencia interna como la estructura factorial. La escala global de organización administrativa, compuesta de las dos subescalas, obtuvo un alfa de 0.80. Los datos de validación de la escala se encuentran recogidos en el ANEXO VIII Tablas 1 a 7. La escala de organización administrativa, además de la validez estructural, medida por el análisis factorial, mostró validez de constructo cuando

se exploraron algunas hipótesis. Por ejemplo, se relacionó significativamente tanto con la presión asistencial como con la frecuentación y con la demanda inducida por el profesional.

f) El cuestionario de “*Burnout*”: Desde que Moreno et al. introdujeron en España la escala de *burnout*, se han realizado numerosos estudios de tipo transversal y descriptivo en nuestro país, sobre colectivos profesionales de la educación y la sanidad, en hospitales (*Hidalgo I, 1994;*) y en atención primaria (*Álvarez E y Fernández L., 1991; Olivar C et al., 1999; Caballero MA et al, 2001; Cebriá J et al, 2001; Cebriá J, 2002; Molina A et al, 2003; Sobrequés J et al, 2003*) y residentes (*Pujol R, 1997; Belloch SL et al., 2000; Dirbye LN et al., 2006*). Ante la discordancia de resultados encontrados en los estudios, algunos autores (*Cebriá J, 2003*) matizan la utilidad del instrumento desde el punto de vista psicométrico, por entender que se trata de un instrumento muy sensible y poco específico, puesto que detectaría básicamente situaciones de estrés emocional y quizás no todo él es *Burnout*. En nuestro caso, el objetivo era identificar la existencia del malestar o estrés entre los profesionales, su relación con la práctica profesional y con la respuesta de los usuarios en la utilización de las consultas. En el caso de los médicos de atención primaria, la sobrecarga de trabajo, especialmente la escasez de tiempo por paciente, parece ser uno de los factores asociados con mayor frecuencia al *Burnout* (*Molina A et al., 2003*).

g) La escala de Demanda inducida por el profesional: La validación de esta escala fue un objetivo de la tesis, los resultados del proceso de validación serán discutidos en la sección de discusión de resultados.

h) El cuestionario de clima organizacional (ANEXO VIII-Tablas 8 a 14).. Este cuestionario, validado inicialmente en España para su aplicación en atención primaria por López Fernández (*López LA, 1988*), ha sido sometido a un nuevo proceso de validación por nuestro equipo de investigación (*Delgado A et al., 2006*), comprobando que la escala cumplía buenos criterios de validez y fiabilidad para ser utilizada en atención primaria. En el análisis factorial aparecieron 7 dimensiones que tienen las propiedades necesarias para considerarse como tales, y presentaron coeficientes de fiabilidad aceptables. Aparecen cuatro factores que hablan de la relaciones entre los profesionales: *Tensión-Conflicto*, integrado por 5 preguntas que reflejan la atmósfera más o menos amigable que se respira en el centro de salud: *Trabajo en equipo*, con 5 ítems sobre el grado de los profesionales, *Cohesión*, también con 5 preguntas, algunas de las cuales indican pertenencia, y *Tensión médico-enfermera*, con dos ítems. En los tres primeros factores se mezclan preguntas

referidas de forma estricta a relaciones profesionales, con otras que aluden a las relaciones personales. Ello podría indicar que en la vivencia de los MF ambos niveles de relación no funcionan de forma independiente y están interconectados; es decir, que los MF se llevan bien en el trabajo con aquellas personas con las que trabajan bien o viceversa. Probablemente existe en nuestro medio poca formación para el trabajo en equipo como un componente técnico de la práctica, y su desarrollo está demasiado sometido a la existencia de un buen entendimiento en el ámbito personal personal. La cuarta dimensión (*Tensión médico-enfermera*) incluye dos ítems que aluden claramente a dicha díada de profesionales, apareciendo como un factor independiente. Ello indica que las relaciones con las enfermeras son para los MF un elemento diferenciado del conjunto de relaciones en el trabajo, y sugiere que ese aspecto del trabajo en equipo tiene una entidad propia. La dimensión que hemos llamado *Percepción de fracaso* cuenta con 5 preguntas y expresa el deseo de los MF de huir de su CS, ligado a la sensación de que las cosas no funcionan a su gusto, de que están en un CS “malo”. La dimensión que se ha denominado *Exceso de autonomía*, con tres ítems, es percibida por los médicos como un elemento negativo en el grupo. Que cada cual decida por sí mismo y se regule de forma independiente parece producir un sentimiento que actúa de manera negativa en el clima. Por último, el factor *Dirección autoritaria* recoge preguntas sobre aspectos del estilo de dirección vividos como exceso de control de la dirección del CS, que obstaculiza las posibilidades de innovar o introducir cambios en el trabajo. Esta percepción tiene una cualidad negativa para los profesionales. El signo de las relaciones entre los factores explica la razón por la cual se han agrupado en una dimensión positiva las dimensiones *Trabajo en equipo* y *Cohesión*, y en una dimensión negativa *Tensión-Conflicto*, *Percepción de fracaso*, *Exceso de autonomía* y *Tensión médico-enfermera*. Posteriormente, se han incluido en la dimensión positiva las preguntas de *Vida social* y de *Trabajo multiprofesional* que, aunque no puedan ser utilizadas como factores de manera aislada, representan conceptos coherentes con la idea de clima y funcionan adecuadamente en dicha escala, como muestran sus coeficientes alfa. Ambas escalas, clima positivo ($\alpha=0.82$) y clima negativo ($\alpha=0.78$), constituyen un constructo con unidad y coherencia para entender cómo funcionan diferentes aspectos de la percepción que tienen los MF del clima en los CS y sus relaciones mutuas (Delgado A et al., 2006). Menárquez Puche y cols (Menarquez JF et al., 1999), incluyeron en su cuestionario sólo las dimensiones que empleó López Fernández: cooperación, cohesión y trabajo en equipo (López LA et al., 1988). Llevaron a cabo un análisis factorial en que se mantenían las tres dimensiones teóricas mencionadas, las cuales mostraron correlaciones positivas y elevadas entre ellas. Los resultados de ambos estudios, unidos a los realizados por nuestro equipo (Delgado A et al., 2006), apoyan la validez estructural y de constructo, junto a la consistencia

interna de este conjunto de dimensiones del clima organizacional de los CS en nuestro país. Como limitaciones del instrumento, es necesario destacar que está pendiente evaluar su fiabilidad test-retest. Por otra parte, el clima se evalúa en este trabajo como la percepción que tienen los MF, sin considerar la de otros profesionales del equipo de AP. Esto podría ser considerado como una limitación cuando estudiamos el nivel de organización del CS, mientras que sería una fortaleza cuando abordamos el nivel de organización del médico y su consulta.

g) Cuestionario de perfil profesional: Escalas de satisfacción laboral y percepción de carga y Escala de perfil biomédico del médico de atención primaria (Tablas 66 a 68).

Los estudios realizados sobre *perfil de práctica profesional* (Mechanic D, 1970; Calnan M, 1988; Howie JGR et al., 1992; Mira JJ, 1998) han aportado escalas y cuestionarios que permiten medir este aspecto desde diferentes perspectivas. Sin embargo, la más reiterativa en atención primaria es la que pretende discernir el estilo de práctica clínica desde la orientación biomédica frente a la psicosocial. Mira (Mira JJ et al., 1998) validó en atención primaria un cuestionario con dos dimensiones, la idoneidad profesional y la orientación psicosocial. Algunos autores (Mira JJ, 1994; Olivar C et al, 1999) han encontrado una asociación importante entre estas dimensiones y los niveles de satisfacción laboral y estrés en el trabajo, con la calidad del trabajo realizado por el médico y la presión asistencial. En base a estos hallazgos y tomando los ítems explorados previamente por estos autores, nuestro equipo de investigación decidió tomar las dimensiones de *satisfacción profesional* (4 ítems), *presión en el trabajo* (4 ítems) y *orientación psicosocial del médico* (4 ítems) en un cuestionario tridimensional de perfil profesional (12 ítems). Se pensó en su empleo como 3 escalas con dimensiones separadas, sin entrar en las relaciones entre ellas. El análisis factorial confirmó las 3 dimensiones y, de los 12 ítems, hubo que suprimir uno de la dimensión de orientación psicosocial, porque no se situaba en ninguno de los tres factores y su extracción de la escala mejoraba sensiblemente su consistencia interna. Los coeficientes alfa de las tres escalas variaron entre 0.64 y 0.78.

Las relaciones entre las tres escalas descubrieron asociaciones muy significativas entre la mayor percepción de presión asistencial, la orientación biomédica y la insatisfacción laboral. Se estudiaron una serie de hipótesis que deberían confirmarse para sugerir que las escalas disponían validez convergente-discriminante. Se pudo comprobar que la orientación psicosocial se relacionó con mayores derivaciones a la trabajadora social, mayor probabilidad de referir los problemas de salud

mental como primer motivo de consulta y realizar más actividad de consulta programada de contenido psicoterapéutico. También se confirmó que la mayor percepción de presión asistencial se asoció con una mayor frecuentación y presión asistencial medidas objetivamente, así como con referir un mayor número de pacientes con y sin cita y un mayor número de pacientes difíciles al día. Por su parte, la satisfacción profesional se relacionó negativamente con el desgaste emocional, la despersonalización y la escala de clima organizacional negativo y positivamente con la realización profesional (MBI) y la escala de clima organizacional positivo.

1.4. DE LA ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

1.4.1. DE LAS TRANSFORMACIONES DE LAS VARIABLES

Ha sido necesario transformar la variable dependiente por el logaritmo de $(x+1)$; ya que para usar la regresión lineal múltiple se requiere la normalidad. Afortunadamente esta transformación logra que la variable se aproxime con éxito a la normalidad. Esto es algo que se ha olvidado en algunos estudios (*Ortiz F et al., 1996; González MJ et al, 2000*) y puede dar problemas de bondad de ajuste de la ecuación y en la estimación de los coeficientes.

1.4.2. DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE:

Un aspecto destacado es la introducción reciente en la investigación sanitaria, de nuevos modelos de análisis estadístico que permiten avanzar en la construcción de modelos explicativos de fenómenos complejos como es el caso de la utilización de servicios. En nuestro caso se ha utilizado el **Análisis Multinivel** (“*multilevel analysis, multilevel modelling o multilevel model*”), que permite el estudio de la estructura jerárquica entre grupos de variables de dos o más niveles de análisis como en nuestro estudio son el profesional y la organización (*Sánchez-Cantalejo E y Ocaña R, 1999*). Las primeras aplicaciones del análisis multinivel se desarrollaron en el campo de las ciencias sociales, específicamente en el área de la educación, y aunque aporta grandes avances en la interpretación de datos en salud, aún no se ha generalizado su utilización (*Goldstein HI, 2003*).

Los investigadores de los modelos de utilización, ya en el año 1998, apostaban por el empleo del análisis multinivel como método de avanzar (*Philips KA et al., 1998*). Sin embargo, según el estudio bibliométrico realizado por Catalán-Reyes (*Catalán-Reyes MJ y Galindo-Villardón MP, 2003*) apenas se ha empleado, quizás por falta de personal cualificado en su aplicación.

La aplicación del análisis multinivel en nuestro trabajo se justifica porque los métodos de regresión clásicos parten de un **presupuesto de independencia entre los MF que en la práctica no se da**, lo que, como se ha demostrado, conduce a un error en las estimaciones de los coeficientes de regresión y sus errores estándar. Por tanto, la probabilidad de obtener resultados estadísticamente significativos se ve seriamente afectada, porque los MF están naturalmente repartidos formando grupos (en centros de salud), y estos grupos influyen en las conductas de los individuos que los integran. Por ejemplo, el hecho de que un MF pertenezca a un centro de salud y no a otro, le condicionaría su tasa de utilización, ya que las características del centro y del equipo marcarían, en parte, las pautas de los patrones de utilización de los pacientes (por ejemplo si el centro tiene unas normas organizativas de la actividad burocrática, las citas, la dispensarización de actividades o la organización de enfermería, etc.), lo cual haría que, por el hecho en si mismo de pertenecer al centro, todos los MF pertenecientes a ese centro tuvieran en sus consultas ciertos patrones de utilización de los pacientes, parecidas entre si y diferentes a otros pacientes de MF pertenecientes a otros centros. En resumen, “estar anidados” en grupos, los hace más semejantes dentro de ese grupo, reduciendo su variabilidad “dentro” de cada grupo y, por consiguiente, vulnerando el principio de independencia entre los sujetos seleccionados para el estudio.

A la ventaja estadística de mejorar las estimaciones de coeficientes y errores estándar, al análisis multinivel se le pueden sumar **ventajas epidemiológicas** (*Nezlek, JB y Zyzniewski LE, 1998*); concretamente permite hacer inferencias entre niveles sin caer en la falacia ecológica o/y en la falacia atomista ya que permite medir la varianza global partida entre los distintos niveles o grupos.

En síntesis, el análisis multinivel nos permitió estudiar simultáneamente los efectos de las variables del centro de salud y de los médicos de familia en la utilización de sus consultas, y a la vez pudimos controlar la falta de independencia de las observaciones dentro de cada grupo. También nos permitió **“modelar la varianza”**: estudiar la variabilidad intergrupala (entre los médicos y los centros de salud) e intragrupal (dentro de cada grupo). En nuestro análisis multinivel el nivel centro de salud se concibió como procedente de un universo de centros de salud sobre el que se deseábamos hacer

inferencias. Por todo ello, pudimos abordar simultáneamente el micronivel de los médicos y el macronivel de los centros de salud.

Con el análisis multinivel, además de estimar coeficientes de regresión más fiables, tuvimos la ventaja de poder estimar la variabilidad de la utilización atribuible a cada nivel; lo cual nos dio una información tremendamente práctica: podríamos tener una idea de lo que podría reducirse la utilización si interviniéramos en cada nivel.

2. DE LOS RESULTADOS

2.1. DE LA UTILIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La *presión asistencial* media obtenida tras un año de seguimiento fue de 52 pacientes al día, con un rango entre 22 y 117 (DS = 12). Según los datos aportados por la Consejería de Salud para el año 2001, esta cifra sería de 47,06 pacientes al día de media en los médicos de la CCAA, evolucionando en una tendencia descendente desde 1997, año en que se calculó una media de 52,41 (*Consejería de Salud. Memoria estadística de la 2002*). La diferencia encontrada respecto a la media andaluza podría ser debida en parte al cálculo de días hábiles en el denominador: la Consejería utiliza los 365 días del año excepto los festivos, mientras que en nuestro estudio se han calculado los días trabajados individualmente, descontando fiestas locales, bajas y ausencias de cada médico. Las diferencias en la construcción del numerador, incluyendo o no las visitas domiciliarias, programadas, sin cita, etc, y en el denominador, con un cálculo más o menos aproximado a los días de trabajo real, explican la variabilidad de cifras encontradas también en los estudios realizados sobre utilización de servicios (*Ortiz F et al., 1996*).

En la evolución de la presión asistencial desde 1993 se aprecia un pico máximo en 1996, un pequeño descenso hasta 1999 y, desde entonces, un ascenso continuo hasta la actualidad (ANEXO VII-Gráfico1). El descenso pudiera ser explicado en parte por el incremento del número de médicos durante el periodo 1996-1999, y que ha continuado hasta la actualidad. La tendencia desde 2001 (estabilización o ligero descenso) no concuerda con el incremento exponencial sufrido por la frecuentación en el mismo periodo. Según el Observatorio del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, la presión media del país en 2001 fue de 25,4 consultas al día, significativamente más baja que la andaluza y que la obtenida en nuestro estudio. De nuevo podría

ocurrir que estemos contrastando cifras no comparables a partir de indicadores con diferentes numeradores y denominadores. En el resto de Comunidades Autónomas, las cifras varían entre los 18,51 de Cantabria, los 18,95 de Castilla y León o los 19,9 en el País Vasco, hasta los 31,55 de Extremadura, los 29,85 en Castilla La Mancha, y los 36,5 en Murcia. Así pues, Andalucía y Murcia encabezan los Comunidades con mayor presión asistencial en la consulta del médico de familia (*Observatorio SNS, 2003*).

La **frecuentación** media de las consultas incluidas en el estudio fue de 6,75 visitas al año por paciente, variando entre 3,2 y 13,6 (DS = 1,76). Se trata de una cifra significativamente menor que la media andaluza en el año 2001 (10,16 consultas por paciente al año, sobre la población base de 1600 personas por cupo, o 6,35, tomando como referencia 1000 personas por cupo). La tendencia de la frecuentación es ascendente desde 1999 (6,0) con un incremento continuado hasta alcanzar un valor de 7,82 en 2003 (*Memoria estadística Consejería de Salud 2003*). Por provincias, las cifras de frecuentación varían entre el 8,93 de Cádiz y el 11,24 de Jaén. Málaga se sitúa en una posición intermedia, con 9,18 visitas de media por paciente. Desconocemos el origen de las diferencias encontradas; entre otras causas, podrían deberse a un infraregistro, a una determinada cultura de utilización en cada zona o a la variabilidad en el estilo de práctica del médico. En el resto de España se observa también una alta variabilidad: las frecuentaciones más elevadas se dan en Extremadura (8,5), Castilla La Mancha (7,6) y La Rioja (6,9); las más bajas en el País Vasco (3,6), Cataluña (3,7), Baleares (4,1) y Cantabria (4,5). Observando la distribución de esta variabilidad, podría pensarse en cierta influencia del desarrollo socioeconómico y la estructura poblacional sobre el perfil de frecuentación. Otra hipótesis apuntaría al desarrollo de los Sistemas de Salud con modelos de gestión sanitaria más desarrollados. A estos factores se sumarían los relacionados con otras características de los profesionales, la organización y los usuarios. Según el Observatorio del SNS, el crecimiento de la utilización de servicios parece explicarse en función del incremento de consultas, ya que mientras la población crece a un ritmo de 0,88% anual, el volumen de consultas crece un 3,91 en promedio por año (*Observatorio SNS, 2003*), con diferencias entre las 5,4 visitas en 1994 y las 6,1 en 2002. Los valores de frecuentación obtenidos separadamente para varones y mujeres son de 5,80 y 6,88, respectivamente (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002*).

La disparidad de resultados encontrados en la bibliografía sobre utilización de servicios pudiera ser debida a ciertas inconsistencias metodológicas encontradas en los estudios; entre otras, problemas de diseño, errores de medida en las variables, errores en la definición de la unidad de análisis y en la aplicación de métodos estadísticos inadecuados (*Sáez M, 2003*). Los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas en España son muy variados, en parte por la diversidad de métodos utilizados en la recogida de información y en parte porque la mayoría responden a estudios transversales o ecológicos sobre periodos de tiempo variables. Un estudio realizado sobre las consultas de los médicos del territorio INSALUD en 1996 observó una frecuentación media entre 5,2 y 9,8 visitas por habitante y año (*Rodríguez B y Martín JM, 1999*). En el año 2000, un estudio realizado en las consultas de atención primaria de la Comunidad de Murcia estimó un frecuentación media de 8,8 visitas al año (*Gonzálvez MJ et al., 2000*).

2.2. DE LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEMANDA INDUCIDA.

Para estudiar la demanda inducida fue necesario contar con un instrumento de medida válido y fiable. No se encontró en la literatura ninguna escala que pudiera ser utilizada, por lo que se planteó como objetivo intermedio del trabajo la creación de un instrumento y su validación.

El método de “viñetas clínicas” para la construcción de escalas ha sido utilizado con anterioridad para estudiar aspectos relacionados con la variabilidad de la práctica clínica y la calidad de las decisiones clínicas (*DeSalvo KB et al., 2003; Peabody JW et al., 2004*), aunque solo aplicada en una ocasión, por Hemenway a la investigación sobre demanda inducida por el proveedor (*Hemenway D y Fallon D, 1985*). Recientemente otros autores han utilizado las viñetas clínicas para medir la calidad de la práctica médica, con muy buenos resultados como instrumento de medición (*Peabody JW et al., 2004; Leonard KL Y Masatu MC, 2005*). En nuestro estudio, las viñetas presentaron 4 escenarios clínicos con 4 respuestas válidas desde el punto de vista científico-técnico, que se diferencian en el número total de visitas necesarias para resolver el caso.

El estudio de la *validez de contenido*, realizado mediante el análisis factorial de componentes principales, demostró la existencia de un solo factor. La consecuencia es una escala compuesta por 4 ítems con 4 respuestas cada una que responden al concepto de demanda inducida. La simplicidad de la escala no ha evitado obtener una buena consistencia interna, que valora la homogeneidad de la

escala. El tamaño de la escala puede hacernos pensar que se haya reducido en exceso la capacidad discriminativa y como consecuencia su sensibilidad. Pero los resultados de fiabilidad obtenidos mediante el test-retest confirmaron su estabilidad (coeficiente de Correlación intraclase 0,81). La validez de constructo obtuvo un coeficiente de correlación item-escala entre 0,45 y 0,59, lo que permite afirmar que la escala se corresponde de forma adecuada con el concepto teórico de la Demanda Inducida.

De las 17 hipótesis elegidas *a priori* para confirmar o refutar la validez de constructo (validez convergente y discriminante) (ver métodos, apartado 6.3.), en el estudio bivariante se confirmaron 14. No obstante, las tres que no se demostraron de forma estadísticamente significativa (las visitas programadas y sus dos tipos), mostraron coeficientes de correlación con un sentido acorde al constructo de la hipótesis. La ausencia de asociación pudo deberse a que las visitas programadas se midieron a partir de lo que los propios médicos refirieron por medio de una escala ordinal, lo que, como ya se ha demostrado en algún estudio (*Conroy MB et al, 2005*), puede guardar una escasa correlación con los datos de la historia clínica. También puede que no sea cierta la hipótesis sin más, o que parta del falso supuesto de que tener muchas visitas programadas resolvería en mayor grado los problemas de los pacientes, frente a una realidad en sentido opuesto.

La demanda inducida por los médicos de familia puede ser administrativa y/o clínica. Analizando los resultados de la regresión múltiple podemos comprobar que la Escala de Demanda inducida por el profesional mediría, en mayor grado, la demanda inducida por motivos administrativos, lo que coincidiría con la realidad de nuestro país, donde las visitas administrativas previsibles (demanda inducida administrativa) alcanzan el 40% de todas las que reciben los MF (*Orozco D et al., 2004*). Además, se confirma la importancia que tiene para la demanda inducida el perfil de prescripción del profesional, el perfil profesional de formación y científico, así como el clima organizacional, fundamentalmente en la relación médico-enfermera.

Una limitación es que tan solo hemos medido 4 situaciones clínicas, de las que 3 obedecerían a procesos crónicos y sólo una a procesos agudos. Esto quiere decir, por una parte, que la escala reflejaría en mayor grado las decisiones clínico-organizativas de los procesos crónicos. Por otra parte, aunque las 4 viñetas clínicas pudieran ser representativas de gran número de procesos clínicos paralelos, también sería imprudente generalizar sus inferencias sobre el conjunto de procesos clínicos susceptibles de generar demanda inducida por el profesional (*Sandvik H, 1995*).

Las 4 viñetas clínicas están cuidadas en su adecuación a las guías de práctica clínica actuales; sin embargo, en el futuro, con la aparición de nuevas evidencias, los casos clínico-organizativos de las viñetas se podrían quedar obsoletos. Las decisiones sobre seguimientos en las guías de práctica clínica, en general, se basan en la opinión de expertos, siendo excepcional que se realicen ensayos aleatorios controlados al respecto (*Bellón JA, 2006*). En los casos en los que se han realizado, se ha demostrado que la frecuencia que proponían los expertos era excesiva, ya que no mejoraban la salud de los pacientes (*Carrolli G et al., 2001*). Por ejemplo, en el caso del seguimiento a pacientes hipertensos bien controlados (como es el caso de una de nuestras viñetas) su seguimiento a los 3 o 6 meses no varió el control de la tensión arterial, adherencia al tratamiento y satisfacción de los pacientes (*Birtwhistle RV et al., 2004*).

Nos podríamos preguntar hasta qué punto los médicos hacen, en la situación real de sus consultas, lo que dicen hacer en las viñetas. No sabemos ni cuánto, ni en qué dirección, actuaría el sesgo de deseabilidad social sobre los aspectos tratados en las viñetas y la demanda inducida en general. No obstante, en la introducción a los casos de las viñetas se advierte a los profesionales que todas las opciones de respuesta de las viñetas son correctas desde el punto de vista científico-técnico. Esto se hace fundamentalmente con el objetivo de ajustar por el nivel salud, lo que constituye uno de los puntos fuertes del uso de las viñetas para estudiar la demanda inducida (*Hemenway D y Fallon D, 1985*). Al mismo tiempo, se pretende con ello que los médicos descarten de entrada el miedo a parecer técnicamente “malos”; minimizada tal desconfianza, el sesgo de deseabilidad social probablemente también se reduzca. Otro punto fuerte de las viñetas es que homogeneizamos los pacientes y los casos clínicos a los que se enfrentan los médicos para tomar decisiones. Se trata por tanto de una situación “de laboratorio”, prácticamente imposible de medir en la práctica real, parecida a la de enfrentar a los médicos a pacientes estandarizados. Otra cuestión pertinente sería saber hasta qué punto los pacientes harían realmente caso a las recomendaciones de visitas de seguimiento que les propondrían sus médicos. Parece que los factores del paciente influyen poco en tales decisiones (*Welch HG et al., 1999*) y que, probablemente, los pacientes sigan casi siempre las recomendaciones que les planteen sus médicos, ya que la opinión de los pacientes sobre ello, en general, es poco considerada por los médicos (*Armstrong D et al., 1990*).

Aunque hemos analizado la validez estructural y de constructo (validez convergente y discriminante) no hemos medido la validez de criterio de la escala. En otros estudios donde se ha hecho, la información que los médicos referían en las viñetas se comparó con la que aportaron los análisis con pacientes estandarizados y la auditoría de las historias clínicas, obteniendo correlaciones muy altas (*Peabody JW et al., 2000; Peabody JW et al., 2004*).

Podríamos concluir que hemos obtenido una escala de demanda inducida por el médico en la consulta de atención primaria que reúne criterios de validez y fiabilidad. Esta escala sería eficiente, porque conseguiría medir la demanda inducida con un bajo coste, y podría ser un instrumento útil en estudios de economía, organización y eficiencia de las consultas de atención primaria.

2.3 DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA PRESIÓN ASISTENCIAL Y LA FRECUENTACIÓN

2.3.1. DE LOS FACTORES DEL PROFESIONAL.

a) La edad y el género

La edad del médico se correlaciona positivamente con la frecuentación ($r=0,099$; $p<0.025$), aunque pierde peso cuando se controlan los factores relacionados con el perfil de práctica profesional. Los médicos de mayor edad tenían una mayor presión asistencial y frecuentación. Se corrobora el perfil de médico mayor, con plaza en propiedad, sin formación MIR y mayor tiempo de trabajo en la plaza, que ya ha sido relacionado con una mayor utilización en sus consultas en otros estudios (*Cabedo VR et al., 1996; Mira JJ et al, 1998*). Aisladamente, la edad sólo ha explicado el 1% de la variabilidad, pero se ha relacionado negativamente con el seguimiento de procesos y protocolos clínicos de diabetes e hipertensión arterial, y con un menor registro de las consultas en la historia clínica, todo lo cual sugiere una menor calidad de la atención prestada; posiblemente esta variable esté influyendo indirectamente en la práctica y en la utilización de las consultas, a través de la formación (actualización clínica), de la actitud del médico y de su grado de satisfacción con el trabajo (*Mira JJ et al., 1999*). Otros estudios observaron una mayor frecuentación en médicos jóvenes y MIR, relacionada con su menor capacidad resolutoria (*Bellón JA, 2003*) y con una mayor probabilidad de cometer errores diagnósticos y terapéuticos que generarían un mayor número de visitas para resolver el problema (*Weingart SN et al., 2000*).

En relación al **género** del médico, una proporción elevada de los médicos estudiados son hombres (71%), pero según los últimos informes sobre la profesión sanitaria la distribución de géneros en la sanidad pública se va transformando con rapidez en nuestro país (*Arrizabalaga P y Valls-Llovet C, 2005*). En 2001 las mujeres médicas constituían el 39,7% del total de facultativos de atención primaria (*Instituto de Estadística de Andalucía, 2004*). En las Facultades de Medicina las mujeres ocupan el 70-75% de las plazas (*Prieto M, 2005*). Este proceso de feminización de la profesión médica, y especialmente de la medicina de familia, se extiende a todos los países de la Comunidad Europea, según se desprende de los resultados del estudio realizado por Boerma (*Boerma WGW et al., 2000*). Pero el género del médico no parece influir en la utilización de los servicios; en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas en la presión asistencial ni la frecuentación de las consultas entre médicos y médicas, y esta afirmación coincide con la mayoría de los estudios realizados (*González MJ et al., 2000*). La bibliografía es contradictoria, pero es difícil separar el género de otras características relevantes que pueden confundir los resultados. Autores como De Salvo (*De Salvo KB et al., 2000*), estudiando las variaciones en la práctica aplicadas a los intervalos entre revisiones, detectó que las médicas citaban a sus pacientes con intervalos menores de tiempo entre cita y cita que los médicos varones y, como consecuencia, tendrían una frecuentación más elevada. Otros estudios han mostrado que los médicos varones realizan mayor cantidad de técnicas médico-quirúrgicas que las médicas (*Sobrequés J et al., 2002*). La mayoría de los autores coinciden respecto a la satisfacción del usuario en relación al género del médico: en general existe una mayor satisfacción de los usuarios cuando su médico era mujer, según Delgado porque las mujeres se implican más en los problemas del paciente, dialogan más, dedican más tiempo a los pacientes en consulta y tienen un mejor perfil comunicacional que los médicos varones (*Delgado A et al., 1999; 2001; 2004*). Sin embargo, autores como Hall (*Hall JA et al., 1994*) afirman que existen diferencias en relación a la edad de ambos, médico y paciente, y sus respectivos géneros; así, los hombres mayores expresarían una menor satisfacción ante una médica joven. Indirectamente, a través de la satisfacción, el género podría tener relación con la utilización, asumiendo que los pacientes más satisfechos con su médico realizan más visitas que los no satisfechos (*Maxwell D, 2001*). Hubiera sido adecuado realizar un cálculo de tamaño muestral de los médicos estratificado por sexo, pero no fue posible porque la estrategia de muestreo se centró en los Centros de Salud, incorporando a todos los profesionales que formaban parte de cada Centro seleccionado, lo que era más adecuado para la obtención de los objetivos del estudio. Sin embargo, es necesario incorporar la orientación de género en los estudios sobre utilización de los servicios desde la fase de diseño a la del análisis y discusión de los resultados,

con objeto de mejorar el conocimiento de esta relación dentro de la complejidad de los factores que intervienen: las expectativas de médicos/as y los/las pacientes, la satisfacción, los estilos de práctica profesional y los modelos comunicacionales.

b) El perfil profesional

La experiencia profesional, expresada como años trabajados en centros de salud, también se correlacionó inversamente con una mayor utilización: a menor tiempo de experiencia en atención primaria mayor es la utilización en la consulta, lo que coincide con los resultados de otros estudios (*Cabedo VR et al, 1996; Mira JJ et al., 1998*). Evidentemente, existe una estrecha correlación entre la edad y el número de años de experiencia profesional, que permitiría utilizar ambas variables indistintamente. Charles, en el Reino Unido, (*Charles J et al., 2006*) mostró que los años de trabajo en los médicos ingleses modifican el estilo de práctica del médico, así como las preferencias de atención a tipos específicos de morbilidad y de actividad clínica; por ejemplo, era más frecuente la aplicación de técnicas de cirugía menor o las visitas para nuevos diagnósticos en médicos jóvenes, mientras que el abordaje psicosocial o la atención a patologías crónicas eran más afines a los médicos mayores. Nuestros resultados muestran una correlación positiva entre la edad del profesional y el perfil biomédico, coincidiendo en ello con otros autores como Callahan (*Callahan EJ et al., 2003*), que describe una mejora en la capacitación técnica y un descenso progresivo de la actividad preventiva y psicosocial en los médicos con mayor experiencia. Paradójicamente, frente a la creencia mayoritaria de que los médicos con más experiencia podrían ofrecer una asistencia de mayor calidad, por haber acumulado conocimientos y destrezas durante muchos años, una reciente revisión sistemática realizada por Niteesh (*Niteesh K et al., 2005*) pone de manifiesto que hay una relación inversa entre el número de años de práctica y la calidad de la atención prestada, aunque no hay un acuerdo unánime del ritmo ni el proceso seguido con la edad. El 52% de los artículos observaron una disminución progresiva del rendimiento, en el 21% se redujo el rendimiento sólo para algunos aspectos de la atención clínica y el 3% de los artículos mostraron una curva ascendente y progresiva durante los primeros años con un punto de inflexión y descenso posterior. Sobre el conjunto de resultados, los médicos entre 6 y 15 años de trabajo realizaban una práctica clínica de mayor calidad. Con el aumento de años de práctica, los médicos de familia mostraron una probabilidad menor en el grado de cumplimiento de las recomendaciones y en el cribado para la prevención del cáncer (*Czaja R et al., 1994*), así como en el cribado de la hipertensión arterial

(Aubin M et al., 1994). Por su parte, Norcini et al. comprobaron que por cada año que pasa desde la titulación del médico de familia, se incrementa un 0,5% la mortalidad de los pacientes con infarto de miocardio (Norcini JJ et al., 2000). Niteesh (Niteesh K et al., 2005) concluye en su revisión que los médicos con más años de práctica poseen conocimientos menos actualizados, adoptan en menor proporción las recomendaciones de las guías de práctica clínica y obtienen peores resultados en la salud de sus pacientes. Aunque parece existir una relación inversa entre la cantidad de conocimientos técnicos y los años de experiencia, Hall (Hall JA et al., 1994) afirma que los médicos de mayor edad podrían ser más eficaces en algunos aspectos de la comunicación con el paciente y la calidad humana en la relación, lo cual redundaría en un mayor grado de satisfacción en sus pacientes. No obstante, en España, a partir de la incorporación de la formación específica en comunicación en el programa de la especialidad de medicina de familia, los médicos jóvenes deberían tener más habilidades y mejores actitudes en la relación médico-paciente que los médicos mayores. Los resultados en la utilización de servicios por sus pacientes podrían ir en la línea de que los médicos con más habilidades técnicas y comunicacionales tendrían una mayor capacidad resolutoria y, como consecuencia, una menor presión asistencial y frecuentación.

La formación, la investigación y la docencia del médico se han manifestado claves en los modelos de práctica del médico, y tiene consecuencias importantes en la presión asistencial y frecuentación de las consultas como mostraron las correlaciones positivas y significativas de todas las variables relacionadas: ser tutor de MIR, tener residente a su cargo en el momento de la entrevista y asistir e impartir sesiones clínicas, corroborando los datos obtenidos en otros estudios similares (López LA, 1997; González MJ et al., 2000). Sin embargo, el 54% de los médicos estudiados no habían impartido ninguna sesión clínica y el 28% no habían asistido a ninguna sesión de formación en los últimos 6 meses. Los médicos tutores de residentes tuvieron un menor consumo de recursos que sus compañeros no tutores. La formación continuada en los equipos ha demostrado ser una buena vía de actualización, especialmente por la cultura que genera sobre la práctica, más cercana al conocimiento científico (Nuño R y Elexpuru JL, 2005). La formación es una de las variables que más influye en la calidad global de la consulta, en el perfil de práctica clínica del médico, su capacidad resolutoria, la prescripción y el gasto farmacéutico (Abadanés JC et al., 1997; Jolín L et al., 1998; Del Mar CB et al., 2005); actúa disminuyendo el nivel de incertidumbre sobre las decisiones clínicas, aunque ésta se vea influenciada también por otras características personales del médico, del paciente y de la relación entre ambos. El resultado es que las decisiones del profesional tienden a minimizar la probabilidad de errores, incrementando la medicalización, el volumen de exploraciones y, como consecuencia, la

frecuentación de las consultas de atención primaria (*Loayssa JR y Tandeter H, 2001*). También es cierto que el proceso de acreditación de tutores de Medicina Familiar y Comunitaria selecciona a los profesionales que tienen menor presión asistencial y una mayor actividad de formación e investigadora. Por lo tanto, cabría interrogarse si el ser tutor, además de posible factor contribuyente a la menor utilización de las consultas, también lo es como consecuencia, o quizás pudiera ser una asociación bidireccional. Nosotros medimos la variable ser tutor al principio del seguimiento, por lo que parecería claro que el posible factor causal precede al efecto (utilización). Sin embargo, una mejor respuesta a la pregunta sería posible observando si los no tutores disminuyen su frecuentación cuando son tutores y viceversa.

El conocimiento está ligado al avance de la *investigación*, su difusión y su aplicación en la práctica profesional. Sin embargo, más del 63% de los médicos estudiados no había realizado investigación en los 3 últimos años, sólo un 12,9% participó en algún proyecto de investigación financiado y sólo el 9% de ellos había realizado el doctorado. A pesar de las dificultades que implica investigar en atención primaria en España (*Palomo L, 2002; Cevallos C et al., 2004*), los médicos mejor formados y con mejor perfil de práctica clínica investigan más y también tienen menor presión asistencial. Formación e investigación son dos variables frecuentemente asociadas entre sí y relacionadas con la calidad de la práctica médica. El profesional de atención primaria se enfrenta a una elevada carga de trabajo que dificulta la incorporación de la investigación a su actividad laboral y la posibilidad de utilizar tiempo durante su jornada para realizar estas tareas, y esta realidad se manifiesta tanto en España (*Artells JJ y Andrés J, 1999*) como en otros países (*Stange KC, 1996; Jowett SM et al., 2000*); los médicos investigadores sufren la sobrecarga añadida dentro y fuera de la jornada laboral, además de obtener en general un escaso reconocimiento por parte de compañeros y gestores. También es posible que exista una causalidad circular en esta relación: los médicos con menos frecuentación en sus consultas investigan más porque tienen más tiempo para hacerlo y, al mismo tiempo, los médicos que más investigan siguen con más rigor las recomendaciones basadas en la evidencia y las guías de práctica clínica (*Davis P et al., 2000*), mejorando su capacidad resolutive y, como resultado, disminuyendo la frecuentación.

El 37% de los médicos estudiados realizaron *docencia* como tutores de residentes de medicina familiar y comunitaria. Los tutores de residentes tuvieron significativamente una menor presión asistencial y frecuentación que los médicos no acreditados para la docencia. Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros autores en nuestro país, como los del estudio realizado en Murcia

por Gonzálbez (*Gonzálbez MJ et al., 2000*) La tutorización exige al profesional mantener un nivel de actualización elevado y la necesidad de dar al residente una respuesta razonada, con cierta base científica, sobre su actuación clínica y preventiva; este contexto podría actuar como facilitador para desarrollar en los tutores una actitud más receptiva a la formación continuada y a la investigación. Los tutores en Andalucía pasan por un sistema de acreditación de calidad de su práctica profesional y, de algún modo, la exigencia del cumplimiento del programa de la especialidad les fuerza a orientar o promover los trabajos de investigación en sus residentes. Si comparamos la producción científica, medida por el número de comunicaciones, artículos publicados y proyectos de investigación financiados, entre tutores y no tutores, encontramos diferencias importantes, en consonancia con los resultados obtenidos por otros autores (*Cevallos C et al., 2004*). El factor tutoría podría tener una doble repercusión: en primer lugar, al existir dos proveedores en la consulta, es posible que la distribución de tareas incremente la disponibilidad de tiempo asistencial; en segundo lugar, como consecuencia de la falta de continuidad en la atención a la población, la frecuentación tendería a incrementarse; ¿ocurre eso realmente?: considerando que los tutores deben, por su acreditación, tener una menor presión y frecuentación que los no tutores, sería necesario analizar la frecuentación entre tutores con y sin R3 asignado, en comparación con su frecuentación previa.

c) Estilo de práctica profesional

En atención primaria, los estudios sobre los estilos de práctica profesional y su relación con la presión asistencial y la frecuentación son escasos, debido a la dificultad de estandarizar los episodios clínicos y su seguimiento, por el tipo y variabilidad de las demandas y el valor de la relación médico-paciente. En este contexto, los resultados han de estar forzosamente sesgados en función de la óptica bajo la que se investigue un fenómeno, ciertamente multifactorial, sobre el que convergen los tres niveles: el proveedor, la población, y la oferta de servicios y la organización del sistema sanitario, como ya hemos definido en nuestro modelo teórico. Desde la gestión de los servicios sanitarios se ha pretendido obviar esta complejidad mediante la protocolización de la actividad asistencial con criterios basados en la evidencia, que cuenta con limitaciones importantes para su aplicación a la consulta de atención primaria (*Sackett DL et al., 1996*). A pesar de la sobrecarga expresada por los profesionales, España se encuentra entre los países Europeos que menos técnicas médicas aplican, según un estudio realizado sobre variabilidad en las prácticas en atención primaria (*Sobrequés J et al., 2002*). En nuestro estudio, el volumen de técnicas incorporadas a la oferta de servicios en atención primaria no muestra un comportamiento homogéneo respecto al incremento o disminución de la

utilización; así, mientras que las visitas a domicilio o las programadas para realizar infiltraciones o psicoterapia se asociaron a una menor frecuentación, el número total de visitas programadas destinadas al seguimiento de pacientes crónicos, para valorar mejor a un paciente, para cirugía menor o las incluidas en el programa de la mujer no parecieron influir en la frecuentación. Sería necesario comprobar los resultados en salud de la aplicación de los programas de salud para justificar su eficiencia; el estudio de Ostbye (*Ostbye T et al., 2005*) mostró la inviabilidad de realizar el número de visitas recomendadas en las guías de práctica clínica a los pacientes que presentaban los 10 problemas de salud crónicos más frecuentes en la consulta, ya que supondrían una media de 10 horas diarias de consulta. Las consultas programadas son, en su gran mayoría, producto de las recomendaciones de las guías de práctica clínica, programas o procesos; incrementan el número de visitas, pero no siempre producen mejor salud al paciente en el contexto real de la práctica clínica (*Caroli J et al., 2001; Britwhistle et al., 2004*). En muchos casos, las visitas de seguimiento a pacientes podrían ser realizadas por el personal de enfermería sin disminuir los resultados en salud para los pacientes (*Bellón JA, 2006*). Estudios recientes muestran que alargar los intervalos entre visitas no incrementa los riesgos en determinados procesos como diabetes, hipertensión o dislipemias (*Schctgman G et al., 2005*)

c1) Estilo de práctica biomédico-psicosocial:

Los pacientes con síntomas psicosociales o psiquiátricos utilizan las consultas con una frecuencia significativamente superior al resto de la población (*Carbone LA et al., 2000*). Sin embargo, la práctica psicosocial del médico en la consulta no ha sido suficientemente valorada en el perfil de práctica clínica ni en los procesos asistenciales. Como ya se ha comentado con anterioridad, los problemas psicosociales constituyen el principal motivo de consulta y el factor del usuario que más varianza explica de la utilización de las consultas de atención primaria. Por esta razón, ha sido un objetivo muy especial en nuestro estudio la observación del *estilo de práctica biomédico-psicosocial*. Los resultados obtenidos apoyan nuestra hipótesis: Los médicos con un mayor perfil psicosocial, que derivaron más a la trabajadora social, identificaron los problemas psicosociales de sus pacientes reconociéndolos como motivos frecuentes de demanda, y que realizaron más visitas programadas de psicoterapia, tuvieron una menor frecuentación. El profesional con orientación psicosocial tiende a rentabilizar los recursos sociales de apoyo utilizando a la trabajadora social como vehículo en muchos casos, por lo que, a su vez, estos médicos tendieron a puntuar mejor en la escala de trabajo en equipo. Los médicos que son capaces de reconocer la base psicosocial de los problemas y su

frecuencia en la consulta, difícilmente pueden ser ajenos a su manejo y es frecuente que aumente su interés por conocer las herramientas de abordaje o psicoterapias aplicadas a la atención primaria (Kapur N et al., 2004; Dowrick CF et al., 2004). Como resultado, pequeñas intervenciones, basadas en la escucha o psicoterapias breves, muestran una reducción de la frecuentación significativa en esos pacientes, así como la posibilidad de negociar otras formas de relación medico-paciente (Dowrick CF et al., 2000). En esta línea, los resultados de una reciente tesis doctoral sobre un modelo de intervención en hiperutilizadores refuerza, sin duda, este modelo explicativo (Rodríguez A et al., 2006). En otras investigaciones se identificaron niveles de estrés más elevados en los médicos con perfil psicosocial cuando no contaban con tiempo suficiente en la consulta, comportándose entonces el estilo psicosocial como una fuente de estrés añadido para algunos médicos (Howie JG et al., 1992), aunque Devugele (Deveugele M et al., 2002) mostró, en el estudio realizado sobre médicos de 5 países europeos, que los médicos con estilo psicosocial tienen consultas significativamente más largas, por lo que sólo en casos de sobrecarga objetiva (tamaño de cupo, características de la población, etc.) se daría esa situación de estrés añadido. Así, todo parece indicar que la orientación psicosocial protegería al médico del estrés y el Burnout.

A pesar de todo lo anterior, parece que la modificación de los estilos de práctica de los médicos no es fácilmente accesible. Según Grytten (Grytten J y Sorensen R, 2003), el estilo de práctica del profesional está tan enraizado en aspectos personales como su actitud ante la enfermedad, su ideología social o su grado de tolerancia a la incertidumbre, que no se modifica aunque cambie de lugar o de población atendida. El estilo de práctica psicosocial de los médicos también se ha relacionado con la calidad de la atención prestada a pacientes diabéticos o hipertensos (Mira JJ et al., 1999). Las habilidades de comunicación y una relación de confianza entre médico y paciente mejoran la capacidad de detectar los problemas psicosociales por el médico (Gulbrandsen P et al., 1997). Por último, en el estudio realizado por Mira (Mira JJ et al., 1998) se pudo comprobar que conforme la orientación es más psicosocial, el médico se encontraba más satisfecho con su trabajo y pensaba que lo que hacía merecía la pena; a su vez, esta actitud puntuaba significativamente más en la escala de idoneidad. Parece razonable que un cambio en la actitud de los profesionales hacia los problemas psicosociales y el aprendizaje de técnicas para su abordaje desde la consulta de atención primaria reduciría sustancialmente la frecuentación. Los datos de nuestro estudio muestran que una mayor utilización está asociada significativamente con un perfil de orientación biomédica, una mayor percepción de presión y elevados niveles de insatisfacción profesional. De estos resultados se podría deducir la hipótesis de que los médicos podrían mejorar su satisfacción laboral y realización

profesional si cambiaran su orientación biomédica hacia una psicosocial. En la misma línea, los médicos “quemados”, con elevadas puntuaciones en Burnout, podrían serlo como consecuencia de su orientación biomédica y, por tanto, una posible intervención para disminuir el Burnout podría ir encaminada hacia la transformación de su perfil en psicosocial.

Otro aspecto de gran interés en nuestros resultados es que la percepción de presión asistencial correlaciona pobremente con la presión y la frecuentación objetiva ($r = 0.10-0.12$); sin embargo, los coeficientes de correlación con la orientación biomédica, el Burnout o la percepción de pacientes difíciles son mucho más elevados ($r=0.20-0.22$). Sobre estos resultados, la hipótesis sería que es posible que los que más se quejan de presión asistencial lo hagan no porque tengan más presión objetiva, sino porque se trate de profesionales con un perfil biomédico, con dificultades en las relaciones médico-paciente (*Epstein RM, 2001*), con algún trastorno emocional o de personalidad, tal y como apunta Tizón (*Tizón JL, 2004*) o como “causa y consecuencia de una mala comunicación con el exterior y con uno mismo”, como afirma Cebriá (*Cebriá J, 2002*)

c2) Orientación comunitaria:

La actividad educativa en la comunidad ha sido uno de los pilares teóricos del modelo de atención primaria (De La Revilla L, 1992; Stange KC et al., 1998; Martín Zurro, 2004 ; Olesen F et al., 2000). Sin embargo, más de un 55% de los médicos estudiados no realizan ningún tipo de actividad educativa en la comunidad, ni en grupos, ni mediante reuniones. El entorno social en el que el individuo desarrolla la enfermedad tiene una importancia reconocida: ni la enfermedad ni el enfermo pueden ser vistos aisladamente, y las intervenciones sobre el medio social pueden mejorar no sólo la calidad de vida y la evolución del paciente, sino en muchas ocasiones la decisión por una mejor opción terapéutica o preventiva. Muchas actividades preventivas mejorarían su eficacia modificando la cultura, las creencias o los estilos de vida que se desarrollan en un entorno social concreto. Los médicos de familia se sienten sobrecargados y no encuentran tiempo para ofertar otras actividades a la comunidad. Esta situación no es exclusiva de nuestro entorno; los médicos noruegos y británicos encuentran similares dificultades y barreras para su práctica comunitaria (*Gulbrandesen P et al., 1998; Kloppe P et al., 2005*). Los resultados de nuestro estudio no demuestran una relación significativa entre la actividad comunitaria que los médicos afirmaron realizar y su presión asistencial o frecuentación. No sabemos si una medición objetiva de la actividad ofrecería resultados en otra dirección. Existe poca clarificación en la bibliografía sobre lo que el médico entiende por “actividad comunitaria”. Sin embargo, se han hecho aproximaciones de

gran interés, como la desarrollada por Pathman et al. (Pathman D et al., 1998), quienes identifican 4 dimensiones que definirían el trabajo comunitario: Participación en actividades de salud en la comunidad, conocimiento del entorno sociocultural en el cuidado del paciente, información apropiada de los recursos de la comunidad y participación e integración en la comunidad. Todas ellas están orientadas en una dirección: mejorar la salud de la población (*Plescia M y Groblewski M, 2004*), prestar cuidados a los que no se accede con una perspectiva individual (Pathman DE et al., 1998) y mejorar la utilización de los recursos sanitarios y *sociales* (*Soler M, 1997; Longlett SK et al., 2001; Longlett SK et al. (b), 2001*). La actividad comunitaria que realizan los médicos de atención primaria en diferentes entornos es muy dispar, entre otras razones por la dificultad de encontrar criterios claros para definir en las investigaciones lo que se entiende por “actividad comunitaria”, que se ha denominado en la literatura *community-oriented primary care (COPC)* o atención primaria orientada a la comunidad. Entre los médicos de nuestro estudio la actividad comunitaria ha sido similar, o incluso superior, a la encontrada en otros estudios, como el de Longlett et al. (*Longlett SK et al., 2002*), en el que sólo un 6,7% de los 840 médicos y residentes de EEUU analizados afirmaron haber realizado alguna actividad. La atención primaria orientada a la comunidad se ha planteado como paradigma para afrontar los desafíos de los costes, la accesibilidad y la calidad de los servicios de la atención sanitaria (*Garr DR y Rhyne RL, 1998*), aunque su repercusión en la utilización de los servicios por la población no está suficientemente probada y serán necesarios más estudios de tipo experimental que ofrezcan una mayor evidencia.

c3) Orientación hacia la prevención-promoción de la salud:

No sólo es limitada la actividad educativa a nivel comunitario. Sólo el 44% de los médicos de nuestro estudio realizaron actividades preventivas sobre tabaco en la consulta, sólo 55,4% lo hicieron con respecto al consumo de alcohol, y mucho menos (inferior al 5%) sobre la prevención de la hipertensión arterial. Y ello a pesar de que la actividad preventiva no es solo un pilar de la atención primaria, sino su rol diferenciador de cualquier otra especialidad asistencial (*Stange KC et al., 1998; Gallo FJ et al., 1999*). Aún peores son las estimaciones de Pedrera et al, quienes encuentran actividad preventiva en sólo un 3,4% (4,2-2,6%) de las consultas de los médicos valencianos (*Pedrera V et al., 2005*). Existe una gran variabilidad en la actitud preventiva de los médicos de atención primaria, influenciados en parte por la cultura en torno a esta función del médico y en parte por los requerimientos de los diferentes sistemas sanitarios. Entre los médicos de Cleveland (EEUU), Stange et al. observaron algún tipo de actividad preventiva en el 39% de las consultas por enfermedad

crónica y en el 30% de las visitas por enfermedad aguda (*Stange KC et al., 1998 (a)*), cifras muy distantes de las encontradas por Pedrera en Valencia, pero más aproximadas a lo manifestado por los médicos de nuestro estudio. La presión asistencial y la falta de tiempo parece ser la razón comúnmente aceptada para no realizar actividades preventivas en la práctica asistencial de los médicos de familia en diferentes países, aunque se sugiere también el efecto de los cambios en la cultura médica, más centrada en la enfermedad o el tipo de demanda, así como en las expectativas de la población en sus visitas a sus médicos, donde parece que recibir educación sanitaria no resulta una prioridad (*Flocke SA et al., 1998; Thomsena JL et al., 2005*). El trabajo de revisión realizado por Wilson sobre este tema muestra una relación directa entre la duración de la consulta y la cantidad y calidad de las medidas preventivas realizadas por el médico en la consulta (*Wilson A, 1992*). Los investigaciones realizadas en diferentes países coinciden en que las visitas que incluyen algún tipo de actividad preventiva son un promedio de 1,7 a 2,4 minutos más largas que las que no incluyen ninguna intervención preventiva (*Stange KC et al., 1998 a*). Un reciente estudio comparativo sobre la visión de los médicos españoles y europeos en relación a la prevención y promoción en atención primaria identificó el exceso de presión asistencial como principal barrera para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud en la consulta del médico de familia (*Kloppe P et al, 2005*). Los incentivos económicos o de otra índole pueden hacer que el médico induzca visitas para actividades preventivas cuya eficacia no esté suficientemente probada (*McPake B et al., 2002*). Otro aspecto que se ha relacionado con la actividad preventiva es la satisfacción del profesional. Kerr (*Kerr EA et al., 2000*) mostró que los médicos que realizaban más actividades preventivas recomendadas en la consulta tenían significativamente un mayor grado de satisfacción con su práctica, quizá en relación con la concepción de “norma subjetiva” que tiene el médico sobre su rol preventivo. También se ha hallado una asociación positiva con la satisfacción de los usuarios (*Grol R et al, 1999*), lo cual induce a pensar en el componente de la relación médico-paciente de esta práctica como beneficio indirecto y/o intangible en la efectividad de las actividades preventivas, ya que el médico “ofrece” una atención no esperada por el paciente. La hipótesis inicial de que la actividades preventivas incrementarían la frecuentación no ha sido probada en nuestro estudio: los resultados no han mostrado una relación significativa. Sin embargo, el estudio realizado en Cataluña por Fusté (*Fuste J y Rue M, 2001*) a partir de una análisis multinivel (del individuo y del equipo), explorando los factores que intervienen en la realización y registro de actividades preventivas en los equipos de atención primaria, ha evidenciado que la variable “promedio de visitas al día por médico” aparece en el modelo como variable individual y grupal, aportando el mayor volumen explicativo en todas las actividades exploradas (anotación en la historia de hábito tabáquico, consumo de alcohol, vacuna

antitetánica y cifras de presión arterial), es decir, que los médicos con mayor presión asistencial anotaban significativamente un menor número de actividades preventivas realizadas. Como contraposición aparecería el llamado “efecto del cuidado inverso”, por el cual se previene más a los mas frequentadores, que tendrían mayor morbilidad y mayor edad, y que quizá no son la población que más se beneficiaría de la prevención (*García O et al., 1992*). Parece oportuno profundizar en el estudio de enfoques oportunistas para ofrecer servicios preventivos, considerando los niveles de eficiencia de las intervenciones que se proponen desde las sociedades científicas o las organizaciones sanitarias.

c4) Orientación sobre prescripción farmacéutica

Los médicos que reciben con mayor frecuencia a los representantes de laboratorios tienen un mayor gasto farmacéutico total, un mayor gasto en medicamentos de bajo poder intrínseco (VINES) y una mayor presión asistencial. Las hipótesis que pueden explicar estos resultados son varias. En primer lugar, estos médicos podrían estar sometidos a una mayor presión para prescribir con menos criterios de evidencia científica, hipótesis que se refuerza al encontrar que este grupo de profesionales leen con menor frecuencia revistas de información terapéutica independientes de la industria; como consecuencia, las prescripciones serán menos acordes con la evidencia, menos eficaces para la resolución de la enfermedad y, como resultado, susceptibles de inducir un mayor número de visitas para obtener resultados de mejora de salud en los pacientes. En segundo lugar, el número de medicamentos que prescriba el médico condicionará la necesidad inmediata de ir a por recetas y consultar posibles efectos indeseables o interacciones, lo que repercutirá en la frecuentación. Los médicos con un mayor gasto en farmacia presentan significativamente una mayor frecuentación en sus consultas, resultados que ya han sido observados por otros autores (*Rodríguez FJ et al., 2001*). El gasto farmacéutico supone aproximadamente un 20% del gasto total del Sistema Sanitario Público, un 50% del presupuesto destinado a la atención primaria y cerca del 1,1% de PIB de Estado (*Tamborero G, 1997*). En Andalucía ha sufrido un incremento exponencial desde 1991, en que ascendía a 600 millones de euros, hasta los 1.291 millones de 2001, y los 1.542 de 2003 (ANEXO 8, Gráfico 2). Esta situación genera una preocupación de primera magnitud en los gestores. Sin embargo, los estudios realizados en nuestro país muestran que, al igual que ocurre en otros países europeos (*Dening P et al., 1995; Kolassa EM 1999*), los médicos españoles tienen en su mayoría escasa conciencia del gasto farmacéutico que realizan, a pesar de que reciben periódicamente información sobre su perfil de prescripción y el gasto total generado (*Alastrué J et al., 1998; Mengibar FJ, 2001*). El uso racional y eficiente de los medicamentos se ha convertido en

objetivo prioritario de nuestro sistema de salud, considerando que los recursos destinados a financiar el sistema son limitados, por lo que el exceso de gasto en farmacia va en detrimento de otras inversiones necesarias que mejorarían la calidad de los servicios. Es aquí donde deberían realizarse los esfuerzos, y para ello se hace necesario valorar el gasto según la estructura y el perfil de morbilidad de la población atendida bajo criterios de calidad, es decir, que “prescribir menos no implica necesariamente prescribir mejor” (*Arnau JM, 1994; Tamborero G, 1997*). El estilo de la relación entre la industria farmacéutica y el médico de atención primaria influye en la conducta prescriptora de médico. Para responder a los conflictos de intereses que pueden surgir, el médico debe establecer un marco ético de conducta (*Altisent R, 2003*); de lo contrario pueden darse diferencias importantes entre lo que el profesional considera que debe hacerse y lo que hace realmente en sus relaciones con la industria (*Galán S et al., 2004*). Galán et al. encuentran diferencias de género en su relación con la industria: parece que los médicos varones reciben más material didáctico, más regalos de uso personal y más ofertas para participar en estudios promocionales de medicamentos que las médicas, y que éstas presentan una actitud más crítica hacia esa relación, coincidiendo con los resultados de otros estudios (*Segeant MD et al., 1996*). En relación a la calidad de la información aportada por los representantes de la industria, la mayoría de los médicos consideran que es útil, aunque dudan de su exactitud ante la presencia de resultados contradictorios entre las investigaciones presentadas y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia (*Rivera F et al., 2005*). El metanálisis publicado por Wazana en 2000 (*Wazana A, 2000*) muestra que la información suministrada por la industria es inexacta, entre otras razones, porque ésta tiende a publicar selectivamente los estudios que obtienen resultados favorables, ofreciendo una información parcial de dudosa utilidad, que influye directamente en el perfil prescriptor del médico; no hay diferencias importantes en dicha influencia según el tipo de beneficio obtenido por la industria, la financiación para asistir a congresos, comidas, viajes u obsequios, aunque si las hay en función de la magnitud del obsequio. Es posible que, en un marco ético bien definido, pueda y deba ponerse un límite a los beneficios obtenidos por esta relación. Altisent propone un cambio en la cultura de relación del médico con la industria basado en la transparencia y en el desarrollo de un plan progresivo, planificado y pactado entre la industria y el sistema sanitario, reformando el modelo actual de visita médica en la línea de que merece la pena avanzar en la tarea común de trabajar por la salud de la sociedad, en el marco de unas relaciones profesionales que aspiren a la excelencia moral, frente a la inutilidad y los efectos secundarios que tendría culpabilizar a la industria de esta situación (*Altisent R et al., 2003*).

Parece haber acuerdo en que el volumen de prescripción influye de forma determinante en la frecuentación. El médico de atención primaria trabaja estableciendo una relación no comercial con sus pacientes, de la que derivan intereses económicos para el sistema sanitario, la industria farmacéutica y la sociedad en general.

d) Demanda inducida por el proveedor médico

La Demanda Inducida (DI) ha resultado ser la variable de mayor poder predictivo de la frecuentación y la presión asistencial en el modelo de regresión lineal múltiple ($R^2= 0,185$; $P<0,001$). El modelo proporcionado por la regresión multinivel mantiene el valor predictivo de este factor en el NIVEL 1 (factores del médico) ajustando por el NIVEL 2 (factores del centro de salud). En el nivel de centro de salud aparece como variable significativa en el modelo.

Las visitas generadas por el médico en su relación de agencia o como agente del paciente en sus decisiones clínicas (diagnóstico, pruebas, tratamientos, recomendaciones o derivaciones), y que no producen como resultado un incremento en la salud del paciente, son una realidad en la práctica médica. Los estilos de práctica clínica, las actitudes de medicina defensiva, la experiencia y la competencia del profesional tienden a modular el número de citas y el tiempo entre citas en cada profesional. Por otra parte, la organización, con sus modelos asistenciales basados en procesos o protocolos, introducen directrices sobre la práctica clínica que en muchas ocasiones se basan en la opinión de expertos, y que tienden a recomendar un exceso de visitas y controles (*Roos NP et al., 1998; Carroli G et al., 2001; Birtwhistle RV et al., 2004*), sin contar con otros efectos secundarios pocas veces valorados, como el incremento paralelo de la presión asistencial y, con ello, la disminución del tiempo por paciente, el aumento de costes, la disminución de la accesibilidad para otros pacientes, la excesiva medicalización o la iatrogenia.

El estudio realizado por DeSalvo et al. en EEUU (*DeSalvo KB et al., 2000*), mostró una gran variabilidad en la frecuencia y motivos de la indicación de nuevas visitas a los pacientes, a pesar o a favor de los consensos y las guías de práctica; estas diferencias se relacionaron con variables del profesional como el género (con un mayor intervalo entre visitas entre las médicas), la formación (a menor formación, menor intervalo entre visitas), el estilo de práctica (a mayor tendencia a solicitar pruebas y prescribir medicación, menor intervalo de visitas), además de factores externos como el ambiente de trabajo y un factor común sobre las características del paciente y la inestabilidad de la

enfermedad. Sin embargo, antes de tomar decisiones sobre el número de visitas más eficiente en cada caso, sería necesario correlacionar la eficiencia deseada y la constancia en la práctica con el buen resultado clínico del paciente (*DeSalvo KB et al., 2003*).

En relación al tamaño del cupo, cuando aumenta el número de médicos por población y disminuye el tamaño del cupo asignado al profesional, se incrementa la frecuentación (*Bellón JA et al., 2005*), posiblemente debido al exceso de celo de los profesionales, pero también a la presión desde la organización por incrementar sistemáticamente la cartera de servicios, que inevitablemente conduce a incrementar la presión asistencial. De esta forma, parece establecerse un flujo circular en torno a una situación aparentemente inevitable: el exceso de presión y la falta de tiempo. Si hay más tiempo disponible, el profesional tiende a generar nuevas demandas ofertando nuevos servicios en forma de procesos (seguimientos y actividad preventiva), pruebas complementarias (p. ej., ecografías) o intervenciones clínicas o psicosociales.

¿Que implicaciones tienen los resultados obtenidos sobre el papel de la demanda inducida en la práctica médica y en la gestión diaria del médico en su consulta? Los resultados obtenidos por algunos autores en la Comunidad Valenciana (*Orozco D et al., 2004; Pedrera V et al., 2005*) muestran que la Demanda Inducida Administrativa de Baja Efectividad (DIABE) alcanza una media del 40% de las visitas realizadas a las consultas de los médicos de atención primaria; su origen puede estar en una baja eficiencia en la organización administrativa del centro de salud y/o de la consulta del médico. La Demanda Inducida Clínica de Baja Efectividad (DICBE) supone un 10% del total de consultas. Si sumamos la DICBE y la DIABE encontramos que el 50% de las visitas que recibe diariamente un médico de familia no obtienen resultados clínicos para el paciente. Los autores sugieren que una de las razones sería el exceso de presión asistencial; sin embargo, nuestros resultados se orientan más en la dirección inversa de esta relación causal, de forma que, un exceso de tiempo de consulta dedicado a la actividad burocrática generaría un incremento del número de visitas inducidas por el estilo de práctica del médico, sin beneficio para la salud del paciente y, como consecuencia, una elevada presión asistencial. Además, el 60% de los motivos de consulta son previsibles. Si estas visitas previsibles fueran citadas por el profesional, en lugar de hacerlo el paciente por decisión propia, el médico tendría la oportunidad de gestionar las tres cuartas partes de las consultas, y de esta forma se podría disminuir sustancialmente el volumen de consultas sin cita (el 34% son previsibles administrativas) y de avisos urgentes (el 10% son previsibles administrativas), sin disminuir la accesibilidad de la población al sistema sanitario. La implicación

de otros profesionales del equipo, en particular el personal de enfermería, en las tareas asistenciales con capacidad resolutoria sobre enfermedades prevalentes, basadas en protocolos clínicos, pueden ser claves (*Mechanic D, 2003; Murray M y Berwick D, 2003; Casajuana J y Bellón JA, 2003; Orozco D et al., 2004*).

Desde un punto de vista práctico, las medidas que reducirían sustancialmente la utilización estarían basadas en la introducción de cambios en el estilo de práctica clínica, en el modelo gestión de la actividad burocrática y en una formación clínica del médico que mejore su capacidad resolutoria (*Gillam S y Pencheon D, 1998; Willis DR, 2005*). Las limitaciones para aplicar tales cambios podrían encontrarse, por una parte, en la organización sanitaria, en los modelos de relación médico-enfermera o en el trabajo en equipo, en las funciones asignadas al personal administrativo o auxiliar; por otra parte, y de forma especial, en la actitud de los profesionales. Nuestros resultados muestran que los médicos tienen en su mano una capacidad amplia para gestionar el volumen de su consulta, posiblemente muy superior a la que piensan. Su percepción de autoeficacia se vería incrementada con una formación específica que muestre las posibilidades de mejorar su eficiencia en la toma de decisiones diarias en la consulta, y las consecuencias de optar, en igualdad de eficacia, por decisiones que impliquen menor número de visitas.

e) La satisfacción profesional, el estrés y el Síndrome de Burnout

Los médicos con menor satisfacción profesional tuvieron una mayor frecuentación o presión asistencial ($r = 0.12$).

Ramírez y Graham (*Ramírez AJ y Graham J, 1996*) tras estudiar a 1133 médicos del Reino Unido, encontraron que una demanda no excesiva en la consulta era uno de los principales factores protectores frente a la insatisfacción laboral. Los resultados de los estudios realizados en España coinciden en mostrar una asociación importante de la insatisfacción laboral con diversos aspectos de la organización, como una elevada presión asistencial, la dedicación excesiva a las tareas burocráticas y un exceso de guardias (*Mira JJ et al., 1994; Olivar C et al., 1999*). En EEUU solo un 25% de los médicos se encuentra satisfecho o muy satisfecho con su trabajo (*Kassirer JP, 1998*).

En la práctica diaria, la asociación entre el descontento y el exceso de utilización de las consultas parece evidente, aunque cabría determinar, mediante diseños prospectivos analíticos, si el malestar es causa o consecuencia. Nuestra hipótesis se inclina por considerar que la insatisfacción laboral provoca

una disminución de la calidad de atención prestada (*William ES et al., 2003*), disminuyendo la eficacia y la eficiencia del médico en la consulta y, como resultado, el aumento de la utilización de ésta por sus pacientes.

En nuestra muestra, el síndrome de *Burnout* se encuentra en niveles similares a los de otros estudios realizados en España, entre 1995 y 2006 (Tabla 120). Así, encontramos que nuestros valores medios de puntuación en la escala de *Cansancio Emocional* son similares a los obtenidos en el estudio realizado por Cebriá (*Cebriá J, 2001*) sobre 528 médicos de Cataluña (26,3). De todos los estudios, la media mas alta (28,4) se observó por Martínez de la Casa en Talavera de la Reina (*Martínez de la Casa A, 2003*). La proporción de médicos con nivel considerado ALTO en la escala de CE es superior en nuestra población que en la catalana (46,2% frente a 40%), siendo la media mas elevada la obtenida por Matía (*Matía AC, 2006*) en la población de médicos burgaleses (56,8%). En la escala de *despersonalización*, la media de nuestra población se sitúa en un nivel intermedio respecto al resto de estudios (7,8), destacando los valores extremos obtenidos en Talavera de la Reina (11,6) y Cataluña (6,7); sin embargo, la proporción de médicos que puntúan en nivel ALTO es superior entre los médicos catalanes respecto a los andaluces (40% frente a 31,5%), encontrándose de nuevo las cifras más elevadas en los médicos de Talavera (52,7%). Las medias obtenidas en la escala de *realización personal* por los médicos andaluces y catalanes (38,3 y 38,5) son las más elevadas de todos los estudios, aunque la proporción de médicos con baja realización personal en nuestra población es la menor (21,3%), frente a proporciones muy superiores encontradas por De Las Cuevas (*De Las Cuevas C, 1995*) entre los médicos de Tenerife (47,1%) y Lomeña (*Lomeña JA et al., 2004*) en la Axarquía (45,2%). Algunas de las diferencias encontradas podrían ser explicadas por las características de las muestras y las tasas de respuesta obtenidas por los diferentes estudios, lo que limitaría la representatividad de los resultados. Sin embargo, existen hipótesis de gran interés desarrolladas por autores como Cebriá et al. (*Cebriá J et al., 2002*), quienes mostraron que algunos rasgos de personalidad como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asociaban significativamente a puntuaciones altas de *Burnout*. Esto podría explicar en parte que, ante situaciones de presión externa elevada (tamaños de cupo grandes, escasez de tiempo, exceso de burocracia en la consulta, etc.), los profesionales tengan un umbral de riesgo diferente y respondan con diferentes grados de *Burnout*, dependiendo posiblemente de su capacidad de afrontamiento al estrés, de los valores asumidos y de la capacidad para gestionar sus emociones. En relación con la influencia del *Burnout* sobre la utilización en nuestro estudio, encontramos una mayor frecuentación y presión asistencial entre los médicos que puntuaban más alto en la escala de cansancio emocional y

despersonalización y más bajo en la escala de realización personal, pero esta correlación no es significativa para el nivel individual. Sin embargo, la medida del cansancio emocional del equipo aparece en el modelo de regresión multinivel como variable predictora, lo cual induce a pensar en la importancia que el efecto grupal puede tener sobre el origen del Burnout. Desde un punto de vista práctico, este hallazgo podría tener implicaciones importantes en las intervenciones sobre la prevención y el tratamiento del Burnout, donde el abordaje grupal podría ocupar un lugar más destacado.

Aceptando la hipótesis de Bachman (*Bachman KH, 1998*), un nivel elevado de estrés y Burnout incrementaría el consumo de recursos, de pruebas complementarias y derivaciones, una mayor percepción de carga de trabajo y sentimiento de pérdida de control sobre la consulta, dando como resultado un incremento en la presión asistencial y en la frecuentación.

Los intentos realizados para disminuir el Burnout han sido revisados en una meta-análisis recientemente publicado por Marine (*Marine A et al., 2006*), que encontró un total de 14 ensayos, de los cuales sólo dos cumplían criterios de calidad en su diseño. Las intervenciones tenían como objetivo prevenir la tensión psicológica en los trabajadores sanitarios y fueron agrupadas en dos orientaciones: 1. Dirigidas a la persona: apoyo cognitivo-conductual, relajación, composición musical, masajes terapéuticos y multifocal; 2. Dirigidas al entorno de trabajo: cambios en actitudes y comunicación, refuerzo del apoyo de compañeros, mayor participación en la solución de problemas y toma de decisiones, y cambios en la organización del trabajo. Existe poca evidencia de que las intervenciones dirigidas directamente a la persona puedan reducir el estrés laboral y el Burnout. Solo un ensayo mostraba una reducción del estrés mantenida durante un mes después de la intervención; otro ensayo indicaba una disminución del Cansancio Emocional y Realización Personal durante un mes y hasta dos años cuando la intervención fue acompañada de sesiones de repaso. Tampoco se hallaron pruebas sobre la eficacia de intervenciones sobre el entorno de trabajo, sin diferencias significativas a los seis meses de la intervención.

Como conclusión, existen hasta ahora pocas evidencias sobre la eficacia de intervenciones destinadas a reducir el estrés y el Burnout en los profesionales sanitarios, posiblemente debido a la dificultad para diseñar intervenciones que contemplen la diversidad de factores individuales, relacionales y organizacionales que intervienen en su génesis y, como consecuencia, a la escasez de estudios experimentales de calidad. Paralelamente a los necesarios estudios de seguimiento, sería de gran interés conocer la evolución de la frecuentación conforme se modifiquen los valores de las escalas de

Burnout, así como saber cuál de dichas escalas tendría mayor poder explicativo sobre el número de visitas y la presión asistencial.

2.3.2. DE LOS FACTORES DE LA MICRO-ORGANIZACIÓN

a) Accesibilidad al profesional

a.1) El horario de consulta:

La mayoría de los médicos incluidos en el estudio tienen al menos una consulta en horario de tarde. La frecuentación fue mayor entre los médicos con turno fijo de mañana, que coinciden mayoritariamente con médicos que desarrollan su trabajo en consultorios rurales. Parecen asociarse en este caso diversos factores de la gestión interna de la consulta (micro-organización) que podrían explicar estos resultados, como no contar con administrativo para dar las citas, ni sistema de cita previa, ni agenda con tiempos por visita. Actualmente, ampliar la *accesibilidad horaria* es un objetivo del sistema público. El horario reducido a la mañana supone una barrera importante para la accesibilidad al sistema sanitario, pero al mismo tiempo, la ampliación del horario de consulta incrementa y diversifica la oferta de servicios, lo que podría provocar un incremento de la demanda. Por otra parte, la rigidez horaria podría generar un incremento de pacientes que acuden a la consulta fuera de hora sin cita.

El número de guardias o de *horas de atención continuada* que realiza el médico también ha mostrado tener influencia en la presión asistencial; un mayor número de guardias se correlaciona significativamente de forma lineal con una mayor presión asistencial y frecuentación.

a.2) La consulta telefónica:

La *utilización del teléfono* en la gestión de la demanda ha sido estudiada en cuanto a la efectividad de su uso para disminuir la frecuentación en las consultas, con resultados divergentes. Pueden describirse diferentes usos del teléfono en la atención sanitaria: avisos a domicilio urgentes o no urgentes, consultas a demanda o por iniciativa del médico, seguimiento clínico de procesos crónicos o agudos, o para realizar intervenciones preventivas o educativas. A pesar del uso generalizado del teléfono en la población, pocos médicos han incorporado en nuestro medio su utilización en la gestión de su

consulta. En la población estudiada el uso del teléfono es escaso, en comparación con otros países en los que esta vía de comunicación medico-paciente está mas extendida (*Wasson J et al., 1992; Bown A y Armtroug D, 1995; Car J y Sheik A, 2003*). El 54% de los médicos estudiados no utiliza el teléfono para el seguimiento de pacientes y solo el 8% realiza más de 6 llamadas; el 83% no ha respondido a demanda clínica por teléfono. El teléfono es infrautilizado como vía para ofrecer cuidado. Esta realidad ha sido constatada también entre los médicos otros países. Así, Patel et al. (*Patel H et al., 2005*) mostraron que los médicos del Reino Unido hacían poco uso del teléfono en la consulta (las médicas con mayor frecuencia que los médicos), y que esta actividad suponía una disminución considerable del número de visitas, mejoraba la accesibilidad de la población activa y de las personas mayores para realizar consultas o plantear sus dudas al médico. Por su parte, Pedrera et al. afirman que, en la Comunidad Valenciana, un 0,7% de las consultas recibidas por los médicos de atención primaria se realizan por teléfono (*Pedrera V et al., 2005*). En EEUU, según datos de una revisión reciente (*Car J y Sheik; 2003*), un cuarto de las consultas al médico de familia se realizan por teléfono, pero los estudios son contradictorios en cuanto a sus resultados. Hay evidencias de que un uso racional del teléfono para determinados tipos de consultas mejora la accesibilidad, disminuye costes de desplazamientos (en tiempo y económicos), y hacen que los usuarios se sientan satisfechos de poder disponer de esta vía de acceso a su médico. Las consultas telefónicas son valoradas especialmente por la gente que vive en áreas rurales, con dificultades de acceso al centro de salud. Los médicos perciben su beneficio en la reducción de visitas domiciliarias, pero al mismo tiempo expresan su intranquilidad por no observar y explorar al paciente y obviar la información aportada por la comunicación no verbal. Finalmente, el relativo anonimato que ofrece la consulta telefónica puede ser una ventaja para los pacientes en determinados casos (*Foster J et al., 1999*).

Se ha podido demostrar que la oferta del teléfono como vía de acceso al médico para cualquier tipo de consulta incrementa la demanda y no disminuye significativamente la frecuentación. Ahora bien, habría que diferenciar entre la oferta de la vía telefónica para consultas a demanda por iniciativa del paciente y las llamadas que realiza el médico a un paciente crónico para su seguimiento, especialmente a pacientes incapacitados o terminales y sus cuidadores, para el seguimiento de procesos de larga evolución o crónicos o como refuerzo en las medidas preventivas. Las personas mayores constituyen el grupo que más puede beneficiarse de este recurso, con una rentabilidad elevada para pacientes, cuidadores y médicos (*Jiwa M et al., 2005*).

Cuando es el médico quien utiliza la vía telefónica como acercamiento al paciente, se ha podido comprobar que disminuyen las descompensaciones de enfermedades crónicas, se previene la patología típica del cuidador y se incrementa la satisfacción de los usuarios. Los contactos telefónicos pueden aumentar la captación y adherencia a diversos programas preventivos, como vacunaciones o deshabituación tabáquica (*Hull S et al., 2002*). Car et al. describen las condiciones que deben cumplirse para una intervención telefónica de calidad. El primer requisito es una formación adecuada de los profesionales en técnicas de comunicación, una información sistemática y de contenido claro y conciso (*Car J et al., 2003*). La potencialidad de esta vía debe ser compartida por el equipo. Médico y enfermera podrían rentabilizar este recurso, pero casi el 30% de los médicos no lo utilizan y menos del 10% hace más de 5 llamadas al mes a pacientes a su domicilio. Patel (*Patel H et al., 2005*) sugiere que una formación adecuada sería imprescindible para garantizar la confidencialidad y registrar los datos obtenidos. En conclusión, la consulta telefónica parece ser una técnica prometedora de elección en atención primaria, que disminuiría sustancialmente las visitas al médico.

b) Agenda y tiempo de visita

El 90% de los médicos estudiados dedican menos de 5 minutos a cada paciente de media. Esta cifra resultaría alarmante en la mayoría de los países de nuestro entorno: el tiempo medio de las visitas en Inglaterra es de 9,36 minutos (*Ogden J et al., 2004*), 16 en Estados Unidos (*Blumental D et al., 1999*), 12 en Nueva Zelanda, 15 en Canadá y 21 en Suecia (*Wilkson A y Childs S, 1991*). En nuestro país, los estudios más recientes obtienen cifras similares a la nuestra (*Pedrera V et al., 2005*). Aunque un estudio realizado en Menorca por Seguí (*Seguí M, 2004*) mostró un tiempo medio de visita de 9,1 minutos por paciente, los médicos incluidos en este estudio gestionaban parte de la burocracia en un circuito no médico, lo que refuerza la tesis de que este grupo de consultas motivarían un volumen elevado de visitas al médico. Los datos entre los distintos estudios pueden variar según modelos organizativos y formas de medir el tiempo medio de consulta, generalmente contando espacios entre vistas, pequeños descansos entre pacientes o tiempo dedicado a la redacción de informes.

Aunque no se debe caer en la interpretación simplista que equipara calidad de la entrevista con mayor tiempo de consulta, parece que menos de 5 minutos por paciente produciría un exceso de derivaciones y prescripciones farmacológicas, un menor número de actividades preventivas realizadas en consulta, reduciría la probabilidad de identificar el problema del paciente e incrementaría la frecuentación (*Bellón JA, 1995(a); Wilson A y Childs S, 2002*). Los profesionales valoran entre sus expectativas más

importantes en el entorno laboral la dedicación del tiempo necesario a cada paciente, según el motivo de consulta, (*Palacio F et al., 2003*), y en el Reino Unido se ha propuesto como un indicador de cumplimiento de calidad de las consultas (*Wilson A y Childs S., 2002*). La percepción del tiempo dedicado a la visita por parte de los pacientes ha sido muy estudiada en relación con la satisfacción de la atención que reciben. Existe una falta de concordancia entre el “tiempo real” medido y el “tiempo subjetivo” percibido por el paciente (*Innes M y Shelton J, 2005*). La satisfacción se relaciona directamente con el tiempo percibido; cuando los pacientes percibieron más tiempo del real en la visita la satisfacción fue significativamente mayor que en la situación inversa, hallazgo en el que han coincidido numerosos estudios realizados en varios países (*Lin CT et al., 2001; Cape J et al., 2002; Ogden J e al., 2004; Seguí M, 2004*). La diferencia entre el tiempo real y el tiempo subjetivo parece tener más relación con el estilo de práctica del médico y el tiempo dedicado a “escuchar” al paciente que con el número de exploraciones realizadas, incluso aceptando hablar de temas personales no médicos en la consulta. Todo ello refuerza la teoría sobre la importancia en la satisfacción del trato al paciente como persona más que como paciente (*Gross DA et al., 1998*). La experiencia previa del paciente con el tiempo que le dedica su médico también ha demostrado ser un factor destacado en relación con su satisfacción, de forma que si se modifica el contexto (cambio de médico, cambio de centro, etc.), se podría transformar esta percepción y la satisfacción consecuente (*Hart JT, 1998*).

Consultas más largas se asocian con una mayor identificación de problemas psicosociales (*Howie JGR et al., 1991*), con un mejor acercamiento al problema del paciente y un mejor control de enfermedades crónicas aunque, como ya se ha comentado, el tiempo en sí mismo no es garantía de buena práctica y mayor eficiencia en la consulta (*Howie JGR et al., 1999; Freeman GK et al., 2002*). Las consultas cortas parecen ser más apropiadas para pacientes jóvenes y problemas clínicos, mientras que los mayores y los problemas de salud mental requieren una mayor dedicación de tiempo (*Gross DA et al., 1998*).

El estudio realizado por Blumenthal (*Blumenthal D et al., 1999*) mostró que el tiempo de duración de las consultas está influido por múltiples factores del paciente (edad, carácter del problema, cultura previa), del médico (estilo de práctica, intereses, capacidad de gestión) y de la organización (accesibilidad, oferta de servicios, modelo y cultura organizacional); el autor sugiere que la mejora del conocimiento de los factores que afectan a la duración de la consulta permitiría al médico aumentar su productividad e incrementar la satisfacción de los usuarios.

Una vez conocidos los factores que intervienen en la duración de las consultas y su percepción, parece necesario un cambio en los modelos de atención sanitaria, buscando nuevos modelos de organización de las consultas e incorporando de forma creativa nuevas tecnologías de la información para comunicarse con los pacientes (*Morrison I y Smith R, 2000*). Esta opción puede verse aun lejana en nuestro medio, pero ya hay experiencias en hospitales de EEUU con excelentes resultados y en atención primaria ya se han publicado algunos intentos (*Mechanic D, 2001*). Los principales escollos para introducir cambios se centran en una administración poco flexible en sus normas y su cultura; unos profesionales en general desconcertados, que tienden a externalizar las causas de su malestar y con dificultades para pensar en los cambios personales y profesionales necesarios.

En nuestro estudio, el exceso de presión asistencial se confirma con el hecho de que más del 75% de médicos tienen la *lista de citas llena* 6 o 7 días de la semana, independientemente del volumen de la población asignada. Así, son escasas las posibilidades de introducir otros aspectos de la relación médico-paciente, educación sanitaria, etc. El número de pacientes en la lista diaria coloca al médico en una rueda de trabajo continuo durante la jornada laboral, que Morrison (*Morrison I y Smith R, 2000*) asemeja al hamster en su jaula, sin parar de ver pacientes; con escasas oportunidades para realizar otras actividades de educación para la salud, comunitarias, de formación o de investigación (*Groenewen PP Et al., 1991*). La dificultad para introducir un espacio “colchón” que amortigüe las necesidades de tiempo no previsto para un paciente en la consulta, repercute en una disminución de la calidad de la atención prestada por el médico (*Casajuana J y Bellón JA, 2003*). El retraso casi sistemático en las citas se interpreta como un fallo del médico, aunque se destinen en beneficio del paciente, de la escucha, de la calidad de la historia clínica o educación sanitaria. Borrell propone la llamada “agenda flexible”, que contempla la posibilidad de 10 minutos por paciente con visitas alternativas de 5 y 7 minutos y espacios de 10-15 minutos intercalados (*Borrell F, 2001*). Según este autor, los pacientes que sufren el retraso tienen la necesidad de ver cumplidas sus expectativas y “exprimirán” su tiempo al máximo para obtener beneficio de la visita (“aunque tarde, bien”). En el entorno de la consulta asistencial, el médico encuentra verdaderas dificultades para concertar visitas de 10 minutos o más para atender a pacientes que requieren más tiempo. Es muy probable que esos pacientes, que no han podido ser atendidos adecuadamente, no hayan resuelto su problema y tengan que volver a la consulta; este grupo, que incluiría a pacientes con problemas psicosociales o morbilidad compleja, incrementaría la frecuentación, como ya han demostrado diversas investigaciones (*Cape J et al., 2000; MechanicD, 2000*). La última consecuencia de la “presión” emocional a la que se ve sometido el médico que un día tras otro encuentra su lista de citas llena, la

posibilidad de 5 a 10 pacientes fuera de lista, avisos a domicilio de última hora, etc., es un alto riesgo de insatisfacción laboral, cansancio emocional y *Burnout* (Mechanic D, 2003; Sobrequés S et al., 2003; Caballero MA et al., 2001). La capacidad de delegar y compartir tareas en la actividad asistencial no estrictamente clínica con otros profesionales se ha propuesto como la alternativa más factible para recuperar tiempo que el médico podría invertir en la comunicación con el paciente y en su autocuidado (Blumenthal D et al., 1999)

Por otra parte, la consecuencia inmediata de una lista de citas llena es el incremento progresivo de ***pacientes que acuden a la consulta sin cita***. Un 24% de los médicos estudiados por nosotros reciben diariamente más de 10 pacientes sin cita en sus consultas. Esta cifra es similar a la de otros estudios realizados en España. El estudio publicado por Pedrera en la Comunidad Valenciana (Pedrera V et al., 2005) identifica una proporción de 1/5, un paciente sin cita cada 5 con cita. Pomar (Pomar CI et al., 2000) encontró entre un 14% y un 17% de consultas no urgentes y sin cita en su población entre los años 1996 a 1998; los autores identifican dos perfiles de consultas: 1) Las consultas directas, solicitadas con mayor frecuencia por mujeres con una edad media de 49 años, que se producen al final de la consulta, frecuentemente por motivos burocráticos (51% por recetas) o por enfermedad (31%) y 2) Las consultas indirectas, realizadas durante las consultas con cita por otra/o paciente en su nombre, cuyo perfil es de mujer, esposa o hija con una edad ligeramente superior (56 años).

La situación antes descrita coincide con una política sanitaria en Andalucía basada en el principio de “demora cero” y atención al 100% de la demanda, como intento de gratificar a la población y mejorar su satisfacción percibida. Pero esta política se ha transformado en un arma de doble filo: el beneficio que obtiene el paciente al mejorar su accesibilidad repercute negativamente en la calidad de la atención que recibe. Otra consecuencia de una agenda mal diseñada es la erosión que se genera entre un profesional agobiado y “a punto de explotar” y una institución que funciona como su empresa (Borrell F, 2001).

Pero, ¿cuáles son los motivos por los que el paciente acude sin cita, generando esta “segunda lista” de pacientes que acuden diariamente a la consulta de muchos médicos de familia? Las causas pueden ser múltiples: a) Tiempo escaso o inadecuado dedicado a la consulta asistencial en relación con la media real de pacientes al día; b) Población con poca educación en la utilización óptima de los recursos, acostumbrados a ser atendidos por su médico a cualquier hora y recibiendo respuesta a sus demandas (recetas, exploraciones, informes, etc.); c) Sistema de filtro deficiente en la puerta de admisión a las

consultas, generalmente por falta de estímulo y organización del personal de puerta; d) Cálculo irreal del tiempo necesario por parte del médico, a veces con el buen propósito de que “mañana iré mas rápida” o esperando que la divinidad convenza a sus pacientes de no acudir a la consulta; d) Por último, una población con una cultura hiperutilizadora consumirá todo tipo de recursos, existiendo una correlación positiva ($r = 0,08$, $p = 0,02$) entre el número de visitas con cita y sin cita (*Pomar CI, 2000*). Las franjas horarias muy rígidas y poco diversificadas de la consulta disminuyen la accesibilidad de pacientes con dificultad laboral, que aprovechan el espacio entre la jornada de mañana y de tarde para acudir a la consulta. Si el médico no tiene un criterio claro y explícito de su actitud ante las demandas fuera de hora, los pacientes lo seguirán intentando “por si hoy está de buenas y me ve”, perpetuando la cultura de “voy a la consulta cuando me viene bien”. En definitiva, es una causa importante de estrés crónico en el profesional, que deteriora su estado emocional y la calidad de la atención que presta, en la duda si explorar o no, si dar o no la receta, si abrir o no la historia, etc.

No parece haber una solución clara a un problema generalizado en los países de nuestro entorno, especialmente en los sistemas públicos que no cuentan con restricciones económicas al paciente para acceder a la consulta, o en países donde los médicos se ven sometidos a una competencia económica basada en el ingreso por capitación.

Otra consecuencia del exceso de presión asistencial y la escasez de tiempo de visita es el aumento de los pacientes llamados “difíciles” por sus médicos. El 16% de los médicos estudiados afirman haber tenido 9 o más pacientes difíciles en su consulta durante el último mes, y casi un 5% más de 20.

La percepción de prisa del médico disminuye el grado de satisfacción de los pacientes; pero además el médico se encuentra bajo presión, con alto nivel de estrés y de insatisfacción con el trabajo (*Caballero MA et al., 2001*). Todo ello conduce con mayor frecuencia a situaciones difíciles, donde pueden intervenir médicos difíciles y/o pacientes difíciles. Sin embargo, los pacientes difíciles no son siempre consultadores frecuentes, ni siempre tienen un mayor número de problemas de salud. Parece ser que son más frecuentes en profesionales con menos experiencia (*Carson J et al., 1993*), menor satisfacción laboral, ausencia de formación en abordaje psicosocial y entrevista clínica, y percepción de sobrecarga en el trabajo (*Mathers N et al., 1995*). En este contexto, el exceso de presión asistencial se comportaría como un factor facilitador más, por el estado anímico y de insatisfacción con el trabajo

que genera en el profesional; como afirma Borrell: “los pacientes difíciles son aún más difíciles cuando no disponemos de tiempo” (*Borrell F, 2001*).

c) La organización administrativa de la consulta

Un número importante de profesionales no cuenta con personal administrativo para dar las citas, particularmente los médicos que trabajan en consultorios rurales. En esa situación, los profesionales deben realizar una gestión completa de todos los aspectos administrativos y de organización, tarea que exige un tiempo que podría ser destinado a actividades asistenciales o preventivas. La consecuencia en ocasiones es que la consulta queda abierta a demanda durante toda la jornada, sin número tope de citas. El aumento de accesibilidad incrementa la utilización de las consultas y dificulta la gestión del tiempo dedicado a la actividad asistencial. En nuestro estudio se observa una correlación significativa de sentido inverso entre la posibilidad de contar con un administrativo para dar citas y la frecuentación ($r = -0,224$, $p < 0,001$). Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por Hurley et al. (*Hurley J et al., 1996*) en Canadá, quienes observaron una menor frecuentación con el incremento de personal de apoyo administrativo a la consulta del médico. En Andalucía, la razón de administrativos por paciente es de 1 a 3000 y la de administrativo por médico de 0,5; en Inglaterra, esta última alcanza un valor aproximado de 1,2. Paralelamente, resulta paradójico que en nuestro país el 48% de las consultas que recibe el médico sean de contenido administrativo previsible (*Orozco D et al., 2004*), y que la solución vaya orientada a incrementar sólo el número de médicos, sin contemplar el beneficio que supondría incrementar el número de administrativos con un criterio basado en la eficiencia (*Willis D, 2005*).

En relación con la gestión de las tareas burocráticas, recetas repetidas y partes de incapacidad, nuestros resultados muestran que los médicos andaluces utilizan pocas medidas que rentabilicen el tiempo dedicado a esta tarea. Casi un 60% de los médicos no acumula los partes de baja de varias semanas para entregarlos juntos, utilizando una visita en lugar de varias. Casi en el 80% de los casos los hace directamente el médico. Esta tarea de cumplimentación de documentos resta cada día más espacio de la consulta que debiera estar dedicada a la entrevista o la exploración del paciente. Ya se ha comentado la creciente desproporción entre tareas clínicas y administrativas en la consulta del médico de familia, llegando al 40% los motivos de consulta de carácter administrativo previsible (*Orozco D et al., 2004*); entre el 75-80% de las prescripciones que realiza el médico son prescripciones repetidas (*Taylor RJ, 1996*). Muchos autores han cuestionado seriamente la necesidad de que sea el médico la persona que realice los tres pasos administrativos: cumplimentación,

acumulación y entrega al paciente del documento. La eficiencia parece ser mayor si cada profesional delimitara sus competencias, la del médico se centraría en entrevistar, explorar, diagnosticar y tratar al paciente y las tareas administrativas en este proceso quedan en manos de personal administrativo (*Casajuana J, 1996*). En otros países como EEUU, Noruega o el Reino Unido, la actividad burocrática se realiza con el apoyo de otros profesionales (enfermería y personal administrativo) y fuera de la consulta asistencial del médico (*Zermanski AG, 1996*). A pesar de esto, las propuestas más innovadoras sugieren la necesidad de incorporar sistemas electrónicos conectados con la farmacia desde la consulta del médico, lo que evitaría la necesidad de una visita al centro sanitario por parte del paciente (*Borrell F, 1996; Rogers JE et al, 2003; Portteus T et al., 2003; De Smet PA et al., 2004*) No obstante, estos autores describen algunos inconvenientes en relación a la confidencialidad del paciente, el seguimiento de la evolución clínica o la tolerancia, los efectos indeseables de la medicación, o la insatisfacción de algunos pacientes (*Britten N, 1994*). Como contraposición, los pacientes deben realizar un número de visitas innecesarias a su médico y con dudoso beneficio para su salud.

Ante esta situación cabe preguntarse: ¿cuáles son las razones que impiden a los profesionales tomar medidas para racionalizar y limitar la sobrecarga burocrática en la consulta? A este respecto se pueden plantear varias hipótesis: La primera, sin duda, es el déficit estructural del sistema, en relación a los mecanismos de gestión de recetas y partes de IT, que ya se han comentado. En segundo lugar se encuentra la actitud de los pacientes, acostumbrados a ver regularmente a su médico. En tercer lugar, el médico puede, de forma inconsciente, obtener cierta gratificación de esa visita; esta cultura tiende a perpetuarse como rito y, a menos que los modelos de relación médico-paciente cambien, continuará actuando como una resistencia para introducir cambios en la gestión interna de la consulta. Algunos médicos justifican la entrega de partes de baja o recetas de enfermedades crónicas en la consulta como medio de “revisar o controlar” la enfermedad, pero se ha podido comprobar que la mayoría de estas visitas no tienen contenido clínico ni aportan datos útiles en la entrevista.

Los médicos que realizan un esfuerzo para gestionar su demanda, con objeto de mejorar la calidad de su trabajo, se encuentran en ocasiones con la incompreensión de su entorno, que se manifiesta en una “redistribución” de pacientes que se realiza directamente desde el sistema informático DIRAYA, mediante el cual, en caso de ausencia de un miembro del equipo, las citas son repartidas proporcionalmente entre el resto del equipo hacia aquellos que tengan mas “huecos libres”. Pero, además, es posible que una reducción de la presión asistencial media tenga como consecuencia la

apertura del cupo incrementando el número total de personas adscritas. Una estrategia de incentivación a los profesionales que se esfuerzan en gestionar mejor su consulta podría suponer un interesante motor de cambio orientado a mejorar la utilización de la atención primaria.

Durante el año 2007 se está implantando de forma progresiva en Andalucía el nuevo modelo de receta para prescripciones repetidas en atención primaria. La llamada “Receta 21” está vinculada a la historia clínica informatizada DIRAYA y permite grabar en la tarjeta sanitaria de cada usuario la prescripción y la frecuencia de emisión de recetas, directamente en la oficina de farmacia. El paciente irá directamente a la farmacia con su tarjeta en los plazos previstos para recoger la medicación, sin necesidad de realizar una visita al centro de salud. Los pacientes serán citados o realizarán visitas cuando requieran una revisión de su proceso u otra consulta de carácter clínico-asistencial. La primera fase de implantación exige un esfuerzo añadido del médico, que debe introducir en el modelo los datos de prescripción de cada medicamento, la dosis, y el cálculo de la periodicidad de emisión de cada receta. Esta medida se aproxima a las recomendaciones sugeridas desde colectivos profesionales, investigadores de servicios y gestores. Sus resultados en la reducción de la frecuentación serán una realidad cuando todos los pacientes con enfermedades de larga evolución entren en el sistema, y cuando profesionales y pacientes comprendan la importancia de esta medida para mejorar la calidad y disminuir la frecuentación. En esta fase de implantación, las dificultades son de tres tipos. En primer lugar, las asociadas a la propia red informática DIRAYA: su funcionamiento deficiente podría bloquear o entretener la introducción de datos en la consulta; por otra parte, las consultas que aún permanecen con el modelo TASS, la mayoría en el medio rural, no tendrán acceso a este modelo de receta. En segundo lugar, los pacientes habituados a realizar visitas a su médico a propósito de las recetas podrían percibir inicialmente una falta de atención del profesional sobre su problema. Finalmente, los profesionales deberán gestionar cada caso individualmente, ajustando las citas según el cuadro clínico y manejando otros niveles de incertidumbre sobre la prescripción, efectos secundarios y resultados.

d)El trabajo en equipo

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que el 25% de los médicos comentan con la enfermera menos de seis veces al mes casos de pacientes comunes. En el seguimiento de enfermos crónicos, el papel de la enfermería ha demostrado ser más eficiente cuando médico y enfermero trabajan en un proyecto común sobre la población, coordinan sus actuaciones y planifican juntos la

actividad asistencial, disminuyendo significativamente el número de visitas al médico (*Jansson A et al., 1992; Hudson B, 2002; Ejlertsson G y Jansson AK, 1987*). En nuestro estudio, el cuestionario de clima organizacional validado por Delgado (*Delgado A et al., 2006*), incluía una escala de “mala relación médico-enfermera”; esta escala se relacionó claramente con una mayor frecuentación en los resultados del análisis multivariante (Tablas 117-118). El trabajo en equipo ha demostrado tener una mayor eficacia y eficiencia en el cuidado de la población desde el punto de vista preventivo y asistencial, mejores resultados clínicos y una mayor satisfacción de la población atendida; además, cuando en los equipos existe una mayor cohesión entre los profesionales médicos y no médicos es cuando se han mostrado mejores resultados en la calidad de la atención prestada a la población (*Grumbach K y Bodehimer T, 2004*). Sobre su repercusión en la utilización de las consultas médicas, se ha podido constatar que una mayor implicación de enfermería en tareas asistenciales sobre pacientes mayores de 60 años disminuye significativamente el tiempo total (suma del tiempo utilizado en el conjunto de visitas) dedicado por el médico a ese grupo de pacientes (*Burgos A et al., 2003*).

La disociación del trabajo médico-enfermera tiene importantes repercusiones en la eficiencia de las intervenciones que se realizan en atención primaria, y de forma más concreta en la frecuentación y la presión asistencial. En este sentido, hay que destacar la importancia del equipo en la *continuidad* de la atención y cuidados a la población, difícilmente asumible exclusivamente por el médico. Tal continuidad exige un modelo de cooperación-colaboración entre médico y personal de enfermería, basado en la coordinación de las intervenciones en el tiempo y en la calidad de la transferencia de información entre ambos y de ellos con el resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial (*Haggerty J et al., 2003; Freeman GK et al., 2003*). Sin embargo, enfermera y médico tienen con frecuencia dificultades de entendimiento que, según las hipótesis planteadas por algunos autores, podría deberse a diversas causas: parten de diferentes objetivos formativos, culturas sanitarias, estatus profesional y dependencia jerárquica. Un buen trabajo en equipo se asocia con una mayor satisfacción laboral, un menor tiempo perdido por bajas laborales, mayor satisfacción en los usuarios y aumento de la calidad de la atención (*Thomas EJ et al., 2003*). Pero el médico debe conocer la potencialidad del trabajo en equipo para rentabilizar estos recursos en la consulta; parece que los médicos valoran el equipo en su dimensión emocional y en las relaciones personales, pero no tanto en cuanto al compromiso con los objetivos de la organización (*Palacio F et al., 2003*).

En EEUU, paradigma de la asistencia sanitaria individualizada, donde prima el valor de autonomía máxima entre los médicos, se plantea abiertamente la recomendación del trabajo en equipo como un mecanismo para afrontar los nuevos retos de la medicina actual, el exceso de consumo de servicios, la media de edad más elevada de la población y la necesidad de cuidados por el incremento de las enfermedades crónicas y, en definitiva, como una medida de control de la utilización de los servicios sanitarios (*Shine KI, 2002; Safran DG, 2003*).

La reforma de la atención primaria en España partió de un modelo asistencial basado en la adscripción de un grupo de población a una Unidad de Atención Familiar (UAF) o Unidad Básica Asistencial (UBA) formado por el binomio médico-enfermera, que debían asumir toda la responsabilidad de cuidado y asistencial a un grupo de población. Sin embargo, en la actualidad este modelo va perdiendo consistencia frente a la dispensarización de algunos servicios en el centro de salud y a los nuevos modelos de gestión disociada entre el colectivo médico y de enfermería. Resulta paradójico que el Reino Unido, los Países Escandinavos y EEUU se encuentren actualmente en la búsqueda de soluciones a los problemas de saturación de las consultas basadas en la línea del trabajo conjunto e integrado médico-enfermera, mientras que en nuestra Comunidad las decisiones se orienten en otra dirección. Sin embargo, a partir de los resultados de nuestro estudio podemos concluir que la variable “relación médico-enfermera” ha resultado ser un factor clave en el constructo de clima organizacional y en el modelo explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria.

Con frecuencia, los médicos no hacen uso de los recursos más cercanos, los que puede tener el propio equipo de salud, para facilitar una respuesta a la muchas demandas realizadas en la consulta. Otro profesional en el equipo de atención primaria que puede colaborar activamente en la gestión de las demandas relacionadas con problemas psicosociales es la trabajadora social. Casi el 10% de los médicos no ha derivado ningún paciente a la trabajadora social en los últimos 3 meses, mientras que el 12% lo ha hecho en más de 6 ocasiones, existiendo diferencias significativas en la frecuentación de las consultas que derivan más de 6 pacientes al mes. La movilización de recursos sociales en el abordaje de los problemas psicosociales ha demostrado ser de gran utilidad en la disminución de la frecuentación por parte de los pacientes con este tipo de problemas (*Verhaak PFM et al., 2000*).

La pregunta del cuestionario sobre si deriva o no a la trabajadora social o a la enfermera puede tener dirección pero quizá le falte jerarquía y discriminación. Si categorizamos la variable en forma dicotómica (deriva o no deriva), se puede comprobar que no hay diferencias en cuanto a la presión,

pero sí en cuanto a la frecuentación, con un punto de diferencia en la media a favor de quien no deriva a la trabajadora social. Por otra parte, es llamativo que sólo el 8% de los médicos respondiera que no derivó ningún caso a la trabajadora social, lo cual induce a pensar en la existencia de un posible sesgo de deseabilidad social en la respuesta.

2.3.3. DE LOS FACTORES DE LA MACRO-ORGANIZACIÓN.

a) Tamaño del cupo

El tamaño del cupo medio y el número de pacientes mayores de 65 años incluidos en el cupo se correlacionaron positivamente con la presión asistencial. Sin embargo, en contra de la creencia de muchos profesionales, esta variable sólo explica el 8% de la variabilidad de la presión asistencial, detectándose grandes oscilaciones entre profesionales con distintos tamaños de cupo: algunos médicos con un cupo grande tienen menor demanda que médicos con cupos más pequeños. Por otra parte, profesionales con tamaños de cupo similares no muestran los mismos niveles de presión asistencial, lo cual sugiere una implicación más destacada de otros factores que dependen directamente del profesional. Además, la correlación antes mencionada es inexistente hasta cupos de 1500 tarjetas: en este nivel, el efecto del tamaño del cupo sobre el volumen de utilización de la consulta es cero. Es cierto que a partir de esta cifra la correlación es cada vez mayor: la influencia del cupo en médicos con 2000 tarjetas es elevada. Sin embargo, también se ha podido constatar el peso de la edad-morbilidad como binomio de máximo valor: la presión aumenta de forma constante cuando lo hace la proporción de mayores de 65 años y la de enfermos crónicos (diabetes e HTA). Estos datos coinciden con los que han aportado otros estudios (*González MJ et al., 2000; Bellón JA, 1995*).

¿Qué otros factores son, entonces, los que explican las grandes diferencias encontradas en la presión de médicos con el mismo cupo? La respuesta podría estar en los factores que intervienen en el perfil de práctica profesional, lo que apuntaría, una vez más, a la complejidad del modelo explicativo, con la intervención de variables del profesional y la organización. Algunos autores como Burgos (*Burgos A et al., 2003*) han desarrollado modelos predictivos en los que la edad explicaría el 86% de la variabilidad total de la carga asistencial. Sin embargo, esos modelos no han considerado los factores que dependen del profesional y que, supuestamente, y según nuestro estudio, explicarían un 60% de la variabilidad, mediante la aplicación de análisis multinivel. Una presión asistencial elevada, derivada de las características del cupo, repercute en la cartera de servicios; por ejemplo, el volumen de

aplicación de técnicas como la cirugía menor es significativamente menor en cupos grandes, al igual que la administración de medidas preventivas y el abordaje psicosocial en la consulta (*Zyzanski SJ et al., 1998; Howie JGR et al., 2004; Campbell SM et al., 2001*).

b) Ámbito rural o urbano

El *ámbito rural o urbano* en el que se encuentra la consulta se ha relacionado indirectamente con la presión asistencial y la frecuentación. Los médicos que pasaban consulta en los consultorios rurales tenían mayor presión asistencial que los que lo hacían en centros urbanos. En los consultorios con poca población adscrita la frecuentación se dispara, probablemente por un exceso de celo del médico en el cuidado de los pacientes,. Otra hipótesis a considerar tiene relación con los recursos de apoyo al médico y la enfermera que trabajan en un consultorio: la inexistencia de un administrativo que dé las citas y la imposibilidad de pedir éstas por teléfono dificulta la asignación de hora a la cita y la posibilidad de disponer un número tope de citas al día; todas estas variables se correlacionaron con una menor frecuentación. Estos factores podrían interpretarse también como barreras de accesibilidad a la consulta, pero lo cierto es que la decisión de ir al médico debe ser personal y consciente, y la demanda expresa de cita previa haría en este caso la función de toma de conciencia de la necesidad del paciente. Nuestros resultados coinciden con los con los obtenidos en investigaciones realizadas en España y en otros países (*Boerma WG et al., 1998; Haynes R, 1991*). Sin embargo, la distancia es un factor que influye claramente en la accesibilidad y, cuando la dispersión geográfica aumenta, la utilización de las consultas disminuye significativamente y proporcionalmente a la distancia (*Knos SA y Brito H, 2004*)

c) Clima organizacional

La relación encontrada en nuestro trabajo entre las dimensiones del clima organizacional y la utilización es de gran interés. Salvo la satisfacción, que se relaciona inversamente con la utilización, las restantes dimensiones del clima (percepción de carga, percepción de fracaso, tensión médico-enfermera y cansancio emocional) presentan correlaciones positivas con la frecuentación y la presión asistencial. Relaciones personales y profesionales parecen estar relacionadas entre sí, de forma que los médicos desarrollarán mejores relaciones personales con aquellos colegas con los que hay mejor colaboración-cooperación en el trabajo. Esto puede tener su explicación en la escasa formación técnica en el trabajo en equipo de los profesionales. La percepción de fracaso puede tener

más relación con la frustración de las expectativas depositadas por los médicos en las relaciones profesionales. Entre las relaciones laborales, tienen una especial entidad las que se establecen entre médico y enfermera, claramente diferenciadas del resto del equipo, posiblemente porque compartir el cuidado de un grupo de población exige más vínculos, provoca más disonancias cuando no hay acuerdo en los modelos de atención y repercute directamente en los cuidados que se prestan al paciente. *(Delgado A et al., 2006)*.

Los estudios coinciden en que, tanto para profesionales como para pacientes, son necesarias unas buenas condiciones de ambiente laboral para proveer cuidados de calidad *(Lovgren G et al., 2002)*; incluso se ha podido relacionar un clima negativo con una menor utilización de guías de práctica clínica y actividades de formación continuada por parte de los profesionales *(Elovaino M et al., 2000)*

La descripción del clima organizacional en los equipos básicos estudiados por nosotros se ha correspondido con los encontrados por otros estudios realizados en España, basados en diseños de tipo transversal y centrados en la descripción del clima en los equipos. *(Menárguez JF et al., 1999; Cortés JA et al., 2003)*. Sin embargo, se han realizado pocos estudios relacionando el clima con factores complejos de la organización y la utilización de las consultas de atención primaria, aunque se ha podido observar un clima mejor en los equipos con modelos de gestión basados en mayores grados de autonomía y autogestión *(Ponsá JA et al., 2003)*. Entre los aspectos que más valoran los profesionales en su trabajo se encuentran las relaciones con pacientes y otros profesionales del equipo, y un estilo de gestión de los directivos que tienda a promover un mayor compromiso con la organización *(Palacio F et al., 2003)*. En el Reino Unido se ha comprobado que tanto la estructura de los equipos de atención primaria como el clima organizacional existente en los mismos, muestran relaciones positivas con la calidad asistencial de los médicos de familia, medida en resultados clínicos, accesibilidad, continuidad y satisfacción de los pacientes *(Campbell MS et al., 2001; Bower P et al., 2003)*.

La relevancia de las relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción, la calidad de vida profesional y los resultados en calidad de atención a los pacientes, hacen pensar en la necesidad de que directivos y equipos presten una atención especial a este aspecto de la vida interna de los centros de salud, desarrollando estrategias organizativas innovadoras que alivien la carga de trabajo del médico de familia, junto a métodos de incentivación y de cuidado de los profesionales.

d) Cartera de servicios y organización administrativa del centro de salud

La cartera de servicios del centro de salud se ha relacionado en nuestro estudio con la utilización de los servicios. Los centros que ofertaron el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, la inserción de DIU, la adscripción al PAPPs (Programa de actividades Preventivas y de Promoción de salud) y el desarrollo de programas de educación grupal a pacientes crónicos, se relacionaron con una menor presión asistencial. En ocasiones han surgido, por parte de profesionales y gestores, dudas sobre la eficiencia de las medidas educativas, especialmente las realizadas en grupo, siendo en ocasiones fruto del voluntarismo de algunos profesionales del equipo. Son necesarias investigaciones que muestren los efectos beneficiosos de esas actividades en la mejora de la salud y en la utilización de las consultas.

El acceso de los profesionales del centro de salud a ecografías y mamografías, así como la disponibilidad de microscopios, se relacionó con una menor presión asistencial. Sin embargo, parecería razonable pensar que la oferta de determinada tecnología novedosa pudiera generar un incremento de la demanda. Habría que realizar un seguimiento en el tiempo para comprobar si tal incremento se mantiene en el tiempo, teniendo en cuenta la mayor variedad de patología atendida en atención primaria que se generaría, patología que, en caso de ser diagnosticada por otro especialista, sería vista y seguida en el segundo nivel. En cualquier caso, los resultados nos hacen reflexionar sobre las consecuencias de asumir más recursos diagnósticos en atención primaria, valorando las consecuencias en la demanda y la utilización de las consultas a corto, medio y largo plazo.

En cuanto a los factores organizativos del centro de salud, hubo cierta relación positiva entre la presión asistencial y el número total de visitas programadas y de visitas programadas a crónicos en el centro de salud. Sin embargo, esta relación se invirtió con respecto a las visitas domiciliarias programadas. Parece claro que normalizar la atención a determinados procesos puede mejorar la calidad de atención prestada al paciente, a costa de incrementar el volumen total de consultas y la frecuentación. Posiblemente, este aspecto no ha sido suficientemente valorado en el diseño de algunos procesos asistenciales. Que se hiciera el esfuerzo de dimensionar la sobrecarga de trabajo que supone para el profesional sería un avance orientado al cuidado de éstos.

Los centros de salud con una mayor dispensarización del trabajo de enfermería también se relacionaron con una mayor presión asistencial. Este aspecto ha sido ya comentado en el apartado 2.3.2.c) y coincide con los resultados de la mayoría de los estudios, que han puesto de manifiesto que el trabajo en equipo de los profesionales médico y de enfermería repercute en una mayor calidad de la organización de la actividad asistencial, de los cuidados y una mayor satisfacción de pacientes y profesionales (*Ejlertsson G y Jansson AK; Jansson A et al., 1992; Hudson B, 2002*)

El filtraje telefónico por el médico de los avisos domiciliarios urgentes y el empleo de los seguimientos clínicos telefónicos se relacionó con una menor utilización. Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, es posible recomendar a los médicos que realicen este tipo de actividades; sin embargo, para poder llevarlas a cabo, es necesario ampliar el acceso a líneas telefónicas que permitan a los médicos realizar esta tarea sin incrementar las ya saturadas líneas telefónicas de los centros de salud.

Los centros de salud que tenían una comisión de calidad tuvieron una menor presión asistencial. Esta observación resulta de gran interés para los equipos de atención primaria, aunque parecería razonable pensar que una cultura de mejora continua en un equipo de profesionales tienda a revisar sus prácticas, adecuarlas más a las evidencias disponibles y adaptarse con mayor facilidad a los cambios necesarios que el sistema requiere hoy día para responder a la demanda de la población.

2.4 DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA UTILIZACIÓN

2.4.1. DEL ANÁLISIS DE LA REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS FIJOS

La varianza explicada por el modelo de regresión lineal múltiple, el 41%, es notablemente superior a muchos de los estudios que analizan la variabilidad de la utilización de los pacientes a partir de los factores del usuario (*Anderson SO et al., 2004*). No obstante, cuando se emplean modelos con variables explicativas referidas a los Grupos de Atención Ambulatoria (“ambulatory care groups” o ACGs) la variabilidad explicada de la utilización se eleva al 50% (*Prados A, 1996; Orueta FJ et al., 1999*). El estudio de Hurley (*Hurley J et al., 1996*) fue uno de los primeros que, al igual que nosotros, estudió el total de visitas que recibía cada médico de familia tratando de explicarlas por medio de variables del profesional y la organización. Este estudio logró explicar el 55% de la

variabilidad. Groenewegen y Hutten (*Groenewegen PP y Hutten, 1985*) encontraron un 52% de variabilidad de la utilización explicada por factores del profesional y las características del cupo.

En estudios posteriores, los factores del profesional han logrado explicar hasta un 45% de la utilización de las consultas (*González MJ et al., 2000*). Una revisión sistemática de los modelos explicativos sobre utilización realizada por Phillips (*Phyllips KA et al., 1998*) mostró que la media del 19% (rango entre 1% y 87%) de variabilidad explicada en los estudios por las características del cupo, que se incrementaba una media del 19% (rango entre 8% y 72%) cuando se incorporaron al modelo los factores del profesional y de la organización. La diversidad en los diseños empleados, en la definición de las variables de estudio y los métodos utilizados en la literatura dificulta la comparación de las medidas, su precisión, validez y generalización de los resultados. Es necesaria una interpretación cautelosa y la adopción de una definición común y aceptable sobre la utilización de servicios y sus factores en futuros estudios. No se han encontrado estudios que analicen conjuntamente variables de los tres grupos de factores usuario, profesional y organización; el conocimiento actual de las variables que merecen ser exploradas en cada nivel, permite pensar que se está en un momento óptimo para afrontar un análisis multinivel, con los tres niveles, que aportaría un modelo definitivo y de gran utilidad para profesionales y gestores de los servicios de atención primaria.

En el análisis exploratorio se detectaron 15 casos que presentaban un comportamiento extremo (outlier) con una correlación negativa entre la frecuentación y tamaño del cupo; el estudio de estos casos conjuntamente mostró una fiabilidad muy baja en sus respuestas. Coincidieron en ser médicos con un cupo elevado, muy baja frecuentación y que no usaban habitualmente el ordenador en la consulta. Probablemente estos resultados sean debidos a un infraregistro de las visitas realizadas. Con objeto de comprobar la repercusión que estos casos tenían sobre el modelo, se realizó un nuevo análisis de regresión lineal múltiple excluyendo a estos 15 casos. Los resultados mantuvieron el poder explicativo global del modelo, sin embargo si hubo cambios en el poder explicativo de algunas variables. El número de variables incluidas se redujo de 11 a 8. El tamaño del cupo redujo su poder explicativo del 8,6% al 4,7%, mientras que el número de hipertensos y diabéticos incluidos en el cupo lo incrementó del 3,7% al 10,2%. Los resultados obtenidos en nuestro estudio orientan hacia las características del cupo, el volumen total de pacientes mayores y que presentan mayor morbilidad crónica, como las variables que adquieren mayor peso en el origen de la utilización de las consultas, por encima del tamaño del cupo *per se*. Existe un acuerdo generalizado sobre el peso

explicativo de la edad-morbilidad en los resultados obtenidos por el resto de las investigaciones realizadas sobre utilización de servicios de atención primaria, independientemente de la metodología utilizada y del total de variables incluidas en los modelos (*Bellón JA et al., 1995; Jiménez-Martín S et al., 2002; Szydlowski JW, 2001; Vedsted P y Christensen MB, 2005*).

En el segundo modelo obtenido (tras la exclusión de los 15 casos) desaparecen las variables “perfil biomédico”, “tiempo en la plaza actual” y “tiempo de trabajo en centros de salud”; apareciendo una nueva variable estrechamente relacionada con ellas, la dimensión de Burnout “cansancio emocional”. Los resultados del análisis bivalente y del análisis multinivel nos hacen pensar que la antigüedad en la plaza y el mayor tiempo trabajado, junto a un estilo de practica biomédico, favorecerían el desarrollo de insatisfacción laboral en el profesional y cansancio emocional en el equipo y, esta hipótesis ya ha sido expresada con anterioridad por otros autores, como se describe ampliamente en el apartado 3.2.5. Otra variable que desaparece en el segundo modelo (excluyendo los 15 médicos) es la actividad docente manifestada por la presencia de un MIR3 en la consulta. Desconocemos el origen de este resultado, la investigación sobre los efectos de compartir la consulta con un MIR muestra resultados contradictorios en cuanto a las consecuencias sobre la utilización, aunque parece que mas elevados niveles de incertidumbre y menor capacidad resolutive del MIR al comienzo de su actividad asistencial podría incrementar la frecuentación a partir de un incremento de la demanda inducida, sin embargo, la condición de tutor ha sido una variable asociada significativamente una menor utilización global de recursos en atención primaria.

La variable que mantuvo el mayor peso explicativo en los dos modelos fue la “Demanda Inducida”, peso que también mantiene en el modelo obtenido por el análisis multinivel. A continuación las variables referidas al número de hipertensos y diabéticos en el cupo, tamaño del cupo, la dimensión de la escala de Clima Organizacional “percepción de fracaso-deseo de huída”, la dimensión de burnout “cansancio emocional y la mayor “tensión profesional médico y de enfermería, muestran la importancia del trabajo en equipo en la mayor utilización de las consultas, como ya ha sido expresado por otros autores (*Jansson A et al., 1992;Hudson B, 2002*).

El “compartir la consulta” en misma jornada laboral con otros profesionales del equipo también induce a pensar en la importancia de unas condiciones adecuadas en el ejercicio de la actividad asistencial y la organización de la consulta. Este podría ser un factor organizativo que de corregirse, reduciría la utilización de las consultas.

Por último la “Escala de Organización Administrativa”, como indicador de la capacidad de gestión de la consulta del médico, ha mostrado su significación en el modelo, aunque con un peso inferior a otras variables del profesional y del equipo. La organización administrativa de recetas repetidas y partes de confirmación de Incapacidad laboral, podrían ser factores modificables sobre las cuales intervenir para reducir la utilización administrativa de las consultas de atención primaria. La necesidad de personal administrativo de apoyo en la gestión de la consulta ya ha sido sugerido en la bibliografía (*Groenewegen PP y Hutten JB, 1995; Hurley J et al., 1996*), y sería una mejora de consecuencias muy positivas en la gestión de la consulta y en una mayor rentabilidad del tiempo del profesional medico.

2.4.2. DEL ANÁLISIS MULTINIVEL: REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE DE EFECTOS MIXTOS

El análisis multinivel nos ha permitido conocer la variabilidad explicada por cada factor dentro del nivel jerárquico al que pertenecen, el profesional con su micro-organización y la organización del centro de salud. El modelo desarrollado ha logrado explicar el 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria; de ella, el 60% corresponde a los factores del médico y el 40% a los factores del centro de salud. Los modelos construidos hasta ahora solo habían logrado explicar un 41% de la utilización, debido en parte al avance que han supuesto la aplicación de métodos estadísticos mas complejos como los modelos de regresión multinivel y, en parte, a la utilización de un número mayor de variables, que pudieran recoger aspectos no incluidos hasta ahora en los estudios sobre utilización de servicios. A su vez, esto podría explicar el peso de algunos factores, como la demanda inducida o el Burnout.

Fueron exploradas las posibles interacciones entre las variables de ambos niveles ante la posibilidad de que pudieran modificar la estimación del efecto producido, sin embargo no se obtuvo significación en ninguna de ellas.

Entre los factores del nivel profesional, la demanda inducida es la que obtiene mayor poder explicativo en el modelo. Muchas variables se encuentran en la interfase profesional-organización-usuario, y por esta razón se comportan como predictoras en ambos niveles; es decir, explican la utilización desde el nivel individual del profesional y desde el nivel grupal del centro de salud o el

equipo. En este grupo se encuentra la variable con mayor poder predictivo del modelo: la demanda inducida por el profesional individualmente, pero también la demanda inducida global del centro de salud, como organización y como equipo. Determinadas actitudes, normas y sistemas de organización propios del centro generan procesos para la resolución de situaciones de los pacientes (tomas de muestras, curas, entrega de recetas o partes, etc.) que, en ocasiones, son complejos (pacientes pluripatológicos, demandas clínicas y administrativas conjuntas, etc.) y que pueden inducir visitas innecesarias o ineficaces. Desde una perspectiva de evaluación de la calidad, un estudio de los “mapas de flujo” de los pacientes ayudaría a clarificar procesos complejos, identificando obstáculos, pérdidas de tiempo o energía, retrasos, escasa capacidad de adaptación a situaciones nuevas y resultado final.

El conocimiento de la Demanda Inducida por parte el profesional, podría permitir al médico tomar medidas para obtener un mayor control del uso de su consulta. Y los cambios organizativos de la consulta y el centro de salud y la formación del profesional en aspectos concretos como la reducción de la demanda inducida o el abordaje psicosocial, podría reducir la presión asistencial de las consultas de atención primaria.

La “frecuentación media del centro de salud” es otro factor que presenta su poder predictivo en la utilización como variable del equipo, aunque no la individual de cada profesional. Este resultado podría hacernos pensar en la importancia del comportamiento de todo el equipo, en los circuitos organizativos y de gestión del centro como moduladores de los comportamientos individuales de los profesionales que lo integran. Es decir, que existirían condicionantes por encima de la actividad de cada profesional que influyeran significativamente en la utilización de cada médico.

Las implicaciones de estos resultados en la práctica pueden ser de gran interés, puesto que las medidas para reducir la utilización podrían centrarse de forma más eficiente en el equipo globalmente, como alternativa a la intervención individual.

Por otra parte, “el cansancio emocional del equipo”, y no tanto el individual del profesional, es una variable que puede sugerir la importancia de cuidar, junto a los aspectos de organización asistencial, los aspectos de las relaciones entre los miembros y el clima laboral del equipo, para mejorar la utilización de las consultas.

Una de las limitaciones más importantes de nuestro estudio reside en la ausencia de los factores del Nivel 3, el usuario, que indudablemente aportarían al modelo una información necesaria para ajustar de forma más precisa su poder explicativo. En todo caso, el modelo con dos niveles aporta una explicación de relevancia, teniendo en cuenta que sobre ellos no existe el conocimiento previo aportado por la investigación que sí puede encontrarse sobre el usuario en la literatura. Aún así, las variables relacionadas con las características del cupo (edad-morbilidad) y su elevado poder explicativo en nuestro modelo de utilización, hacen referencia directamente a factores del usuario que ya han mostrado su importancia en todos los estudios que abordan este nivel (*Bellón JA; 1998; De Boer et al., 1997; Orueta, JF, 1999; Savageau JA et al., 2006*). El estudio multinivel sobre factores del usuario a partir de los Grupos de Atención Ambulatoria (GAA), más conocidos como ACGs, basados en la clasificación de la morbilidad ajustada por edad y sexo; y del profesional a partir exclusivamente de la edad, sexo, tiempo medio de consulta y cargo que ocupa, consiguieron explicar hasta un 49% de la variabilidad observada para el número de visitas, correspondiendo un 93% al usuario y un 7% al profesional (*Prados A, 1996; Bolaños MV et al., 2002*). El reducido número de variables del médico utilizadas no contemplaron aspectos de la perfil profesional ni de gestión de la consulta, que consideramos de gran interés para valorar el peso de este nivel, sin embargo, si resulta de gran relevancia el peso de la morbilidad por sí sola entre los factores del usuario.

Por último, mejorar el factor organizativo del centro de salud en los aspectos comentados en los párrafos anteriores reduciría la utilización de las consultas de los médicos hasta en un 20%, independientemente de lo que se pudiera reducir interviniendo sobre el nivel médico, que podría llegar al 40%. Estas cifras serían de máximos y no reales, ya que la probabilidad de modificar un factor dependería, entre otras cosas, de su vulnerabilidad y de la interacción con los restantes factores. Dentro de los factores explicativos de cada nivel, habría algunos factores no modificable (ej: edad del médico), mientras que otros podrían ser altamente vulnerables (ej: la organización administrativa de la consulta). En definitiva, nuestros resultados nos hacen reflexionar sobre la importancia de cambiar la organización de los centros de salud, a la vez que modificamos prácticas profesionales.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos, y como respuesta a los objetivos planteados en el proyecto de Tesis Doctoral, se desprenden las siguientes conclusiones:

1. Como respuesta al objetivo general, se ha conseguido diseñar un modelo explicativo multinivel que permite explicar el 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas médicas de atención primaria, a partir de factores del profesional y la organización. En este modelo, las variables dependientes del médico y la organización de su consulta son responsables del 60% de la variabilidad total explicada por el modelo, mientras que el 40% restante depende de las variables propias del centro de salud y su organización. En particular, la variable con mayor poder predictivo del modelo fue la demanda inducida, tanto de forma individual por parte del profesional, como globalmente, por el equipo de atención primaria.

2. En relación con el objetivo intermedio, se ha obtenido una escala de Demanda Inducida por el profesional con buenos coeficientes de validez factorial, convergente y discriminante. También fueron óptimos los coeficientes de fiabilidad test-retest y de consistencia interna.

3. En cuanto a los objetivos específicos definidos, las conclusiones más relevantes se resumen en los siguientes puntos:

3.1. Hay dos variables que fueron significativas y relevantes en ambos niveles del modelo, médico y centro de salud: la ya mencionada demanda inducida por el profesional y el número de pacientes mayores de 64 años incluidos en el cupo.

3.2. Dentro de las variables relativas al médico, y junto a la demanda inducida individualmente por éste, se pudo apreciar que un mayor grado de insatisfacción profesional se asoció con una mayor utilización. Por otra parte, el mayor tamaño del cupo fue una de las variables predictoras de una utilización mas elevada, aunque la estructura del cupo, medida a partir del número de pacientes mayores de 64 años y del número de diabéticos e hipertensos incluidos, obtuvo una mayor capacidad explicativa que el tamaño del cupo *per se*.

3.3. Con respecto las variables propias de la organización de la consulta, es reseñable la asociación de la utilización con la organización administrativa de recetas repetidas y partes de confirmación de Incapacidad Laboral. Igualmente, la mayor frecuencia en las visitas de comerciales de la industria farmacéutica a los médicos de familia también se relacionó con un incremento en la utilización de las consultas. Por otra parte, el compartir la consulta con otros profesionales en la misma jornada laboral y la mayor tensión entre los profesionales médicos y de enfermería, se asoció con una utilización de las consultas más elevada.

3.4. Por último, entre las variables del equipo de atención primaria y el Centro de Salud asociadas a una mayor utilización, debe resaltarse la ya mencionada demanda inducida por el equipo, junto al cansancio emocional de éste y la frecuentación media del centro de salud.

BIBLIOGRAFIA

ABANADES JC, CABEDO V, CUNILLERA R, GARCIA JJ, JOLIN L, MARTIN M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. Documentos semFYC nº 9 1997

ACAMER F, LOPEZ C, LOPEZ-TORRES J. Work satisfaction of health personnel in primary care. Aten Primaria 1997 Nov 15;20(8):401-7.

ADAY LA. Economic and non economic barriers to the use of needed medical services. Med Care 1975;13:447-56.

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCIA. Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Junio 2006. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/portalCalidad/SERVICIOS/Acreditacion/Programas/Profesionales/ap.pdf>

AGREDA J, DIEZ J, EXTRAMIANA E, EXTREMERA, INDURAIN S, LOAYSSA JR. Demanda de consultas médicas de atención primaria en Navarra. Aten Primaria 1995;16:125-30.

ALASTRUE J, MENEU R, PEIRO S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y eficiencia de la prescripción. Aten Primaria 1998;3:165-171

ALBERDI-ORDIOZOLA JC, SAEZ-BAJO N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas de atención especializada en la Comunidad de Madrid. Aten Primaria 2006;37(5):253-259.

ALMENAR F, MARTI JF, MARTINEZ MJ, GRACIA C, PALOMAR A, POREAR F. Utilización de los servicios de medicina general de la seguridad social en la comunidad autónoma Valenciana. Aten Primaria 1986; 3:59-66.

ALTISENT R. La relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de familia. Aten Primaria 2003;32(2):106-109

ALVARZ E, FERNANDEZ L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional I: Revisión de estudios. *Rev Esp Neuropsiquiatría* 1991; 11(39):257-265

ALVARZ E, FERNANDEZ L (a). El síndrome de Burnout o el desgaste profesional II: Estudio Empírico de los profesionales gallegos. *Rev Esp Neuropsiquiatría* 1991; 11(39):257-265

ANDERSEN R, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973;51:95-124.

ANDERSEN AS, LAAKE P. A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian data. *Med Care* 1987;25:300-310.

ANDERSEN RM. Revisiting the behavior model and access to medical care: does it matter?. *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10

ANDERSSON SO, FERRY S, MATTSSON B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scan J Prim Health Care* 1993;11:61-7.

ANDERSSON SO, LYNOE N, HALLGREN CG, NILSSON M. Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? Repeat studies of attendance pattern at the family practitioners.. *Scan J Prim Health Care* 2004;22(2):91-4.

ANNIS S. Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. *Soc Sci Med* 1981;15:515-23.

ANTONOVSKY H, MAOZ B, PILPEL D. Personal and health factors associated with frequency of visits to the primary care clinic. *Fam Pract* 1989;6:182-7.

ANTOÑANZAS F. La hipótesis de la inducción de demandad de cuidados sanitarios: comentarios referentes al sistema sanitario Español. En: *Planificación, gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario. VII Jornadas de economía de la salud. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía* (8). 1988:273-84.

ARANAZ J, MIRA J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hospital* 1988;52:63-66

ARGIMON JM, COMIN E, PERAY JL. Programación en atención primaria. En: Martín Zurro A. *Atención primaria, concepto organización y práctica clínica*. Barcelona: Harcout; 1999.p. 245-257

ARGIMON JM, JIMÉNEZ J (a). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 2ª ed. Barcelona: Harcout; 1999.p.155-175

ARMSTRONG D, GLANVILLE T, BAILEY E, O'KEEFE G. Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *Br J Gen Pract* 1990;40:241-2.

ARNAU JM. Medidas de contención del gasto farmacéutico e indicadores de calidad en el uso de medicamentos: ¿prescribir menos o prescribir mejor?. *Aten Primaria* 1994;13:155-158

ARREDONDO A, MELENDEZ V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Mex* 1992;34:36-49.

ARRIZABALAGA P, VALLS-LLOBET C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin* 2005;125:103-107

ARROYO E, AUQUER F, BUÑUEL JC, RUBIO ML, ADALID C, CORDON F, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22(10):627-630

ASHBAUGH DG, MCKEAN RS. Continuing medical education. *JAMA* 1976;236:1485-8.

ASKEW D, CLAVARINO A, GLASZIOU P, Del Mar C. General practice research: attitudes and involvement of queensland general practitioners. *Med J Aust* 2002;177:74-77

AUBIN M, VEZINA L, FORTIN JP, BERNARD PM. Effectiveness of a program to improve hypertension screening in primary care. *CMAJ*. 1994 Feb 15;150(4):509-15.

AVIS NE, BRAMBILLA J, VASS K, MCKINLAY JB. The effect of widowhood on health: a prospective analysis from the Massachusetts women's health study. *Soc Sci Med* 1991;33:1063-70.

AZAGRA R, MENGUAL L, CALVET S, DE CASTRO C, SIMON C, MEDINA C. Demanda asistencial y sistemas de acceso en la atención primaria de salud. *Gac Sanit* 1992;6:212-15.

BACHMAN KH, FREEBORN. HMO physicians use of referrals. *Soc Sci Med* 1999;48:547-557

BAEZ K, AIARZAGUENA J, GRANDES G, PEDRERO E, ARANGUREN J, RETOLAZA A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract* 1998;48:1824-27

BAILEY J, KING N, NEWTON P. Applying the analytical framework: do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions?. *Fam Pract* 1994;11(1):9-14

BAILEY W, PHILLIPS DR. Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica. *Soc Sci Med* 1990;30:1-12.

BALAJARAN R, YUEN P, RALEIGH VS. Ethnic differences in general practitioner consultations. *Br Med J* 1989;299:958-60.

BALLESTEROS AM, SATURNO P, ORTEGA P, MINGUEZ R, MOLINA F, MARTINEZ MT et al. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1996; 18(4):156-175

BARRETT-CONNOR E. Infectious and chronic diseases epidemiology: Separate and unequal? *Am J Epidemiol* 1997; 109: 249.

BARSKY AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981;94(part 1):492-498.

BARSKY AJ, CLEARY PD, KLERMAN GL. Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Soc Sci Med* 1992;34:1147-54.

BARSKY AJ, BORUS JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995;274:1931-1934

BARSKY AJ, ORAV EJ, BATES DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:903-10

BASHSHUR RL, SHANNON GW, METZNER A. Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Serv Res* 1981;6:61-75.

BASS C. The frequent attender in general practice. *UPDATE* 1990;March:494-501.

BASS MJ, BUCK C, TURNER L, DICKIE G, PRATT G, ROBINSON HC. Physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract* 1986;23:43-7.

BEACH MC, INUI T. Relationship-centred care. *J Gen Int Med* 2006;2151:53-58

BECK RG, HORNE JM.

Utilization of public insured health services in Saskatchewan before, during and after co-payment. *Med Care* 1980;18:787-98.

BECKER MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-508.

BECKER MH, DRACHMAN RH, KIRSCHT JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Publ Hlth* 1974;64:205-76.

BECKER MH, MAIWAM LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980;6:113-35.

BELAND F. Conceptualizing the utilization of ambulatory medical care as a process. *Med Care* 1988;26:115-23.

BELLOCH SL, RENOVELL V, CALABUIG JR, GÓMEZ L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000;1:118-122.

BELLON JA, HERNANDO I, TABOADA P, ANTOLIN H. Multivariant study of predisposition and need factors on the use services in a Health Centre. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine / General Practice. Barcelona. 1990:62.

BELLON JA. La consulta del Médico de Familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid. I.M & C. 1993;275-86.

BELLON JA (b). La consulta del médico de familia: Cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo FJ. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid. I.M. & C. 1993;287-94.

BELLON JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P, CHAVES JB. Evaluación del sesgo de memoria en los estudios de utilización por encuesta. Escuela Andaluza de Salud Pública. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. 1994:3-4.

BELLON JA(a), DELGADO A, LUNA JD, PANADERO A, COSTAS T, SANCHEZ F. Perfil del paciente utilizador de avisos domiciliarios urgentes. VI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz. 1994:167.

BELLON JA. Modelo explicativo de la hiperutilización en atención primaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 1995

BELLÓN JA(a), MOLINA F, PANADERO A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Prim* 1995; 15: 439-444.

BELLON JA(b), DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Influencia de la edad y el sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. Gac Sanit 1995;9:343-

BELLÓN JA, MARTÍNEZ B, ROSALES E. Evaluación de una consulta programada de salud mental en atención primaria: cinco años de experiencia. VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Granada. 1996:371.

BELLÓN JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria 1997;3:108-129.

BELLÓN JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo FJ. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (2ª ed.). Madrid. I M & C.1997: 252-258.

BELLÓN JA. Como reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento: (I) estrategias con el usuario. Revista [c@p](http://www.semFYC.es).1998 /www. semfyc.es

BELLON JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Phicosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psychol Med 1999; 29:1347-1357

BELLÓN JA, LARDELLI P, LUNA JD, DELGADO A. Validity of self-reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. J Epidemiol Com Health 2000;54:544-652.

BELLÓN JA, FERNANDEZ-ASENSIO ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. Patient Educ Couns 2002; 48(1):33-41.

BELLÓN JA. Problemas Psicosociales. En: SEMFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. (2ª edición).Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC. Barcelona 2002:267-271.

BELLON JA. Abordaje Psicosocial en la Medicina de Familia: Presente y Futuro. Documentos de apoyo bibliográfico del Curso Gestión de la Demanda en Atención Primaria. 2003.

BELLÓN JA, MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, DELGADO A, LUNA JD, LOPEZ LA, LARDELLI P. Validity and reliability of questionnaire of demand induced by GP. 11th Conference of the European Society of General Practice/ Family Medicine. Kos Island: WONKA Europe 2005: Book of abstract. Pgs 257-258

BELLÓN JA. Demanda Inducida por el proveedor: Aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Aten Primaria 2006;38(5):293-298

BENAVIDES FG, GARCIA AM, SAEZ-LLORET I, LIBRERO J. Unemployment and health in Spain. The influence of socio-economic environment. Public Health 1994;4:103-7.

BENZENT N, CHRISTIANSEN T, PEDERSEN KM. Self-care within a model for demand for medical care. Soc Sci Med 1989;29:185-93.

BERRA S, WLORZA JM, BARTOMEU N, HUSMANN S, SERRA-SUTTON V, RAJMIL L. Necesidades de salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Barcelona: Agencia d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguritat social. Generalitat de Catalunya; 2004. Disponible en:
<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401es.pdf>

BERK ML, TAYLOR AK. Women and divorce: health insurance coverage, utilization, and health care expenditures. Am J Publ Health 1984;74:1276-8.

BERKANOVIC E, TELESKY C, REEDER S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. Med Care 1981;19:693-709.

BERKANOVIC E, TELESKY C. Mexican-American, black-American, and white-American differences in reporting illness, disability and the seeking of health care for illness. Soc Sci Med 1985;20:567-74.

BERTAKIS KD, CALLAHAN EJ, HELMS LJ, AZARI R, ROBBINS JA, MILLER J. Physician practice styles and patient outcomes. Differences between family practice and general internal medicine. *Med Care* 1998;36:879-891.

BIRCH S. Item of service remuneration in general practice in UK: What can we learn from dentist?. *Fam Pract* 1988;5(4):265-270

BIRTHWHISTLE RV, GODWIN MS, DELVA MD, CASSON RI, LAM M, MACDONALD SE, et al. Randomiser equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328:2004-6.

BLUMENTHAL MD, CAUSINO N, CHANG Y, CULPEPPER L, MARDER W, SAGLAM D, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999; 48(4):264-271

BOAZ RF, MULLER CF. Does having more time after retirement changes the demand for physician services?. *Med Care* 1989;27:1-15.

BOERMA WGW, VAN DEN BRINK-MUINEN A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe. *Med Care* 2000;38:993-1002

BOERMA WGW, GROENEWEGEN PP, VAN DER ZEE J. General practice in urban and rural Europe: The range and curative services. *Soc Sci Med* 1998; 47(4):445-453.

BOJA. Resolución 31 julio 2006. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud. Junta de Andalucía. Carrera profesional 2006. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>

BOLAÑOS MV, OCAÑA R, PRADOS A: Variations in health services utilization by primary care patient. *Health Serv Manage Res* 2002; 15:116-125

BONAL P. Factores influenciadores del médico. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria (7). Barcelona. Ed Doyma. 1991:29-37.

BORENSTEIN M, ROTHSTEIN H, COHEN J. Sample Power 1.0. Proportions in two independent groups. SPSS Inc. Chicago. 1997: 81-91.

BORGQUIST L, HANSSON L, NETTEBLADT P, NORDSTROM G, LINDELOW G. Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. Psychol Med 1993;23:763-70.

BORRELL I CARRIÓ F. Recetar sin recetas: Cuadernos de Gestión 1996;2(2):95-100.

BORRELL I CARRIÓ F. Manual de entrevista clínica. Masson; Barcelona 1989.

BORRELL I CARRIÓ F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria 2001;27(5):343-345.

BORRELL I CARRIÓ F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas. SEMFYC ediciones Doyma. Barcelona 2004.

BORRITZ M, RUGUILES R, CHRISTENSEN KB, VILLADSEN E, KRISTENSEN TS. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up the PUMA study. Occup Environ Med 2006;63(2):89-106.

BOWLING A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. Family Practice 1991;8:68-83.

BOWER P; CAMPBELL S; BOJKE C; SIBBALD B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. Qual Saf Health Care 2003; 12:273-279.

BRANCH L, JETTE A, EVASHWICK C, POLANSKY M, ROWE G, DIEHR P. Toward understanding elders' health service utilization. J Community Health 1981;7:80-92.

BRILL PL. The need for a operational definition of burnout. *Fam Community Health* 1984;6(4):12-24

BRITTEN N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract*. 1994 Oct;44(387):465-8.

BROTONS C, BJORKELUND C, BLUC M, CIURANA R, GODCKI-CWIRKO M, JURGOVA E, KLOPPE P, LIONIS C, MIERZECKI A, PINEIRO R, PULLERITS L, SAMMUT MR, SHEEHAN M, TARTARADZE R, THIREOS EA, VUCHAK J. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40(5):595-601.

BROWN A, ARMTRONG D. Telephone consultations in general practice: An additional or alternative service?. *Br J Gen Pract* 1995;45:673-675.

BROWNE GB, HUMPHREY B, PALLISTER R, BROWNE JA, SHETZER L. Prevalence and characteristics of frequent attenders in a prepaid Canadian family practice. *J Fam Pract* 1982;14:63-71.

BROYLES RW, MANGA P, BINDER DA, DANGUS DE, CHARETTE A. The use of physician services under a National Health Insurance Scheme. An examination of the Canada Health Survey. *Med Care* 1983;21:1037-54.

BRUGOS A, GULLEN F, MALLOR F, FERNANDEZ C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por paciente. *Aten Primaria* 2003; 32(1):23-29

BUKLEY D, LOWER T. Factors influencing the utilisation of health services by rural men. *Aust Health Rev* 2002;25(2):11-15

BRUUSGAARD D, HORNES SA, NILSSON D. Health service consumption and parent reported episodes of illness in children 0-3 years. *Scan J Prim Health Care* 1993;11:147-50.

BUSH PJ, IANNOTTI RJ. A Children's health belief model. *Med Care* 1990;28:69-86.

CABALLERO MA, BERMEJO F, NIETO R, CABALLERO F. Prevalencia de factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27(5):313-317

CABEDO VR, POVEDA JL, TEJEDO MJ. Perfil de los médicos de atención primaria en un área de salud: Un análisis de clusters. *Aten Primaria* 1996;18(4):221-224

CABEDO V., CUNILLERA R, GARCIA JJ, JOLIN L, MARTÍN M, PRADOS S et al: Factores que influyen en la prescripción farmacológica del medico de atención primaria. Documentos semFYC nº9. Barcelona. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1997

CAFFERATA GL. Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons. *J Gerontol* 1987;42:613-23.

CHRISTIANSEN MB, CHRISTIANSEN B, MORTENSEN JT, OLESEN F. Intervention among frequent attenders of an out-of hours service: a stratified cluster randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:180-6.

CALNAN M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988;27:579-586

CALNAN M.GROENEWEGEN PP, HUTTEN J. professional reimbursement and managenet of time in general practice an international comapartion. *Soc Scen Med* 1992;35(2):209-216

CALLAHAN EJ, STANGE KC, BERTAKIS KD, ZYZANSKI SJ, ARAZI R, FLOCKE SA. Does time outpatient residency training reflect community. *Fam Med* 2003;35(6):423-427

CAMI J, SUÑEN E, CARBO JM, COMA L. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud (1994-2000. Informe del Instituto Carlos III: Fondo de Investigación sanitaria, 2002. Disponible En: www.isiii.es/fis/mapa/index.htm

CAMPBELL SM, ROLAND MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996;13:75-83.

CAMPBELL SM; HANN M; HACKER J; BURNS C; OLIVER D; THAPAR A et al. Identifying predictors of high care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:1-6

CAMPBELL TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Systems Med* 1986;4:135-200.

CAPE J, BARKER C, BUSZEWICZ M, PISTRANG N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 313-318.

CAPE J. Consultation length, patient estimated consultation length and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 2002;52:1004-1006

CAR J. SHEIKH A .Telephone consultations. *Br Med J* 2003; 326:966-970

CARBONE LA, BARSKY AJ, ORAV EJ, FIFE A et al. Psychiatric symptoms and medical utilization in primary care patients. *Psychosomatics* 2000;41(6):512-521

CARLSEN F, GRYTTE J. More physician: improved availability or induced demand?. *Health Econ* 1998; 7(6):495-508

CARNEY T. Ethnic population and general practitioner workload. *Br Med J* 1989;299:930-1.

CARR J, SHEIKH A. Telephone consultations. *BMJ* 2003;326(7396):966-970

CARR JZ, SCHMIDT AM, FORD JK; DeSHON RP. Climate perceptions matter: A path analysis relating molar climate, cognitive and affective states, and individual level work outcomes. *J Applied Psychology* 2003; 88:605-619

CARROLI G, VILLAR J, PIAGGIO G, KHAN-NEELOFUR D, GULMEZOGLU M, MUGFORD M ET AL. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357:1565-70.

CARSON J, NORRIS G, HAWORTH R. The difficult patient. *The Practitioner* 1993;237:313-17.

CASAJUANA J, ALONSO F, ARACIL J, BARRIOS L, CARMENADO T, GÉRVAS J et al. Grupo semFYC-SEMERGEN.. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Ed. SemFYC-SEMERGEN. Barcelona. 1996.

CASAJUANA J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutive. *Quaderns CAPS* 1998;27:57-60

CASAJUANA J. 10 minutos: los gozos y las sombras. *FMC* 2004;11(8):476-481

CASAJUANA J, BELLON JA. La gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

CASAS J, REPULLO JR, DONADO J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico (I). *Aten Primaria* 2003;31(8):527-538

CASAS J, REPULLO JR, DONADO J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico (II). *Aten Primaria* 2003;31(9):592-600.

CATALÁN RAMOS A, MADRIDEJOS MORA R, FONT I POUS M, PANE MENA O, JIMÉNEZ VILLA J, HUGUET RECASENS M. Factores asociados a la prescripción de medicamentos. *Gac Sanit* 1989; 3(14):497-501

CATALAN-REYES MJ, GALINDO-VILLARDON MP. Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria. *Gac Sanit* 2003;17(supl 3):35-52

CEVALLOS C, GARRIDO S, LOPEZ MA, CERVERA E, ESTIRADO A. Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Aten Primaria* 2004;34(10):520-527

CHARLES J, BIRTT H, VALENTE L. The independent effect of age of general practitioner on clinical practice. *Med J Aus* 2006;185(2):105

CEBRIÁ J, SEGURA J, CORBELLA S, SOS P, COMAS O, GARCIA M et al. Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001; 27(7):459-468

CEBRIA J. El Burnout como fracaso de los recursos de adaptación internos. *Dimens Hum* 2002;6(1):21-26

CEBRIÁ J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria* 2003;31(9):564-574

CEBRIÁN H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería?. *Aten Primaria* 2001; 28 (supl 1): 45-6.

CHARLES J, BRITT H, VALENTI L. The independent effect of age of general practitioner on clinical practice. *MJA* 2006;185(2):105-117

CHEW M, WILLIAMS A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfactions: is the satisfied GP an oxymoron?. *Med J Aust* 2001;175:85-96

CLAUSSEN B. A clinical follow-up of unemployed I: life-style, diagnosis, treatment and re-employment. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:211-8.

CLEARY PD, JETTE AM. The validity of self-reported physician utilization measures. *Med Care* 1984;22:796-803.

COE RM. La respuesta a la enfermedad. En: Coe RM. *Sociología de la medicina*. Madrid. Ed. Alianza Universidad. 1984:111-41.

COLLINS E, KLEIN R. Equity and de NHS: self-reported morbidity, access and primary care. *Br Med J* 1980;281:111-5.

CONNELLY JE, PHILBRICK JT, SMITH GR, KAISER DL, WYMER A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989;22:S99-S109.

CONNELLY JE, SMITH GR, PHILBRICK JT, KAISER DL. Healthy patient who perceive poor health and their use of primary care services. *J Gen Intern Med* 1991;6:47-51.

CONROY MB, MAJCHZAK NE, SILVERMAN CB, CHAN Y, REGAN S, SCHNEIDER LI, RIGOTTI NA. Measuring provider adherence to tobacco treatment guidelines: a comparison of electronic medical record review, patient survey and provider survey. *Nicotine Tob Res* 2005;Suppl 1:S35-43.

CONSEJERIA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCIA. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla 2001

CONSEJERIA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCIA. Memoria estadística de la Consejería de Salud 2001. Sevilla 2002. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/Estadisticas/memoria/memoria2002.pdf>

COOK DG, MORRIS JK, WALKER M, SHAPER AG. Consultation rates among middle aged men in general practice over three years. *Br Med J* 1990;301:647-50.

COOPER C. Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *Br Med J* 1989;2948:366-370

CORNEY RH, STRATHDEE G, HIGGS R, KING M, WILLIAMS P, SHARP D, PELOSI AJ. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38:349 -52.

CORTES J, MARTIN J, MORENTE M, CABOBLANCO M, GARIJO J, RODRÍGUEZ A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003;32(5):288-95.

CORTES JA, PEÑALVER C, ALONSO J, ARROYO A, GONZALVEZ L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Aten Primaria* 1993;11:127-32.

CORTES JA, COSTA P, RAMOS R, FERNANDEZ I, BATLLE C. ¿Es posible la desmasificación de las consultas? impacto de la transformación de una consulta de cupo en consulta de atención primaria. *Centros de Salud* 1994;2:555-7.

COUNTE MA, GLANDON GL. A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. *Med Care* 1991;29:348-61.

COYLE SL(a). Physician-Industry relations.Part1:Individual physician. *Ann Intern Med* 2002; 136(5):396-402.

COYLE SL(b). Physician-Industry relations. Part 2:Organizational Issues. *Ann Intern Med* 2002; 136(5):403-406.

CRAVEN MA, ALLEN CJ, KATES N. Community resources for psychiatric and psychosocial problems. Family physicians' referral patterns in urban Ontario. *Can Fam Physician* 1995;41:1325-34.

CUMMINGS KM, BECKER MH, MAILE MC. Bringing the models together: An empirical approach to combining variables used to explain health actions. *Journal of Behavioural Medicine* 1980;3:123-45.

CZAJAR, McFALL SL, WARNECKE RB, FORD L, KALAZNY AD. Preferences of community physician for cancer screening guidelines. *Ann Int Med* 1994;120:602-608

D'ARACY C, SIDDIGE C. Unemployment and health: an analysis of 'Canada Health Survey' data. *Int J Health Serv* 1985;15:609-35.

DAUGIRD AJ, SPENCER DC. Characteristics of patient who highly utilize telephone medical care in a private practice. *J Fam Pract* 1989;29:59-64.

DAVIS P, GIBBEN B, SCOTT A, LAY-YEE R. The “supply hypothesis” and medical practice variation in primary care: testing economic end clinical models of inter-practitioner variation. *Soc Sci Med* 2000;50(3):407-418

DEB P, TRIVED PK. The structure of demand for health care: latent class versus two part models. *J Health Econ* 2002;21:601-625

DE BOER A, WIJCKER W, DE HAES H. Predictor of health care utilisation in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy* 1997;42:101-15.

DEAN KJ, HOLTS E, WAGNER MG. Self-care of common illness in Denmark. *Med Care* 1983;21:1012-32.

DE JAEGHER K, JEGERS M. The physician-patient relationship as a game of strategic information transmission. *Health Econ* 2001;10(7):651-668

DE LA REVILLA L, ARANDA JM, LUNA JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de las consultas médicas. *Aten Primaria* 1987;4:472-80.

DE LA REVILLA L. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona. Doyma. 1991.

DE LA REVILLA L. La consulta del Médico de Familia: la organización en la práctica diaria. Madrid : CEA; 1992

DE LA REVILLA L, DE LOS RIOS AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13:73-40.

DELGADO A. La satisfacción de los usuarios en los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1990.

DELGADO A, LOPEZ LA, LUNA JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800.

DELGADO A, MARIN I, REYES MC, HERRERO C, HAZAÑA MP. El perfil del médico y la calidad asistencial. IX Jornadas de salud pública y administración sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1994:48.

DELGADO A (b). Población censal o consultante. ¿A quién dirigir nuestros esfuerzos?. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1994;1:183-6.

DELGADO A, MARTINEZ-CAÑAVATE T, GARCÍA V, FRIAS J, RUEDA T, MORATA J. Preferencias y estereotipos de los pacientes sobre el género del médico. Aten Primaria. 1999; 23:268-274

DELGADO A, LOPEZ FERNANDEZ LA, LUNA JD. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. Aten Primaria 2001;28(4):219-226

DELGADO A, LOPEZ FERNANDEZ LA. Práctica profesional y género en atención primaria. Gac Sanit 2004;18:112-117

DELGADO A, BELLON JA, MARTINEZ-CAÑAVATE MT, LUNA JD, LOPEZ LA, LARDELLI P. Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. Aten Primaria 2006;37(9):489-497

DELGADO M, LLORCA J. Estudios longitudinales: concepto y particularidades. Rev Esp Salud Pública 2004;78:141-8

DELGADO R. La variabilidad de la práctica clínica. Rev Calidad Asistencial 1996;11:177-183

Del Mar CB, FREEMAN GK, VAN WEL C. "Only GP"?: is the solution to the general practice crisis intellectual?. Med J Aus 2003;179(1):26-29

DENIG P, HAAIJER-RUSKAMP FM. Do physicians take cost into account when making prescribing decisions?. Pharmaco Economics 1995;8:282-290

DE LAS CUEVAS C, DE LA FUENTE JA, ALVIANA M, RUIZ-BENITEZ A. Desgaste profesional y clima laboral en atención primaria. Boletín Factores Humanos Telefónica 1995. Disponible en: http://www.tid.es/documentos/boletin/numero8-9_7.pdf.

DE PABLO R, SUBERVIOLA JF. Prevalencia del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22(9):580-584.

DE PABLO R. ¿Se puede prevenir el síndrome de Burnout en atención primaria?. *Dimens Hum* 2002;6(1):27-32.

DeSALVO KB, BOWDISH BE, ALPER AS, GRSSMAN DM, MERRILL WW. Physician practice variation in assignment of return interval. *Arch Int Med* 2000; 160(2):205-211.

DeSALVO KB, BLOCK JP, MUNTNER P, MERRILL W. Predictors of variation in office visit interval assignment. *Int J Qual Health Care* 2003;15(5):399-405.

DeSMET PA, DAUTZENBERG M. Repeat prescribing: scale, problems and quality management in ambulatory care patient. *Drugs* 2004;64(16):1779_1800.

DEVEUGELE M, DERESE E, VAN DE BRINK-MUINEN A, BENSING J, DE MAESNEER J. Consultation length: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;352:472-8.

DIEZ-ROUX AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:588-594.

DiMATTEO MR, SHERBOURNE CD, HAYS RD, ORDWAY L, KRAVITZ RL, McGLYNN EA et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychology* 1993;12:93-102.

DIRBYE LN, THOMAS MR, HUNTINGTON JL, LAWSON KL, NOVONY PJ, SLOAN JA, SHANAFELT TD. Personal life and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med* 2006;81(4):374-384.

DOELEMEN F. Improving communication between general practitioners and specialists. *Family Practice* 1987;4:176-182.

DOMENIGHETTI G, CASABIANCA A. Health care economics, uncertainty and physician-induced demand. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;125(42):1969-1979

DOMINGO A. Propuesta de un indicador de la 'clase social' basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1988;10:320-6.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica. En: Donabedian A. La definición de la calidad. Una exploración conceptual: Accesibilidad, continuidad y coordinación. México. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984:127-38.

DONALDSON C, GERARD K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:114-7.

DONALDSON LJ, HILL PM. The domiciliary consultation service: time to take stock. *Br Med J* 1991;302:449-51.

DOSSIER LF, WILENSKY GR. A re-examination of the use of physician services: the role of physician-initiated demand. *Inquiry* 1983;20:162-72

DOWRICK CF, BELLON JA. Depresión e hiperutilización de las consultas de atención primaria. *Aten primaria* 1998; 22(1):227

DOWRICK CF, BELLON JA, GOMEZ MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50:361-365.

DOWRICK CF, RING A, HUMPEHRIS GM, SALOMON P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: A functional typology. *Br J Gen Pract* 2004;54:165-170.

DUGDALE DC, EPSTEIN R, PANTILAT SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999;14(sup 1):534-540.

EARWIKER SC, WHYNES DK. General practitioners referral thresholds and choices of referral destination: an experimental study. *Health Econ* 1998;7:711-22.

EDWARDS N , KORMACKI J, SILVERSIN J. Unhappy doctors: What are the causes and can be done?. Br Med J 2002;324(7341):835-839.

EISENBERG JM, NICKLIN D. Use of diagnostic services by physician in community practice. Med Care 1981;19:297-312

EISENBERG JM. Physician utilization. the state of research about physicians' practice patterns. Med Care 1985;23:461-83.

EISENBERG JM. Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. Med Care 2002;40(11):1016-1035

EJELTSSON G, JANSSON AK. The district nurse and the district physician in health care teams. An analysis of the content of primary health care. Scan J Prim Health Care 1987;5(2):73-78

ELOVAINIO M, MAKEL M, SINERVO T, KIVIMAKI M, ECCLES M, KAHAN J. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. Scand J Public Health 2000;28:117-122

EPSTEIN RM. Communication between primary care physicians and consultants. Arch Fam Med 1995;4:403-409.

EPSTEIN RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas: Aten Primaria 2001;27(7):511-13.

EVASHWICK C, ROWE G, DIEHR P, BRANCH L. Factors explaining the use of health care services by elderly. Health Serv Res 1984;19:357-82.

EXTREMERA V, AGREDA J, EXTRAMIANA E, VILCHEZ C, LOAYSSA JR, INDURAIN S. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. Aten Primaria 1997;20(1):34-40

FARAGHER EB, CASS M, COOPER CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2005;62(2):105-112

FENNEMA K, MEYER DL, OWEN N. Sex physician. Patient preferences and stereotypes. *J Fam Pract* 1990;30:411-446

FERNANDEZ FM, GONZALEZ L, MORA G, NAVARRO M. El control de las listas de espera debe comenzar en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26(8):136-137

FERRIMAN ANNABEL. Doctors explain their unhappiness. *Br Med J* 2001;322:1197-8

FERRER JM. Revisión de la utilización en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP. [Tesis Doctoral] Barcelona 2003.

FIKELTEIN MM. Do factors other than need determine utilization of physician services in Ontario. *CMAJ*; 165(5):565-570

FISCELLA K, FRANKS P, CLANCY CM. Scepticism toward medical care and health care utilization. *Med Care* 1998; 36(2):180-189

FITCH-WARNER K, GARCÍA DE YÉBENES MJ, LÁZARO Y DE MERCADO P, BELAZA-SANTURDE J. Variabilidad entre comunidades autónomas en el uso de tres tecnologías cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol.* 2006;59:1232-43.

FLOCKE SA, STANGE KC, ZYZANSKI SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care.* 1998 Aug;36(8 Suppl):AS21-30.

FOREHAND GA, GILLIMER B. Environmental variations in studies of organizational climate. *Psychol Bull* 1964;6:361-382.

FORREST CB, MAJEED A, WEINER JP, CARROLL K, BINDMAN A. Comparison of specialist referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002;325(7360):370-372

FOSTER J, JSSOPP L, DALE J. Concern and confidence of general practitioners in providing telephone consultations. *Br J Gen Pract* 1999;49:111-113

FREEBORN DK, POPE CR, MULLOOLY JF, MCFARLAN BH. Consistently high users of medical care among the elderly. *Med Care* 1990;28:527-40.

FREEBORN DK, HOOKER RS, POPE CR. Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care. *Eval Health Prof* 2002;25(2):239-254

FREEMAN GK, OLESEN F, HJORTDAHL P. Continuity of care: an essential element of modern general practice?. *Fam Pract* 2003;20(6):623-627

FREEMAN GK, HORDER JP, HOWIE JGR, HUNGIN AP, HILL AP, SHAH N, WILSON A. Involving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002;324:880-882

FREIXA M, SALAFRANCA LL, GUARIDIA J, FERRER R, TURBANY J. Análisis exploratorio de datos: nuevas técnicas estadísticas. Barcelona. PPU. 1992

FREUDENBERGER H. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974;30: 159-165

FUSTE J, RUÉ M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria de Cataluña. Aplicación del análisis de niveles múltiples. *Gac Sanit* 2001;15(2):118-127

FYLKESNES K, FORDE OH. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992;35:271-9.

FYLKESNES K (a), JOHNSEN R, FORDE OH. The Tromso study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health & Illness* 1992;14:275-92.

GALAN S, DELGADO MT, ALTISENT R. análisis de la relación entre el medico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria* 2004;34(5):231-237.

GALLO FJ, ALTISENT R, DIEZ J, FERNÁNDEZ C, FOZ G, GRANADOS MI, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23:23-29.

GARCIA-FERRANDO M. La encuesta. En: García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad, 1993.

GARCIA M. Teoría de la organización. Conceptos generales sobre la organización. En: Gallo FJ. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: Ed I.M.& C. 1993:239- 49.

GARCIA MA et al: Adopción de los nuevos medicamentos por los médicos prescriptores. *El médico innovador*. *Aten Primaria* 2000; 25:22-28.

GARCIA L, ABRAIRA V, GERVA S, OTERO A, PÉREZ FERNÁNDEZ M. Variability in GPs' referral rates in Spain. *Family Practice* 1995;12:159-162.

GARCIA O, GENE J, PARELLADA N. Ley del “cuidado inverso” en la detección de la hipertensión arterial y el tabaquismo. *Aten Primaria* 1992;9:496-498.

GARCÍA-SEMPERE A Y PEIRÓ S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001; 15:32-40.

GARR DR, RHYNE RL. Primary care and the community. *J Fam Pract* 1998;46(4):291-292.

GEERTSEN R, KLAUBER M, RINDFLESH M. A re-examination of Suchman's views on social factors in health care utilization. *J Health Soc Behav* 1975; 16:226-37.

GENE J, PLANES A, BERRAONDO I, GORROÑOGOITIA A, PALACIOS JJ, SEVILLA E, et al. Grupo de Trabajo SEMFYC-Copago . Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. Documentos SEMFYC nº 14. 2000.

GENE-BADIA. Comentario: posibilidades de las bases de datos sistemáticas. *Aten Primaria* 2006;37:258-259.

GERSHON RRM, SRONE PW, BEQUEN S; Larson E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare JONA 2004; 34:33-40.

GERVÁS JJ, PEREZ MM, GARCIA P, ABRAIRA V. Utilización de servicios sanitarios: Pacientes y visitas. Aten Primaria 1990;7:346-348.

GERVÁS J, PALOMO L, PASTOR-SÁNCHEZ R, PEREZ-FERNANDEZ M, RUBIO C. Reflexiones en medicina de Familia. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28: 472-477

GILLAM S, PENCHEON D. Managing demand in general practice. BMJ. 1998 Jun 20;316(7148):1895-8. Review

GILLMAN SJ, JARMAN B, WHITE P, LAW R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. Br Med J 1989;299:953-7.

GISH O. Some links between successful implementation of primary health care interventions and the overall utilization of health services. Soc Sci Med 1990;30:401-5.

GLEB D, SAFRAN SCD, MILLER W, BECKMAN H. Organizational dimensions of relationship-centred care 2006;21:9-15

GOLDSTEIN HI. Multilevel Statistical Models (3rd Edition). London 2003.: Edward Arnold.

GOMEZ-CALCERRADA D, HERNANDEZ F, GOMEZ M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. FMC 1996;3(4):229-242.

GOMEZ DE LA CAMARA A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados de salud. An Sist Sanit Navar 2003; 26:11-26.

GOMEZ E, MORENO P, HERNANDEZ M, GERVA S J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996;13:382-5

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B, LÓPEZ CABAÑAS A, CABEZA MORA A, DÍAZ BERENGUER JA, ORTÚN V, ALAMO SANTANA F. Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria 2005;

GONZALVEZ MJ, GOMEZ-CALCERRADA D, MAYA MC, MENDOZA C. El profesional y la organización en el uso de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26(8): 526-532.

GOODWIN P. Reducing risk with consultations. *Fam Paract Manag* 2003;10(3):29-34

GRILLI R, RAMSAY C, MINOZZI S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane database Syst Rev* 2002; (1):CD000389.

GRIMSMO A, SIEM H. Factors affecting primary health care utilization. *Family Practice* 1984; 1:155-61.

GRYTTE N J, CARLSEN F, SORENSEN R. Supplier inducement in a public health care system. *J Health Econ* 1995;14:2007-229.

GRYTTE N J, SORENSEN R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *J Health Econ* 2001;20(3):379-393.

GRITTEN J, SORENSEN R. Practice variation and physician-specific effects. *J Health Econ* 2003; 22(3):403-410.

GROENEWEGEN PP, HUTTEN JB, VAN DER VELDEN K. List size, composition of practice and general practitioners' workload in Netherlands. *Soc Sci Med* 1992;34(3):263-270.

GROENEWEGEN PP, HUTTEN JB. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med* 1995;40:349-58.

GROL P. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract* 1985;2:128-135.

GROL R, DE MAESENEER J, WHITFIELD M, MOKKINK H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and Netherlands. *Family Practice* 1990;7:100-3.

GROL R, WENSING M, MAINZ J, FERREIRA P, HEARNshaw H, HJORTDAHL P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11

GROSCH WN, OLSEN DC. Clergy burnout: an integrative approach. *J Clin Psychol* 2000;56:616-632.

GROSS DA, TEPHEN J, ZYZANSKI PhD, BORAWKI PhD, RANDALL D, CEBUL MD, et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998;47(2):133-137.

GRUMBACH K, SELBY JV, DAMBERG C, BINDMAN AB et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialist. *JAMA* 1999;282(3):261-270.

GRUMBACH K, BODEHEIMER T. Can health care teams improve primary care practice?. *JAMA* 2004;291(10):1246-1251.

GRUPO DE CONSENSO DE ATENCION PRIMARIA. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia. Propuestas de mejora. Plataforma 10 min. Disponible en:

<http://www.diezminutos.org/documentos/modelocrisis.html>.

GRUPO DE TRABAJO semFYC. La carrera profesional del médico de familia (II) 2004;34(6):306-312.

GUERRA DE HOYOS JA, DE-ANCA IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: Estudio con grupos focales. *Aten. Primaria* 2007;39(7):349-354.

GULBRANDSEN P, FUGUELLI P, SANDVILK, HJORTDAHL P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998;317(7150):28-32.

GULBRANDSEN P, HJORTDAHL P, FUGUELLI P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire. *BMJ* 1997;314(7086):1014-1018.

HADLEY J, MITCHELL JM. The growth of Managed Care and Changes in physicians' incomes, autonomy, and satisfaction, 1991-1997. *Int J Health Care Finance Econ.* 2002;2:37-50.

HAGGERTY JL, REID RJ, FREEMAN GK, STARFIELD BH, ADAIR CE, McKENDRY R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-1221.

HÄKKINEN U. The production of health and the demand for health care in Finland. *Soc Sci Med* 1991;33:225-237.

HALL JA, IRISH JT, ROTER DL, EHRLICH CM, MILLER HL. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994;32(12):1216-31.

HANNAG DR. Illness behaviour. En: Hannag DR. *Lecture notes on medical sociology*. London. Blackwele Scientific Publications. 1988:135-51.

HANSON JA, BENEDICT JA. Use of the Health Belief Model to examine older adults' food-handling behaviours. *J Nutr Educ Behav* 2002;34(1):25-30.

HARRIS DM, HANES P, JIMSON H, JONES D, BRYAN-WILSON J, GREENLICK MR. Physician and plan effect on satisfaction of Medicaid managed care patients with their health care and providers. *J Amb Care Man* 1997;20(1):46-64.

HARRISON JA, MULLEN PD, GREEN LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res* 1992;7:107-16.

HART JT. Expectations of health care: promoted, managed or shared?. *Health Expct* 1998;1:3-13.

HAUG MR, WYKLE ML, NAMAZI KH. Self-care among older adults *Soc Sci Med* 1989;29:171-83.

HAYNES R. Inequalities in health and health service use: evidence from the General Household Survey. *Soc Sci Med* 1991;33:361-8.

HEANEY D, WYKE S, WILSON P, ELTON R, RUTLEDGE P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *Br Med J* 2001;322:1218-22.

HEMEMWAY D, FALLON D. Testing for physician-induced demand with hypothetical cases. *Med Care* 1985;23:344-9.

HEMENWAY D, KILLEN A, CASHMAN SB, PARKS CL, BICKNELL WJ. Physicians' response to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. *N Engl J Med* 1990;322:1059-63.

HENDERSON JT, WEISMAN CS. Physician gender effects on preventive screening and counselling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care* 2001; 2001;39:1281-92.

HIBBARD JH, POPE CR. Age differences in the use of medical care in an HMO. An application of the Behavioural Model. *Med Care* 1986;24:52-66.

HICSON GB, ALTEMEIER WA, PERRIN JM. Physician reimbursement by salary of fee-for service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987; 80:344-50.

HJORTDAHL P, LAERUM E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1992;304:1287-90.

HORDER J, BASANQUET N, STOCKING B. Ways of influencing the behavior of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:517-21.

HOWIE JGR, PORTER AM, HEANEY DJ, HOPTON JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:48-54.

HOWIE JGR, HOPTON JL, HEANEY DJ, PORTER AM. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42(358):181-185.

HOWIE JGR, HEANEY DJ, MAXWELL M, WALKER JJ, FREEMAN GR, RAI H. Quality at general practice consultation: cross-sectional survey. *BMJ* 1999;319:738-743.

HOWIE JGR, HEANEY D, MAXWELL M. Quality, core values and general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery. *Fam Pract* 2004;21(4):458-468.

HUDSON B. Interprofessionality in health and social care: the achilles' heel of partnership?. *Interprof Care* 2002;16(1):7-17.

HUGHES D. Consultation length and outcome in two group general practice. *J R Coll Gen Pract* 1983;33:143-7.

HULKA BS, WHEAT JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985;23:438-60.

HULL S, HAGDRUP N, HART B, GRIFFITHS C, HENNESSY E. Boosting uptake of influenza immunisation: a randomised controlled trial of telephone appointing in general practice. *Br J Gen Pract*. 2002 Sep;52(482):712-6.

HURLEY J, WOODWARD C, BROWN J. Changing patterns of physician services utilisation in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice and market-area characteristics. *Medical Care Research Review* 1996;53:179-206.

HUYGEN FJA, MOKKINK HGA, SMITS AJA, VAN SON JAJ, MEYBOOM WA, VAN EYK JTM. Relationship between the working styles of general practitioners and health status of their patients. *Br J Gen Pract* 1992;42:141-144

IGUAL ROSADO R, CASTRO NICOLAU E, ALONSO MARTÍNEZ I, TERRADAS COROMINAS M, DE FRUTOS GALLEGRO E, CEBRIÁ ANDREU J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? *An Esp Pediatr*. 2003;58:29-33.

INNES M, SKELTON J. different kinds of time. *Fam Pract* 2005; 24:470

INSTITUTO ANDALUZ DE ESTADISTICA. CONSEJERIA DE ECONOMIA Y HACIENDA. Anuario estadístico de Andalucía 2004. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/anuario/anuario04/index.htm>

INSTITUTO DE ESTADISTICA DE ANDALUCIA. CONSEJERÍA DE ECONOMIA Y HACIENDA Anuario Andaluz de las mujeres 2001-2004 con perspectiva de género. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/anuarioMujer/anuarioMujer04/index.htm>

IIS-INSTITUTO DE INFORMACION SANITARIA. Principales cifras del Sistema Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo 2004.

Disponible en:

http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/datosIndicadoresBasicos/pdf/Datos_basicos_salud.pdf

ISANTA C, RIVERA P, PEDRAJA M. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev. Esp. Salud Publica*, mayo/jun. 2000;.74 (3):00-00. ISSN 1135-5727.

IVERSEN T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patient. *J Health Econ* 2004;23:673-694

JAEGHER K, JEGERS M. A model of physician behaviour with demand inducement. *J Health Econ* 2000; 19(2):231-258

JANSA JM, VILLABI JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:320-7.

JANSSON A, ISACSSON A, LINDOLM LH. Organization of health care teams and the population's contacts with primary care. *Scand J Prim Health Care* 1992;10(4):257-265

JANZ NK, BECKER MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Quart* 1984;11:1-47.

JENNETT PA, LAXDAL OE, HAYTON RC. The effects of continuing medical education on family doctor performance in office practice: a randomized control study. *Med Care* 1988;22:139-45.

JIMENEZ JM, LOPEZ LA, LUNA JD, SOLAS O, MARTINEZ JI, PEREZ MJ. Tipología de médicos de atención primaria en relación con su ejercicio profesional. VI Congreso internacional del Centro Internacional para la medicina de familia; 1996 nov 13-16; Granada, Spain: Granada: S.E.M.F.Y.C; 1996

JIMÉNEZ-MARTIN S, LABEAGA JM, MARTINEZ-GARANADO M. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. *Health Econ* 2002;11:301-321

JIWA M, FREEMAN J, COLEMAN M, JOESBURY H. Do older patients feel able to COPE with illness following telephone consultations? A multi-practice survey in the UK. *Curr Med Res Opin* 2005;21(3):339-348

JOLIN L, MARTIN M, PRADOS S, VICENS C, ABADANES JC. Factores que influyen en la prescripción del médico en atención primaria. *Aten Prim* 1998; 22(6):391-398

JONES MI, GREENFIELD SM, BRADLEY CP. Prescribing news drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *BMJ* 2001; 323-378

JORDAN K, ONG BN, CROFT P. Previous consultation and self reported health status as predictors of future demand for primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(2):109-114

JOWETT SM, McLEOD J, WILSON S, HOBBS FDR. Research in primary care: extent of involvement and perceived determinants among practitioners from one English region. *Br J Gen Pract* 2000;50:387-389

JUNCOSA S, BOLIVAR B, ROSET M, MARTINEZ C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;13(1):53-61

KALDENBERG DO, REGRUT BA. DO satisfied patients depend on satisfied employees? Or do satisfied employees depend on satisfied patients? *The Satisfaction Reporter Newsletter* 1999; 3. South Bend, Ind: Press, Geney Associates Inc; 1999.

KALDENBERG DO. Patient satisfaction and health status. *Health Mark Q* 2001;18(3-4):81-101

KANDRACK MA, GRANT KR, SEGALL A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32:579-90.

KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-S127.

KAPLAN SH, GREENFIELD S, GRANDEK B, ROGERS WH, WARE JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996;124:497-504.

KAPUR N, HUNT I, LUNT J, McBETH j. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care: a cohort study. *Psych Med* 2004;34(4):719-721.

KARLSSON H, LEHTINEN V, JOUKAMAA M. Are frequent attenders of primary health care distressed?. *Scand J Prim health Care* 1995;13:32.

KASSIRER JP. Doctor discontent. *N Engl J Med* 1998;339:1543-1545.

KEARLEY KE, FREEMAN GK, HEALTH A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*;51(470):712-718.

KERR EA, MITTMAN BS, HAYS RD, ZEMENCUCK JK, PITTS J, BROOK RH. Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management. *Hhealth Serv res* 2000;35(1):333-349

KING N, BAILEY J, NEWTON P. Analysing general practitioners' referral decisions I. Developing an analytical framework. *Fam Pract* 1994;11(1):3-8

LEONARD KL, MASSATU MC. The use of direct clinician observation and vignettes for health services quality evaluation in developing countries. *Soc Sci Med* 2005;61(9):1944-1951

KLOPPE P, BROTONS C, ANTON JJ, CIURANA R, IGLESIAS M, PIÑEIRO R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre los médicos españoles y europeos. *Aten Primaria*. 2005;36(3):144-5.

KLEINMAN JC, GOLD M, MAKUC D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care* 1981;19:1011-29.

KOLASSA EM. A physicians survey on generic drugs and substitution of critical dose medications. *Arch Intern Med* 1999;159(5):429-433

KRAKAU I. Trends in use of health care services in Swedish primary care district. A Ten year perspective. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:66-71.

KREFT IGG, DE LEEUW J. Introducing multilevel modeling. Thousand Oaks, CA 1998: Sage Publications.

KRONENFELD JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behav* 1978;19:68-76.

KRONENFELD JJ. Sources of ambulatory care and utilization models. *Health Serv Res* 1980;15:3-20.

KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, LINZER M, HAHN SR, DEGRUY FV III, BRODY D. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;3:774-9.

LABELLE R, STODDART G, RICE TA. Re-examination of the meaning and importance of supplier induced demand. *J Health Econ* 1994;13:347-368.

LATOURET J, ALVAREZ-DARDET C. La medición del nivel socioeconómico. *Med Clin (Bar)* 1989;92:470-4.

LECRUBIER Y, WITTCHEN HU, FARAVELLI C, BOBES J, KNAPP M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur Psychiatry* 2000; 15(1):5-16.

LIBERATOS P, LINK BG, KELSEY JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews* 1988;10:87-121.

LICHESTEIN R. Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Med Care* 1984;22:56-68.

LIN CT, ALBERTSON GA, SCHILLING LM, CYRAN EM, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction?. *Arch Intern Med* 2001;161(11):1437-1442.

LINK RN, ZABAR SR. Physician-patient gender congruence and the physical examination. *J Gen Intern Med* 1991;6:466-8.

LINN M, SANDIFER R, STEIN S. Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Publ Health* 1985;75:502-6.

LINZER M, KONRAD TR, DOUGLAS J, McMURRAY JE, PATHMAN DE, WILLIAMS ES, et al. Manager care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen intern Med* 2000;15(7):517-518.

LITAKER D, TOMOLO A, LIBERATORE V, STANGE KC, ARON D. Using complexity theory to build interventions that improve health care delivery in primary care. *Gen Int Med* 2005;21(sup 2):530-534.

LITTLE P, EVERITT H, WILLIAMS I, MORE M, GOULD C, FERRIER K. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-11.

LITTLE P, DONWARD M, WARNER G, STEPHENS K, et al. Importance of patient pressure and perceived medical need for investigation, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328(7437): 444-450.

LOAYSSA JR, TANDETOR H. La incertidumbre en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2003;28:560-564.

LOMEÑA JA, CAMPAÑA FM, NUEVO G, ROSAS D, BERROCAL A, GARCIA F. Burnout y satisfacción laboral en atención primaria. *Medicina de Familia (And)* 2004;5(3):147-155.

LONGLETT SK, KRUSE JE, , JERRY E, WESLEY RM. Community-oriented primary care: Historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(1):54-63.

LONGLETT SK (b), KRUSE JE, , WESLEY RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(2):141-147.

LONGLETT SK, PHILLIPSMD, WESLEY RM. Prevalence of community-oriented primary care knowledge, training, and practice. *Fam Med* 2002;34(3):183-189.

LÓPEZ DE CASTRO F, MONTERO MJ, VALLES N, FERNÁNDEZ O, ALEJANDRE G , CHACÓN J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica en atención primaria de Castilla la Mancha durante 2003. Rev. Esp. Salud Publica 2005; 79(5). Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000500005&lng=&nrm=iso.

LOPEZ LA, SANCHEZ-CANTALEJO E, CALZAS A, SILES D, SEVILLA E, OLEAGA I. Elaboración de un cuestionario para el estudio del clima organizacional de los centros de salud. Aten Primaria 1988;5:531-5.

LOPEZ LA. Factores de la organización en la utilización de los servicios de atención primaria. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías Clínicas en atención primaria (7). Barcelona. Editorial Doyma. 1991; 39-47.

LOPEZ LA. Factores internos que influyen en la utilización de los servicios de atención primaria. El Médico 8-II-1997:46-51

LOPEZ MA, USIETO R, RODRIGUEZ-CONTRERAS R, CUETO A, GALVEZ R. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. Aten Primaria 1989;6:17-22.

LOVGREN G, RASMUSSEN BH, ENGSTRÖM B. Working conditions and possibility of providing good care. J Nurs Manag 2002;10:201-209.

LYDEARD S. JONES R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters. J R Coll Gen Pract 1989;39:495-8.

LLACER A, COLOMER C. Utilización de los servicios sanitarios. En: Instituto de la mujer. La mujer y la salud en España: Informe básico 2005; 4:100-114.

MAGRO R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de atención primaria. Semergen 1993; 24(9):711-718.

MAHEUX B, DUFORT F, BELAND F, JACQUES A, LEVESQUE A. Female medical practitioners. more preventive and patient oriented? *Med Care* 1990;28:87-92.

MAHEUX B, DUFORT F, LAMBERT J, LEVESQUE A. The professional attitudes and practice characteristics of male and female specialists. *J Am Med Wom Assoc* 1989;44:154-8.

MANNING WG, LEIBOWITZ A, GOLBERG GA, ROGERS WR, NEWHOUSE JP. Controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984;310:1505-10.

MASLACH C, JACKSON S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Psychol* 1981; 2: 99-113.

MANGA P, BROYLES RW, ANGUS DE. The determinant of hospital utilization under a universal public insurance program in Canada. *Med Care* 1987;25:658-70.

MARINE A, RUOTSALAINEN J, SERRA C, VERBEEK J. Preventing occupational stress in health care workers. *Cochrane Database Sys Rev* 2006; 18(4):CD0002892.

MARION J, PEIRO S, MARQUEZ S, MENEU R. Variaciones en la práctica médica: Importancia, causas e implicaciones. *Med Clin* 1998;110:382-390.

MARTIN E, RUSSELL D, GOODWIN S, CHAPMAN R, SHERIDAN P. Why patients consult and what happens when they do. *Br Med J* 1991;303:289-292.

MARTIN J, DE MANUEL E, CARMONA G, MARTINEZ J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II. El "cambio interno". *Gac Sanit* 1990;19:162-7.

MARTÍN ZURRO A, CANO PÉREZ JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.

MARTÍNEZ DE LA CASA A, DEL CASTILLO C, MAGAÑA E, BRU I, FRANCO A, SEGURA A. Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria* 2003;32(6):343-348.

MARTINEZ DE LA IGLESIA J, MATEOS C, PERULA LA, RODRÍGUEZ A, CRIADO A, JIMÉNEZ C ET AL. Los factores socioeconómicos ¿influyen en la demanda asistencial y el grado de satisfacción en atención primaria?. *Aten Primaria* 1990;7:106-110.

MATA M, CASAS J, AMAT J, AVILA F, LÓPEZ MA, ROVIRA A. Intervención de mejora de la calidad de la prescripción farmacológica continuada en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1991;8:947-952.

MATALON A, NAHAMANI T, RABIN S, MAOZ B, HART J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract* 2002; 19(3):251-256.

MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Hearsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-96.

MAXWELL D. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions. *J Ambul Care Manage* 2001;24(2):30-47

MAYA MC, GOMEZ D, GONZALVEZ MJ, MENDOZA C, MARTINEZ MJ. El conocimiento de la actividad asistencial. ¿otro factor profesional relacionado con la utilización?. *Aten Primaria* 2000; 25(7):497-501

McAVOY BR, KANER EFS. General practice postal surveys:a questionnaire too far?. *BMJ* 1996;313:732-733

McCALL N, WAI H. An analysis of the use of Medicare services by the continuously enrolled aged. *Med Care* 1983;21:567-85.

McDONALD HE, HIRT ER. When expectancy meets desire: motivational effects in reconstructive memory. *J Per Soc Psychol* 1997;72:5-23

McKINLAY JB. Some approaches and problems in the study of the use of services.

An overview. *J Health Soc Behav* 1972;18:115-52.

McKINSTRY B. Do the patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *Br Med J* 2000;321:867-71.

McLNNES DK, SALTMAN DC, KIDD MR. General practitioners' use of computers for prescribing and electronic health records: results for national survey. *Med J Au* 2006;185(2):88-97

McPAKE B, KUMARANAYAKE L, NORMAND CH. Supplier induced demand agency. En: McPake B. *Health Economics an International Perspective*. London. Routledge 2002:48-63

MacPHERSON I, BISSET A. Not another questionnaire!: Eliciting the views of general practitioners. *Fam Pract* 1995;12(3):335-338

McPERSON K. Como debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. *Var Prac Med* 1995;7:9-11

MECHANIC D. Practice orientation among general medical practitioners in England and Gales. *Medical Care* 1970; vii:15-25.

MECHANIC D . Illness behavior. En: Mechanic D. *Medical Sociology* (2ªed). New York. The Free Press. 1978:249-89.

MECHANIC D. Correlates of physician utilization: Why do mayor multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?. *J Health Soc Behav* 1979;20:387-96.

MECHANIC D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine* 1986;16:1-7.

MECHANIC D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *Br Med J* 2001;323:266-268.

MECHANIC D, MCALPINE DD, ROSENTHAL M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? N Engl J Med 2001;344:198-204.

MECHANIC D. physician discontent. Challenges and opportunities. JAMA 2003;290:914-946.

MELNYK KAM. Barriers: a critical review of recent literature. Nursing Research 1988;37:196- 201.

MELVILLE A. Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. Soc Sci Med 1980; 14:495-499.

MENÁRGUEZ JF, SATURNO PJ, LÓPEZ A. Validación de un cuestionario para la medición del clima organizacional en Centros de Salud. Aten Primaria 1999; 23:192-7.

MENDOZA C, MARTINEZ MJ, GONZALVEZ MJ, DeMAYA MC, GOMEZ D. El conocimiento de la actividad asistencial:¿otro factor de profesional relacionado con la utilización?. Aten Primaria 2000;25:107-117.

MENGIBAR FJ. ¿Existe conciencia de gasto farmacéutico en la atención primaria reformada? Aten Primaria 2001;27:408-11.

MENEC VH, ROOS NP, BLACK C, BOGDANOVIC B. Characteristics of patients with a regular source of care. Can J Public Health 2001;92(4):299-305

MINGOTE JC. Síndrome Burnout o Síndrome de desgaste profesional. FMC 1998;85):493-514

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INE. Encuesta Nacional de Salud de 2003. Madrid. 2005. Disponible en:

<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp419&O=inebase&N=&L=0>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA. BAROMETRO SANITARIO 2002. Disponible en

:http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/barometro_2002.pdf

MIRA JJ. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas de sistema público de salud. *Aten Primar* 1994; 14(10): 1135-1140.

MIRA JJ, LLINÁS G, GIL V, OROZCO D, PALAZÓN I, VITALLER J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;21(1):14-22

MIRA JJ, VITALLER J, BUIL JA, RODRÍGUEZ-MARIN J. (a)Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1999;14(0):67-74.

MIRA JJ, LLINAS G, GIL V, LORENZO S, PALAZÓN I, OROZCO D (b). Variabilidad en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos en función de los estilos de práctica del médico. *Aten Primaria* 1999;23(2):73-81.

MOLINA A, GARCIA MA, ALONSO M, CECILIA P. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un area sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31(9):564-574.

MOMPARLER C. Tiempo idóneo de la duración de una visita. *Cuadernos de gestión* 2002;8(2):61-70.

MOORE C, WISNIVESKY J, WILLIAMS S, MCGINNT. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient setting. *J Gen Inter Med* 2003;18:646-651.

MORENO B, OLIVER C, ARAGONESES A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Buela-Casal VE. *Manual de psicología aplicada. Siglo XXI SA* 1991:271-285.

MORENO CA. Utilization of medical services by single-parent and two-parent families. *J Fam Pract* 1989;28:194-99.

MORERA J. Mucho mas que 10 min. *Medifam* 2001;11:181-185.

MORRIS JC, CANTRILL JA, WEISS MC. GP survey response rate: a miscellany of influencing factors. *Fam Pract* 2001;18:454-456.

MORRIS JK, COOK DG, WALKER M, SHAPER G. Non-consulters and high consulters in general practice: cardio-respiratory health and risk factors. *J Public Health Medicine* 1992;14:131- 7.

MORRISON I, SMITH R. Hamster health care. *Br Med J* 2000;321(7276):1541-1543.

MOZOS A, BELLON JA. Los flujos de comunicación del centro de salud. Relaciones con el segundo nivel de atención, con otras instituciones de la zona básica de salud y con la comunidad. En: Gallo FJ. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid. Ed I.M.& C. 1993:295-303.

MUÑOZ SECO E, COLL BENEJAM T. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *El Medico*.2005;9-12.

MUÑOZ MA, MARISCAL E, RUBIO E, REY I. Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: un largo recorrer. *Gac Sait* 2000; 14(3):233-236.

MURRAY M, TANTAU C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *FPM* 2000;7:45-50.

MURRAY M, BERWICK DM. Advanced Access. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003; 289:1035-1040.

NAGLE JP, McMAHON K, BAROUR M, ALLEN D. Evaluation of the use and usefulness of telephone consultations in one general practice. *Br J Gen Pract* 1992;42:190-3.

NEAL RD, HEYWOOD P, MORLEY S, CLAYDEN AD, DOWELL AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-8.

NEAL RD, HEYWOOD PL.(a) Freygt trains and supernovas: the use of a sorting task to determine patterns within long-term frequent attendance to general practitioners. *Primary Health Care Research and Development* 2000;1(1):39-50.

NEAL RD, HEYWOOD P, MORLEY S.(b) Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *Br J Gen Pract* 2000;50(461):972-6.

NEAL RD, WICKENDEN G, COTTRELL D, MASON J, RUGIANO J, CLARKSON P ET AL (c). The use of primary, secondary, community and social care by families who frequently consult their general practitioner. *Health & Social Care in the Community* 2001;9(6):375-82.

NJALSSON T, Mc AULEY RG. Reasons for contact in family practice. An Icelandic multicentre study on content of practice. *Scan J Prim Care*.1992;10(4):250-256.

NAVARRO A, SERNA JM, GILLEN C, MARTINEZ MN, GOMEZ P, SAURA J. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación. *Aten Primaria* 1992;10: 1025-7.

NEAL RD, HEYWOOD PL, Fright trains and supernovas: the use of a sorting task to determine patterns within long-term frequent attendance to general practitioners. *Primary Health Care Research and Development* 2000; 1(1):39-50.

NEIL S, SKOLNIK MD, DAVE R, SMITH MD, DIAMOND PhD. Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. *J Fam Pract* 1993;37(3):257-263.

NEVILLE RG, MARSDEN W, McCOWAN C, PAGLIARI C, MULLEN H, FANNIN A. A survey of GP attitudes to and experiences of e-mail consultations. *Inform Prim Care* 2004;12:207-214.

NEWACHECK PW, BUTLER LH. Patterns of physician use among low-income, chronically ill persons. *Med Care* 1983;21:981-9.

NEWACHECK PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med Care* 1992;30:30-42.

NEZLEK JB, ZYZNIEWSKI LE. Using hierarchical linear modeling to analyze grouped data. *Group Dynamics*, 1998; 2:313-320.

NITEESH K, CHOUDHRY MD, NJALSSON T, MCAULEY R. Reasons for contact in family practice. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:250-6.

NITEESH K, CHOUDHRY MD, ROBERT H, FLETCHER MD. Systematic review: The relationships between clinical experience and quality of health care. *Ann Int Med* 2005;142(4):260-273.

NORCINI JJ, KIMBALL HR, LIPNER RS. Certification and specification: do they matter in outcome of acute myocardial infarction?. *Acad Med* 2000;75:1193-1198.

NUÑO R, ELEXPRU JL. Una visión sistémica de la gestión del conocimiento en atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(4):211-213

OAKLEY A, RIGBY AS, HICKEY D. Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *Eur J Publ Hlth* 1994;4:81-91.

OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Informe anual 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/InfoOSNS%2017nov05%20corregido%20con%20%20IIS1.pdf?Medy=08be...#search=%22OBSERVATORIO%20DEL%20SNS%20INFORMES%22>

OGDEN J, BAVALIA K, BULL M, FRANKUM S, GOLDIE Ch, Gossiau m, ET AL. "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 2004;21(5):479-483

OLESEN F, DICKINSON J, HJORTDAHL P. General practice-Time for a new definition. *BMJ* 2000;320:354-357

OLIVAR C, GONZALEZ S, MARTINEZ, MARTINEZ MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:352-359.

OROZCO D, PEDRERA V, GIL V, PRIETO I, RIVERA MC, MARTÍNEZ P. Gestión Clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004;33:69-77.

ORTEGA MA, ROCA G, IGLESIAS M, JURADO JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004;2(33):78-85.

ORTIZ F, QUILES J, MENÉNDEZ D, PERIS F. Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general (1989-1993). *Aten Primaria* 1996;18(1):9-16.

ORTUN V. La demanda inducida por el hospital. *Gac Sanit* 1986;6:64-67.

ORTUN V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Escola Universitaria de Treball Social; 1991.

ORUETA R, VIGUERAS F, ORGAZ P, TORRES C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12: 92-4.

ORUETA JF, LOPEZ DE MUNAIN J, BAEZ K, AIARZAGUENA JM, ARANGUREN JI, PEDRERO E. Application of the ambulatory care groups in the primary care of a European National Health Care System. Does it work? *Med Care* 1999;37:238-48.

ORUETA JF, LOPEZ-DE-MUNAIN J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?. Factores asociados a la utilización en pediatría de atención primaria. *Gac Sanit* 2000;14:195-202.

OSTROFF C. The effects of climate and personal influences on individual behavior and attitudes in organizations. *Organizational Behavior and human decision processes* 1993;56:56-90.

OTERINO D, PEIRÓ S, CALVO R, SUTIL P, FERNÁNDEZ O, PÉREZ G, TORRE P, LÓPEZ MA, SEMPERE T. Utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanitaria* 1999; 13(5):361-370.

PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO P, BEL M, PIÑOL JL. Las expectativas de los profesionales: ¿Qué aspectos valoran en un centro de salud?. Un estudio cuali-cuantitativo. *Aten Primaria* 2003;32(3):135-143.

PALMER RH, REILLY MC. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care* 1979;17:693-705.

PALOMO L. La investigación y la evolución de la atención primaria. *Gac Sanit* 2002;16:182-187.

PARKES CM, BROWN R. Health after bereavement: a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Med* 1972;34:449-61.

PATEL H, PATEL M, CAR J. Telephone consultation in general practice: areas for improvement. *J Telemed Telecare* 2005;11(5):265-267.

PATHMAN DE, STREINER BD, WILLIAMS E, RIGGINS T. The four community dimensions of primary care practice. *J Fam Pract* 1998;46(4):293-303.

PAULY MV. A re-examinación of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994;13:369-372.

PEABODY JW, LUCK J, GLASSMAN P, DRESSELHAUS TR, LEE M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000;283:1715-1723.

PEABODY JW, LUCK J, GLASSMAN P, JAIN S, et al. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Inter Med* 2004; 141(10):771-780.

PEACOCK D, DEVLIN N, MCGREE R. The horizontal equity of health care in New Zeland. Aust N Z J Public Health; 23(2):120-130.

PEDERSEN KM, CHRISTIANSEN T. On the use of treatment and illness episodes in health economics. Third Meeting for Scandinavian Health Economists. Finlandia. 1982.

PEDRERA-CARBONELL V, GIL-GUILLEN D, OROZCO-BELTRAN I, PRIETO G, SCHWARZ-CHAVARRI G. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria. Aten Primaria 2005;36(10):550-557.

PEDRERA V, GIL V, OROZCO D, PRIETO I, SCHWARZ G, MOYA 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(2): 82 – 88.

PEIRO JM. Desencadenantes del estrés laboral. Madrid. Endema.1992.

PEIRO S, MENEU R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. Gac Sanit 1998;11:55-58.

PENCHANSKY R, THOMAS JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19:127-38.

PETERSEN LA, BURSTIN HR, O'NEIL AC, ORAV EJ, BRENNAN TA. Nourgent emergency department visits. The effect of having a regular doctor. Med Care 1998;36:1249-55.

PHILLIPS KA, MORRISON KR, ANDERSEN R, ADAY LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioural Model of Utilization. Health Services Research 1998;33:571-96.

PIANTODOSI S, BYAR DP, GREEN SN. The ecological fallacy. Am J Epidemiol 1988;127:893-904

PLESCIA M, GROBLEWSKI M. A community-oriented primary care demonstration Project: refining interventions for cardiovascular disease and diabetes. *Ann Fam Med* 2004;2(2):100-102.

POLO MARTÍN P, REYES DÍAZ E, SERRANO GRANELL C, MATEU MAHIQUES J, CASANOVA MATUTANO C. Factores familiares y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. *Rev Esp Pediatr*. 1998; 54:497-505.

PONSÁ JA, LACASA C, CUTILLAS C, FUTSE J, VIOLAN C, ELIES A. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis. *Ann Med* 2003;86:169-174

GRUPO DE CONSENSO DE ATENCION PRIMARIA. SEMFYC, SEMERGEN, CESEM Un modelo en crisis; disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/modelocrisis.html>

POMAR CI, TORRES P, IGLESIAS M, et al. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74(3):00-00.SIN 1135-5727

PORTTEOUS T, BOND C, ROBERTSON R, HANNAFORD P, REITER E. Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists. *Br J Gen Pract* 2003; 53(488):204-209.

PRADOS A. Aplicación de los grupos de atención ambulatoria en atención primaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 1996.

PRIETO A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención primaria?. *Rev San Hig Púb* 1990;64:329-41.

PRIETO L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:444-445

PRIETO M. El proceso de feminización de la medicina imparable. *El médico* 2005;933:56-63

PRITCHARD P, LOW K, WHELER M. El rol del médico general en la gestión. En: Pritchard P, Low K, Wheeler M. *Gestión en atención primaria*. INSALUD. Madrid. 1990:129-53.

PRITCHARD P, PRITCHARD J. Teamwork for primary and shared care: a practical workbook. Practical Guides for General Practice (17). Oxford University Press (second ed.). 1994.

PUJOL R. Médicos residentes (MIR) insatisfechos. Med Clin 1997;109:623-624.

QUESADA M, PRAT N, CARDUS E. ¿Ganamos o perdemos información con la informatización?. Aten Primaria 2001;27(9):649-653.

QUILL TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. Ann Intern Med 1989;111:51-7.

QUIRCE F, GIL V, ALONSO A, RIGO F, VAZQUEZ MA, MERINO J. Unidad de cumplimentación de prescripciones crónicas: estudio de frecuentación. Aten Primaria 1994;13:492-4.

RAMIREZ AJ, GRAHAM J, RICHARDS MA, CULL A, GREGORY WM. Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. The Lancet 1996;347(9003):724-729

REGIDOR E, MATEO S, GUTIERREZ-FISAC JL, FERNANDEZ DE LA HOZ K, RODRIGUEZ C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. Med Cini 1996; 107:285-288

RICH EC, KRALEWSKI J, FELDMAN R, DOWD B, BERNHADT TS. Variation in de management of primary care effect on cost in an HMO network. Arch Int Med 1998;158(21):2363-2371

RIDSDALE L, CARRUTHERS MARIA, MORRIS R, RISDALE J. Study of the effect of time availability on the consultation. J R Coll Gen Pract 1989;39:488-91.

RIDDLE S. Women in medicine. Am Fam Physician 2001;64(1):174-178

RIVERA F, ILANA A, OLTRA A, NARVÁEZ M, BENLLOCH C, ROVIRA B. Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria. *Gac Sanit* 2000;14:117-121

RIVERA F, RCHART MJ, NAVAS J, RODRÍGUEZ E, GOMEZ C, GOMEZ B. La información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia. *Aten Primaria* 2005;36(1):14-18

ROBERTS CR, IMREY PB, TURNER JD, HOSOKAWA MC, ALSTER JM. Reducing physician visits for colds through consumer education. *J Am Med Assoc* 1993;250:1986-1990.

ROBERTS JA. Managing markets. *J Public Health Med* 1993;14(4):305-310

ROBIN DW, VOGT TM, FIREMAN B. Primary health care teams. Opportunities and challenges in evaluation of service delivery innovation. *J Ambul Care Manage* 2003;26(1):22-35

ROBINSON JO, GRANFIELD AJ. The frequent consulter in primary medical care. *J Psychosom Res* 1986;30:589-600.nnnn

RODRÍGUEZ A. Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2006.

RODRIGUEZ B, MARTIN JM. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;23(3):110-115.

RODRÍGUEZ FJ, LOPEZ F, MODREGO A, ESTEBAN M, MONTERO M, CORDERO B, VALLES N. Identificación de médicos con gasto farmacéutico elevado. *Gac Sanit* 2001;15(5):441-446.

RODRÍGUEZ FJ, CHACON J, ESTEBAN M, VALLES N, LOPEZ F, SÁNCHEZ A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria* 2005;36(3):137-143.

ROGERS JE, WROECJ, ROBERTS A, SWALLOW A, STABLES D, CANTRILL JA, RECTOR AL. Automated quality checks on repeat prescribing. *Br J Gen Pract* 2003;53(496):838-844.

ROGHMANN KJ, HENGST A, ZASTOWNY TR. Satisfaction with medical care. Its measurement and relation to utilization. *Med Care* 1979;17:461-79.

ROOS NP, SHAPIRO E. The Manitoba longitudinal study on aging. Preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Med Care* 1981;19:644-57.

ROOS NP, CARRIERE KC, FRISEN D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *CMAJ* 1998;159:777-783.

ROSENTOCK IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:94-127.

ROSENTOCK IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974;2: 328-35.

ROSNER TT, NAMAZI KH, WYKLE ML. Physician use among the old-old. Factors affecting variability. *Med Care* 1989;26:982-91.

ROSSITER LF, WILENSKY GR. A re-examination of the use of physician services: the role of physician-initiated demand. *Inquiry* 1983;20:162-172.

ROTER DL, HALL JA, BARKER LR, ROCCA RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress-a randomised clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-1884.

ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966;80:1-28.

ROWLANDS G, WILLIS S, SINGLETON A. Referrals and relationships: in practice referrals meeting in a general practice. *Fam Pract* 2001;18:399-406.

ROYO M, ARTO A. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. *Aten Primaria* 1995;16:211-214.

RUIZ TÉLLEZ A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto @pCOM. Barcelona. 2001.

SACKETT DL, ROSEMBEG WWC, GRAY JAM, HAYNES RB, RICARDSON WS. Evidence based medicine: what it isn't?. Br Med J 1996;312:71-72

SAEZ C, SATURNO P, URREA A, LLOR B, LÓPEZ A. Dirección de las relaciones causales entre clima organizacional, satisfacción laboral y Burnout en equipos de atención primaria. Escuela de Enfermería Facultad de Medicina Campus Espinardo 2004; Disponible en: <http://www.um.es/~emca/congcomu/poster18.htm>

SAEZ M. Condicionantes de la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit 2003; 17(5):412-419

SAENZ MC, GONZALEZ R, RODRIGO N. Estudio comparativo de tres indicadores de clase social familiar: ingresos, estudios y barrio de residencia. Rev San Hig Púb 1987;61:1159-66.

SAENZ MC, MIRON JA, GONZALEZ R. Valoración de la demanda y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población rural de la provincia de Salamanca. Encuesta por entrevista personal. Rev San Hig Púb 1991;65:61-70.

SAFRAN DG. Defining the future of primary care: what can we learn from patient?. Ann Intern Med 2003;138(3):230-232

SALMON P, DOWRICK C, RING A, HUMPHRIS M. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. Br J Gen Pract 2004;54:171-176.

SANCHEZ FJ, BELLON JA, CASTILLO R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. Aten Primaria 1992;10:91-7.

SANCHEZ FJ, BELLON JA, CASTILLO R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. An Esp Pediatr 1993;38:423-7.

SANCHEZ FJ. Factores que intervienen en la utilización de las consultas de pediatría en atención primaria. . [Tesis doctoral]. Universidad de Granada; 2005.

SACHEZ R, ALVAREZ R, LORENZO S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*. [online] 2003;13(4):55-60. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000400009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1131-5768.

SÁNCHEZ-CANTALEJO E, OCAÑA R. Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía. *Gac Sanit* 1999;13(5):391-398.

SANDVIK H. Criterion validity of responses to patient vignettes: an analysis based on management of female urinary incontinence. *Fam Med* 1995;27:388-392.

SANZ J. El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin* 1991;96:377-378.

SAÑUDO P, BELLÓN JA, LEÓN FJ, POYATO AR. El grupo de autoayuda como reductor de la utilización de las consultas de atención primaria. VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Granada, 1996:411-412.

SAURA J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. Causas y propuestas de una estrategia de abordaje. *Dimens Hum* 2002;6(1):14-20

SAVAGE R, ARMSTRONG D. Effect of a general practitioners' consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *Br Med J* 1990;301:968-970.

SAVAGEAU JA, McLOUGHLIN M, URSAN A, BAI Y, COLLINS M, CASHMAN SB. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med* 2006;19:265-275.

SHANAFELT TD, BRADLEY MD, KATHARINE A, WIPF JE, BACK AL. burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136(5):358-367.

SCHATTNER PL, COMAN GJ. The stress of metropolitan general practice. *Med J Aust* 1998;169:133-137.

SCHATTNER PL. Stress in general practice. How can GPs cope?. *Med J Aust* 1999;28:13-105

SCHOR E, STALFIELD B, STIDLEY C, HANKIN J. Family health: utilization and effects of family membership. *Med Care* 1987;25:616-26.

SHOW JL. Enhancing work climate to improve performance and retain employees. *JONA* 2002;32:393-397

SCHRIRE S. Frequent attenders. A review. *Family Practice* 1986;3:272-5.

SCHUR CL, BERNSTEIN AB, BERK ML. The importance of distinguishing Hispanic subpopulation in the use of medical care. *Med Care* 1987;25:627-41.

SCHWARZ CHÁVARRI H, PEDRERA CARBONELL V, ORTUÑO LÓPEZ JL, OROZCO BELTRÁN D, GIL GUILLÉN V, PASTOR CLIMENT MA. Influencia de las características de los médicos y del cupo en la vacunación antigripal de ancianos en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 2004; 34:336-42

SCOTT A, SHIELL A. Analysing the effect of competition on general practitioners behaviour using a multilevel modelling framework. *Health Econ* 1997;6:577-88.

SEGUI M. Propuestas practicas para mejorar la organización de la consulta. *Cuadernos de Gestión* 2002;8(3):115-132.

SEGUI M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004;33(9):496-502.

semFYC, SEMERGEN, CESEM. Grupo de consenso de Atención Primaria. Un modelo en Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia. Pospuestas de mejora 2000; disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/modelocrisis.html>

semFYC Grupo de trabajo co-pago y accesibilidad a los servicios. El Medico 1999:10-12.

SEGEANT MD, HODGETTS PG, GODWIN M, WALKER D, McHENRY P. Interactions whit the pharmaceutical industry: a survey of family medicine residents en Ontario. Can Med Assoc J 1996;155:1243-1259.

SEVILLA E. Factores que intervienen en la utilización de los servicios preventivos. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria (7). Barcelona.Ed Doyma. 1991:61-8.

SCHATTNER P. Stress in general practice. How can GPs cope?. Aust Fam Physician 1998;27(11):993-998.

SHAPIRO E, TATE RB. Is health care using changing? a comparison between physician, hospital, nursing-home and home-care use of two elderly cohorts. Med Care 1989;27:1001-14.

SHIPMAN C. DALE J. Respondin to out-of-hours demand:the extent and nature of urgent need. Fam Pract 1999; 16:23-27.

SHINE KI. Healt care quality and how to achieve it. Acad Med 2002;77(1):91-99.

SIERRA-BRAVO R. Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo,1994.

SIHVONEN M, KEKKI P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. Scan J Prim Health Care 1990;8:233-9.

SLEUTEL MR. Climate, culture, context are work environment?. Organizational factors that influence nursing practice. JONA 2000; 30:53-58.

SMITH RC. A clinical approach to the somatizing patient. *J Fam Pract* 1985;21:294-301.

SMITH R Why are doctors so unhappy?. *Br Med J* 2001;332:1073-4.

SMITH R Why so unhappy?. *Br Med J* 2002;324:7341.

SNIJDERS TAB & BOSKER RJ. Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling. London: Sage Publications; 1999.

SOBREQUES J, CEBRIA J, SEGURA J, RODRIGUEZ C, GARCIA M, JUNCOSA S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(4):227-233.

SOBREQUES J, BOLIVAR B, UNZUETA L, PRADOS JD, LEIVA F, BOERMA W. Variaciones en aplicación de técnicas medicas en atención primaria. *Gac Sanit* 2002;16(6):497-504.

SOLER M. Medicina de familia ¿y comunitaria?. *Aten Primaria* 1997;20(10):527-529.

SOLOMON JA, FEENEY JJ, JONES S. Episodes of medical care. *Am J Publ Hlth* 1967;57:401-8.

SORENSEN RJ GRYTTE J. Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees. *Health Econ* 1999;8(6):497-508.

SORIANO FAURA J, LÁZARO ARMENGOL C, ROIG, ORTS A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de pediatría. *Aten Primaria*. 1997;20:385-8.

SHOW JL Enhancing work climate to improve performance and retain employees. *JONA* 2002; 32: 393-397.

STANGE KC. Primary care research: barriers and opportunities. *J Fam Pract* 1996;42(2):192-198.

STANGE KC, FLOCKE SA, GOODWIN MA. Opportunistic preventive services delivery. Are time limitations and patient satisfaction barriers?. *J Fam Pract* 1998;46(5):419-424.

STANO M. A further analysis of the physician inducement controversy. *Journal of Health Economics* 1987;6:42-56

STARFIELD B, HANKIN J, STEINWACHS D, HORN S, BENSON BA, KATZ J, GABRIEL A. Utilization and morbidity: random or tandem? *Pediatrics* 1985;75:241-7.

STARFIELD B. Políticas sanitarias para fomentar la efectividad y la equidad. En: Starfield B. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson; Barcelona 2001.

STARFIELD B. Primary care visits and health policy. *Can Med Assoc J* 1998;157(7):795-797.

STEFANSSON CG, SVENSSON C. Identified and unidentified mental illness in primary health care: social characteristics, medical measures and total care utilization during one year. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:24-31.

STEWART M. Continuity, care, and commitment: The course of patient-clinician relationships. *Annals of Family Medicine* 2004;2:388-399.

STOLLER EP, FORSTER LE, PORTUGAL S. Self-care responses to symptoms by older people: a health diary study of illness behaviour. *Med Care* 1993;31:24-42.

STUART M, STENWACH D. patient-mix differences among ambulatory providers and their effects on UTILISATION AND PAYMENT FOR Mariland Medicaid users. *Med Care* 1993;31:1119-1137.

STUART M. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-445.

SUCHMAN EA. Stages of illness and medical care. *J Health Hum Behav* 1965;6:114-28.

SVAB I, ZALETEL-KRAGELJ L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:38-43.

TAMBLYN R, MCLEOD P, HANLEY J, GIRARD N, HURLEY J. Physician and Practice Characteristics Associated with the Early Utilization of New Prescription Drugs. *Med Care* 2003; 41(8):895-908.

TAMBORERO G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:16-26.

TAMBORERO G. ¿Es adecuada la incentivación en función de la contención del gasto farmacéutico?. *FMC* 1997;4:682-686.

TANNER JL, COCKERHAM WC, SPAETH JL. Predicting physician utilization. *Med Care* 1983;21:360- 9.

TAYLOR RJ. Repeat prescribing-still our achies`heel?. *Br J Gen Pract* 1996;46:640-641.

TCHENG-LAROCHE F, PRINCE R. Separated and divorced women compared with married controls: selected life satisfaction, stress and health indices from a community survey. *Soc Sci Med* 1983;17:95-105.

TEA. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES). Moos RH, Moos BS, Trickett EJ. Manual. TEA ediciones SA. Madrid. 1995.

TEA. MBI Inventario “burnout” de Maslach. Síndrome del “quemado” por estrés laboral asistencial. Manual. TEA ediciones SA. Madrid. 1997.

TORIO J, GARCIA C. Relación medico-paciente y entrevista clínica (I): Opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:18-27.

THOMAS EJ, SEXTON JB, HELMREICH RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 200331:956-959.

THOMAS JW, PENCHANSKY R. Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care* 1984;22:553-68.

THOMAS TH. The effect of managed care on health services use by dually eligible elders. *Med Care* 1989;27:983-1001.

THOMSENSA JL, PARNERB ET, KARLSMOSEA B, THULSTRUPC, LAURITZENA T, ENBERGA M. Effect of preventive health screening on long-term primary health care utilization. A randomised controlled trial. *Fam Pract* 2005;22(3):242-248.

TIZON JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *Ate, Primaria* 2004;33(6):326-330

TUKEY JW. *Exploratory Data Analysis*. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley. 1977.

TURABIAN JL, CASADO P, POZO A, ORUETA P, CORDERO B. Estudio de una cohorte de consultantes frecuentes con patología crónica: resultado de las medidas sanitarias correctoras. *Aten Primaria* 1989; 6:287-90.

TURABIAN JL, GONZALEZ-MORALES MA, LOPEZ DE CASTRO F, GALLEGUO JG, GONZALEZ-PALACIOS P, MOYA A, JAEN I. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Púb* 1988;62:1645-54.

TUSSING AD. Physician-induced demand for medical care: Irish General Practitioners. *Econ Soc Rev* 1983; 14:225-247.

TWEED DL, GOERING P, LINE, WILLIAMS JI. Psychiatric mobility and physician visits. Lesson from Ontario. *Med Care* 1998;36:473-485.

UMBERSON O. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992;34:907-17.

VAN DE KAR A, KNOTTNERUS A, MEERTENS R, DUBOIS V, KOK G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42:313-16.

VAN DER STUYFT P, DE MUYNCK A, SCHILLEMANS L, TIMMERMAN C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1989;29:53-60.

VEDSTED P, FINK P, OLESEN F, MUNK P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: A cohort study. *Psychosomatics* 2001; 42(5):416-423

VEDSTED P, CHRISTENSEN MB, SORENSEN HT, FINK P,OLESEN F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates?. *J Public Health Med* 2002. 24(1)53-59

VEDSTED P, MAINZ J, LAURITZEN T, OLESEN F. Patient and GP agreement on aspect of general practice care. *Fam Pract* 2002;19:339-343

VEDSTED P, FINK P, HENRIK HT, SORENSEN T, OLESEN F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2004;59(4):813-821

VEDSTED P, CHRISTENSEN MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public health* 2005;119(2):118-137

VEGA E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general.[Tesis doctoral] Salamanca 1995.Servicio de publicaciones Universidad de Salamanca.

VERHAAK PFM, VAN DE LISDONK EH, BOR JHJ, HUTSCHEMAEKERS. GP's referral to mental health care during the past 25 years. *Br J Gen Pract* 2000;50:307-308

VERHAAK PFM, MEIJER SA, VISSER AP, WOLTERS G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23(4):414-422

VINYOLES E, DAVINS J, MATA M, CONTIJOCH C, CONTRERAS C, DE LA FIGUERA M. La frecuencia recomendable de práctica de electrocardiogramas en el paciente hipertenso. *Aten Primaria* 1993;12:608-610.

VIÑAS M, CASTEL S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. *Aten Primaria* 2000;26(5):309-313

VIRTANEN P. Unemployment, re-employment and the use of primary health care services. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:228-33.

VITORES MP, CORTES MP, FERNANDEZ-GIRON M, TORRES L, TOMEY D, IRADIER D, CAZALLAS E, LEON A. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Aten Primaria* 2001;28:298-304

VON KORFF M, ORMEN J, CATÓN W. Disability and depression among high utilizer of health care. A longitudinal analysis. *Archives of general Psychiatry* 1992;49:91-100

WAN TTH, SIFER SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behav* 1974;15:100-8.

WANN TTH. The effect of managed care on health services use by dually eligible elders. *Med Care* 1989;27:983-1001.

WASSON J, GAUDETTE C, WHALEY F, SAUVIGNE A, BARIBEAU P, WELCH G. Asistencia telefónica como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento. *JAMA (ed.esp.)* 1992;1:43-53.

WAYLAND MT, CULIK D, BONZELAAR W, LUCAS J, DUNCHOK R, COOMBS T. Differences in the use of consultations by family medicine and internal medicine physicians. *J Med Educ* 1988;63:921-3.

WAZANA A. Physicians and the Pharmaceutical Industry Is a Gift Ever Just a Gift?. *JAMA*. 2000;283:373-380.

WEISS JE, GREENLICK MR. Determinants of medical care utilization: the effect of social class and distance on contacts with the medical care system. *Med Care* 1970;8:456-62.

WELCH HG, CHAPKO MK, JAMES KE, SCHWARTZ LM, WOLOSHIN S. The role of patients and providers in the timing of follow-up visits. *J Gen Intern Med* 1999;14:223-9.

WENNBERG JE, BARNES BA, ZUBKOFF M. Professional uncertainty and the problem of supplier- induced demand. *Soc Sci Med* 1982;16:811-21.

WESTHEAD JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.

WESTERT GP, SATARIANO WA, SCHELLEVIS FG, VAN DER BOS GAM. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *Cent Eur J Public Health* 2001;(4):365-372.

WEINGART SN, ROSS McL, GILBERD RW, HARRISON B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320:773-774.

WHITE KL, WILLIAMS F, GREENBERG BG, HILL C. The ecology of medical care. *New Engl J Med* 1961;265:885-92.

WILENSKY R, ROSSITER F. The relative importance of physician induced demand in demand for medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1983;61:252-277.

WILSON A. Consultation length in general practice: a review. *Br Jen Pract* 1991;41:119-122

WILSON A, McDONALD P, HAYES L, COONEY J. Health promotion in general practice consultation: a minute make a difference. *BMJ* 1992;304(6821):227-230.

WILSON A, CHILDS S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52:1012-1020.

WILLIAMS E. Characteristics of patients over 75 not seen during one year in general practice. *Br Med J* 1984;280:119-121.

WILLIAMS M, NEAL RD. Time for a change? The process of lengthening booking intervals in General Practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1783-6

WILLIAMS ES, SKINNER AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 2003; 28:119-140.

WILLIAMS S, WEINMAN J DALE J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Practice* 1998; 15(8)480-491.

WILLIS DR. Making every minute count: to improve office efficiency. *Fam Pract Manag.* 2005;12(4):61-6. Disponible en: <http://www.aafp.org/fpm/20050400/61maki.html>

WILSON A, CHILDS S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 1012-1120.

WILSON S, RUSCOE W, MILLER CH. General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *J Qual Clin Pract* 2001;21(4):104-108

WOLFE BL. Children's utilization of medical care. *Med Care* 1980;18:1196-207.

WOLINSKY FD. Assessing the effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization. *J Health Soc Behav* 1978;19:384-96.

WOLINSKY FD, MOSELY RR, COE RM. A cohort analysis of the use of health services by elderly Americans. *J Health Soc Behav* 1986;27:109-20.

WOLINSKY FD. Seeking and using health services. En: Wolinsky FD. *The sociology of health. Principles, practitioners and issues.* Belmont (California). Wadsworth Publishing Company. 1988:117-44.

YELIN EH, KRAMER JS, EPSTEIN WV. Is health care use equivalent across social groups? a diagnosis-based study. *Am J Public Health* 1983;73:563-71.

YAWN B, GOODWIN MA, ZYZANSKI SJ, STANGE KC. Time use during acute and chronic illness visits to a family physician. *Fam Pract* 2003;20(4):474-477.

YUEN P, BALAJARAN R. Unemployment and patterns of consultations with general practitioner. *Br Med J* 1989;298:1012-4.

ZANDBELT LC, SMETS E, OORTF J, GODFRIED MH, HANNEKE MD. Satisfaction with the outpatient encounter. *JGIM* 2004; 19:1088-1095.

ZELLARS J, KELLY D, LEE C. Vulnerable to job burnout. The influence of personality, social support, role stressors, and moods. *Humanities and Social Sciences* 1999;59:2611.

ZERMANSKY A. Who controls repeats?. *Br J Gen Pract* 1996; 46:643-647.

ZYZANSKI SJ, STANGE KC, LANGA D, FLOCKE SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract* 1998;46(5):397-402.

ZOLA IK. Pathways to the doctor. From person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-84.

TABLAS

TABLA 1, Distribución de las variables de organización de la consulta en los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que sí lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA ^a	PÉRDIDAS (N=24)	VÁLIDOS (N=309)	P ^c
	N ^b (%) ^b	N ^b (%) ^b	
Pasa la consulta en el centro cabecera	13 (54,2)	261 (84,5)	0,001
Horario habitual de consulta: mañanas >1 tarde	10 (41,7)	215 (69,6)	0,014
Ningún administrativo o auxiliar participa en la gestión de citas	15 (62,5)	281 (90,9)	<0,001
Los pacientes no pueden pedir su cita por teléfono	16 (66,7)	286 (92,6)	0,001
No se asigna hora a los pacientes con cita	16 (66,7)	288 (93,2)	<0,001
Tiene un n° tope de pacientes con cita al día	16 (66,7)	267 (86,4)	0,027
Tiene más de 50 pacientes con cita al día en el último mes	12 (70,6)	200 (71,4)	0,934
Tiene entre 2 y 5 min, por paciente en el último mes	10(55,6)	154 (52,9)	0,829
Realiza entre 1 y 6 turnos atención continuada de lunes a viernes al mes	10 (41,7)	189 (61,2)	0,132
Los turnos de atención continuada de lunes a viernes son de más de 6 horas	9(37,5)	171(55,3)	0,135
Realiza más de 1 turno de atención continuada en sábado cada 2 meses	11 (45,8)	212 (68,6)	0,040
Los turnos de atención continuada en sábado son de más de 6 horas	11 (45,8)	201(65,0)	0,077
Realiza más de 1 turno de atención continuada en domingo cada 2 meses	10 (41,7)	165(53,4)	0,295
Los turnos de atención continuada en domingo son de más de 6 horas	9 (37,5)	165 (53,4)	0,144
No realiza turnos de atención continuada fuera de su zona básica	21(87,5)	245(79,3)	0,435
El n° medio de pacientes/día con cita en el último mes ha sido superior a 45	20(83,3)	220(71,2)	0,412
Ha visto entre 1 y 6 pacientes difíciles o pacientes problema por día en el último mes	15(62,5)	237(76,9)	0,206
Ha visto entre 5 y 12 pacientes/día sin número en el último mes	17(70,8)	170(55,0)	0,135
Ha realizado entre 1 y 8 avisos domiciliarios urgentes por semana	19(79,2)	250(80,8)	0,882
Lista de cita previa completa más de 3 días por semana	15(62,5)	237(76,7)	0,045
Entre 2 y 4 días de demora en consulta a demanda en el último mes	3 (12,5)	104(33,7)	0,099
Debe compartir la consulta en la jornada habitual con algún miembro del equipo	4 (16,7)	106(34,3)	0,113
Tiene ordenador con el programa TASS activo	24(100)	305(98,7)	1,000
Registra en el ordenador el motivo de consulta en menos del 60% de las consultas de seguimiento	4 (16,7)	49(15,9)	1,000
Hace más del 20% de las recetas por impresora en consulta a demanda	21(87,5)	270(87,4)	1,000
Hace menos del 20% de partes de IT por impresora en consulta a demanda	19 (79,2)	225(72,8)	0,635

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero.

TABLA 2: Distribución de las variables de organización administrativa de la consulta en los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que sí lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA^a	PÉRDIDAS (N=24) N^b (%)^b	VÁLIDOS (N=309) N^b (%)^b	P^c
No tiene ningún sistema para optimizar-aligerar la entrega de partes de IT	16(66,7)	174(56,3)	0,395
Acumula los partes de IT para que el paciente vaya menos veces a la consulta	12(50,0)	179(57,9)	0,522
El médico cumplimenta los partes de IT en la consulta a demanda	24(100)	287(92,9)	0,386
El médico entrega los partes de IT en la consulta a demanda	22(91,7)	260(84,1)	0,554
No tiene ningún sistema para optimizar-aligerar la entrega de recetas de largo tratamiento	15(62,5)	162(52,4)	0,399
El médico cumplimenta las recetas de largo tratamiento en la consulta a demanda	21(87,5)	228(73,8)	0,220
El médico entrega las recetas de largo tratamiento en al consulta a demanda	20(83,3)	204(66,0)	0,113
No se hacen las recetas de largo tratamiento por impresora	18(75,0)	230(74,4)	1,000

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero,

TABLA 3: Distribución de las variables de actividad y organización de la consulta en los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que sí lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA^a	PÉRDIDAS (N=24) N^b (%)^b	VÁLIDOS (N=309) N^b (%)^b	P^c
Realiza menos de 6 visitas programadas de más de 10-15 minutos por semana	11(45,8)	155(50,2)	0,833
Realiza menos de 6 visitas a crónicos, programadas de más de 10-15 minutos al mes	14(58,3)	190(61,5)	0,829
No realiza visitas programadas para infiltraciones	23(95,8)	247(79,8)	0,590
No realiza visitas programadas para cirugía menor	24(100)	234(75,7)	*0,004
Realiza visitas programadas para psicoterapia	13(54,2)	148(47,9)	0,673
Realiza menos de 6 visitas programadas, para valorar o diagnosticar mejor, de más de 10-15 minutos al mes	16(66,7)	247(79,9)	0,126
Realiza menos de 5 visitas del programa de la mujer al mes	12(50,0)	121(39,9)	0,387
En el último mes ha realizado menos de 5 visitas programadas domiciliarias a pacientes impedidos	13(54,2)	198(64,1)	0,381
Ha tratado de resolver menos de 6 avisos domiciliarios urgentes por teléfono en el último mes	21(87,5)	278(90,0)	0,723
Ha concertado menos de 6 seguimientos clínicos programados por teléfono en el último mes	9(37,5)	173(56,0)	0,091
Ha tratado de resolver alguna consulta clínica a demanda telefónica	20(83,3)	221(71,5)	0,246
Las derivaciones a respiratorio se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	8(33,3)	89(28,8)	0,645
Las derivaciones a dermatología se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	12(50,0)	155(50,2)	1,000
Las derivaciones a traumatología se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	24(100)	291(94,2)	0,629
Las derivaciones a cardiología se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	12(50,0)	139(45,0)	0,674
Las derivaciones a salud mental se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	7(29,2)	81(26,2)	0,811
Las derivaciones a ORL se encuentran entre las 3 más frecuentes realizadas en el último mes	9(37,5)	151(48,9)	0,229
Los problemás respiratorios se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	16(66,7)	208(67,3)	1,000
Los problemás crónicos se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	19(79,2)	219(70,9)	0,486
Las problemás del aparato locomotor se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	19(79,2)	209(67,6)	0,361
Los problemás de salud mental se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	1(4,2)	35(11,3)	0,493
Los problemás administrativos se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	16(66,7)	231(74,8)	0,467
Los problemás dermatológicos se encuentran entre los 3 motivos de consulta más frecuentes en el último mes	1(4,2)	5(1,6)	0,553

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero,

TABLA 4: : Distribución de las variables de actividad y organización de la consulta entre los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que si lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA^a	PÉRDIDAS (N=24) N^b (%)^b	VÁLIDOS (N=309) N^b (%)^b	P^c
Participación en alguna actividad educativa grupal en la comunidad de su zona básica en el último año	12(50,0)	157(50,8)	1,000
Participación en alguna reunión de la comunidad de su zona básica en el último año	9(37,5)	104(33,7)	0,823
Participación en alguna actividad educativa o terapéutica grupal en el centro salud en el último año	7(29,2)	77(24,9)	0,630
Participación en actividad educativa en medios comunicación en el último año	2(8,3)	69(22,3)	0,126
Realiza captación activa de HTA en la consulta a demanda	13(54,2)	153(49,5)	0,678
Realiza consejo para dejar de fumar en la consulta a demanda	21 (87,5)	251(81,8)	0,589
Pregunta-registra consumo alcohol en la consulta a demanda	9(37,5)	114(36,9)	1,000
En los últimos 3 meses ha realizado menos de 4 derivaciones a la trabajadora social	20(83,3)	236(76)	0,616
En el último mes ha comentado con la enfermera menos de 4 veces el seguimiento de pacientes	2(8,3)	60(19,4)	0,275

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero,

TABLA 5: Distribución de las variables de formación entre los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que si lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA^a	PÉRDIDAS (N=24) N^b (%)^b	VÁLIDOS (N=309) N^b (%)^b	P^c
No ha presentado ninguna sesión clínica en los últimos 6 meses en su centro de salud	15(62,5)	167(54,0)	0,612
No ha presentado ninguna comunicación oral-póster en congresos en los últimos 3 años	17(70,8)	194(62,8)	0,493
No ha publicado ningún artículo original en los últimos 3 años	20(83,3)	257(83,2)	1,000
En los últimos 3 años ha participado como investigador principal en algún proyecto financiado	1(4,2)	45(14,6)	0,222
En el último mes ha asistido entre 1 y 4 reuniones de equipo de carácter organizativas	17(70,8)	235(76,1)	0,841
En el último mes ha asistido entre 1 y 4 sesiones clínicas	11(45,8)	148(47,9)	0,852
Recibe a los visitantes médicos siempre o casi siempre	24(100)	283(91,6)	0,048
En los últimos 3 meses lee al menos 1 artículo cada 15 días de información terapéutica independiente	21(87,5)	259(83,8)	0,779

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero,

TABLA 6: Distribución de las variables de actividad docente, personales y de formación entre los médicos que no acabaron el seguimiento (pérdidas) y los que si lo hicieron (válidos).

VARIABLE: CATEGORÍA ^a	PÉRDIDAS (N=24) N ^b (%) ^b	VÁLIDOS (N=309) N ^b (%) ^b	P ^c
No ha presentado ninguna sesión clínica en los últimos 6 meses en su centro de salud	15(62,5)	167(54,0)	0,612
No ha presentado ninguna comunicación oral-póster en congresos en los últimos 3 años	17(70,8)	194(62,8)	0,493
No ha publicado ningún artículo original en los últimos 3 años	20(83,3)	257(83,2)	1,000
En los últimos 3 años ha participado como investigador principal en algún proyecto financiado	1(4,2)	45(14,6)	0,222
En el último mes ha asistido entre 1 y 4 reuniones de equipo de carácter organizativas	17(70,8)	235(76,1)	0,841
En el último mes ha asistido entre 1 y 4 sesiones clínicas	11(45,8)	148(47,9)	0,852
Recibe a los visitantes médicos siempre o casi siempre	24(100)	283(91,6)	0,048
En los últimos 3 meses al menos 1 artículo cada 15 días de información terapéutica independiente	21(87,5)	259(83,8)	0,779
Tutor docente acreditado en Medicina Familiar y Comunitaria	2(8,3%)	80(26,1)	*0,053
Durante este curso no es tutor de MIR-1	24(100)	253(82,7)	0,020
Durante este curso no es tutor de MIR-3	24(100)	250(81,7)	0,020
Es doctor en medicina	2(8,3)	29(9,5)	1,000
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR	4(16,7)	121(39,5)	*0,029
Otra especialidad vía MIR	2(8,3)	26(8,5)	1,000
Propietario de plaza de medicina general	13(54,2)	245(79,3)	*0,009
Sexo mujer	7(29,2)	88(28,8)	1,000

a: Las variables estudiadas en la tabla son dicotómicas, o se han dicotomizado para el presente análisis, Así, para cada variable sólo aparece la distribución de una de sus categorías,

b: Los porcentajes entre paréntesis están calculados por columnas (es decir, en cada columna expresan el número de sujetos incluidos en cada categoría de la variable sobre el total de sujetos perdidos y válidos, respectivamente),

c: Valores de p obtenidos tras la aplicación del test chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando no es aplicable el primero,

TABLA 7 : Distribución de las variables personales entre los médicos que acabaron el seguimiento (N válidos=309) y los que no lo hicieron (N pérdidas=24).

VARIABLES	Grupos	media	IC 95%	P ^a
Edad médico	pérdidas	43,33	40,8-45,9	0,319
	válidos	44,16	43,5-44,2	
Tiempo trabajado en la plaza actual (meses)	pérdidas	56,88	24,8-88	0,106
	válidos	88,92	78,5-99,3	
Tiempo trabajado en el centro de salud (meses)	pérdidas	122	106-137	0,493
	válidos	133,37	127-139	
Año de licenciatura	pérdidas	81,42	79,2-83,6	0,531
	válidos	80,71	79,7-81,3	

a: Valores de p obtenidos tras la aplicación del Test T-Student

TABLA 8: Distribución de las variables de percepción de clima organizacional entre los médicos que acabaron el seguimiento (N válidos=309) y los que no lo hicieron (N pérdidas=24).

VARIABLES	Grupos	Media	IC 95%	P ^a
Trabajo en equipo	pérdidas	15,10	16,53-14,65	0,475
	válidos	14,58	14,23-14,93	
Conflicto en el equipo	pérdidas	9,10	8,30-9,90	0,952
	válidos	9,12	8,88-9,35	
Percepción de fracaso-deseo de huida	pérdidas	10,19	9,21-11,17	0,149
	válidos	9,48	9,22-9,73	
Exceso de autonomía personal	pérdidas	7,14	6,63-7,65	0,562
	válidos	6,95	6,93-6,95	
Vida social	pérdidas	7,04	6,29-7,78	0,826
	válidos	7,12	7,10-7,14	
Dirección autoritaria	pérdidas	7,29	6,58-7,99	0,514
	válidos	7,53	7,51-7,55	
Tensiones médico-enfermera	pérdidas	3,83	3,32-4,33	0,997
	válidos	3,83	3,81-3,84	
Clima organizacional positivo	pérdidas	22,43	20,52-24,34	0,425
	válidos	21,70	21,23-22,16	
Clima organizacional negativo	pérdidas	37,48	34,91-40,04	0,632
	válidos	36,90	36,29-37,50	

a :Valores de p obtenidos tras la aplicación del Test T-Student

TABLA 9: Distribución de las variables de las escalas de práctica profesional entre los médicos que acabaron el seguimiento (N=309) y los que no lo hicieron (N=24).

VARIABLES	Grupos	media	IC 95%	P ^a
Escala de demanda inducida por el médico	pérdidas	9,46	8,4-10,5	0,693
	válidos	9,23	8,9-9,6	
Percepción de presión asistencial	Pérdidas	12,39	11,55-13,19	0,474
	válidos	12,76	12,49-13,03	
Perfil psicosocial negativo	pérdidas	8,48	7,64-9,32	0,659
	válidos	8,27	8,03-8,50	
Satisfacción profesional	pérdidas	12,00	11,20-12,80	0,892
	válidos	11,94	11,70-12,17	

a :Valores de p obtenidos tras la aplicación del Test T-Student

TABLA 10: Diferencias encontradas en las escalas de burnout (MBI) entre los médicos que acabaron el seguimiento (N=309) y los que no lo hicieron (N=24).

VARIABLES	Grupos	media	IC 95%	Pa
Cansancio emocional	pérdidas	22,30	17,93-26,68	0,111
	válidos	26,68	25,23-28,13	
Despersonalización	pérdidas	7,78	5,41-10,16	0,985
	válidos	7,81	7,14-8,47	
Realización personal	pérdidas	40,43	37,78-43,09	0,156
	válidos	38,17	37,32-39,02	

a :Valores de p obtenidos tras la aplicación del Test T-Student

TABLA 11: Estudio descriptivo de la distribución de los médicos por género.

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	95	28,5
Hombre	235	70,6
No contesta	3	,9
Total	333	100,0

TABLA 12: Edad de los médicos y tiempo de trabajo (N=333),

	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza 95%	Mínimo	Máximo
Edad médico	44,1	5,7	43,5 - 44,7	31	66
Tiempo trabajado en Centros de Salud (meses)	132,5	53,7	126,7 - 138,3	4	348
Tiempo trabajado en la plaza actual (meses)	93,5	86,6	76,5 - 96,7	2	432

TABLA 13: Estudio descriptivo de la titulación de doctorado en medicina, título de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) vía MIR, poseer otro título y posesión de plaza en propiedad en la actualidad.

	Titulación de Doctorado		Especialidad en MFyC vía MIR		Otra Especialidad		Plaza en propiedad actualmente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	299	89,8	205	61,6	302	90,7	75	22,5
Si	31	9,3	125	37,5	28	8,4	254	76,3
No contesta	3	,9	3	,9	3	,9	4	1,2
Total	333	100,0	333	100,0	333	100,0	333	100,0

TABLA 14: Estudio descriptivo del lugar de la zona básica de salud donde pasa consulta la mayoría de días de la semana y el horario de consulta habitual.

Lugar donde pasa la consulta		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Centro cabecera	274	82,3
Consultorio (1plaza)	16	4,8
Consultorio(>1plaza)	31	9,3
Cabecera + consultorio	7	2,1
Varios consultorios	4	1,2
Otra situacion	1	,3
Total	333	100,0

Horario de consulta		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Por la mañana	77	23,1
4 mañanas + 1 tarde	225	67,6
3 mañanas + 2 tardes	21	6,3
2 mañanas + 3 tardes	6	1,8
1 mañana + 4 tardes	2	,6
Por la tarde	1	,3
Otro horario	1	,3
Total	333	100,0

TABLA 15: Estudio descriptivo de la participación de un administrativo o auxiliar en la gestión de citas, los pacientes que pueden pedir cita por teléfono, los pacientes que se les asigna hora de la cita, y los pacientes que se les asigna hora de la cita para su consulta.

	Frecuencia	Porcentaje
Tiene número tope de citas		
No	49	14,7
Si	283	85,0
No responde	1	,3
Participación de administrativo en la gestión de citas		
No	37	11,1
Si	296	88,9
Los pacientes pueden pedir cita por teléfono		
No	31	9,3
Sí	302	90,7
A los pacientes se les asigna hora de cita para la consulta		
No	29	8,7
Si	304	91,3
Comparte la consulta en jornada laboral con algún miembro del equipo al menos un día a la semana		
No	223	67,0
Si	110	33,0
TOTAL	333	100,0

TABLA 16: Estudio descriptivo del número tope máximo de pacientes citados al día, flujo de citas: N° de citas por unidad de tiempo y número medio de pacientes por día vistos con cita.

N° tope de citas al día		
	Frecuencia	Porcentaje
entre 16 y 20	1	,3
entre 21 y 25	1	,3
entre 26 y 30	7	2,1
entre 31 y 35	25	7,5
entre 36 y 40	51	15,3
entre 41 y 45	65	19,5
entre 46 y 50	43	12,9
entre 51 y 55	28	8,4
entre 56 y 60	33	9,9
>60	43	12,9
No responde	36	10,8
Total	333	100,0

Flujo de citas: N° de citas por unidad de tiempo

	Frecuencia	Porcentaje
1/10 minutos	1	,3
2/15 minutos	15	4,5
3/20 minutos	14	4,2
2/10 minutos	21	6,3
3/15 minutos	134	40,2
4/20 minutos	9	2,7
4/15 minutos	95	28,5
5/15 minutos	19	5,7
Otros	1	,3
No responde	24	7,2
Total	333	100,0

N° medio de pacientes vistos al día con cita

	Frecuencia	Porcentaje
16-20	2	,6
21-25	3	,9
26-30	6	1,8
31-35	24	7,2
36-40	58	17,4
41-45	73	21,9
46-50	51	15,3
51-55	29	8,7
56-60	38	11,4
>60	49	14,7
Total	333	100,0

TABLA 17: Estudio descriptivo del número medio de pacientes vistos sin cita por día, número de días a la semana que ha tenido completa la lista de citas y número medio de días de demora en las citas durante el último mes.

Número medio de pacientes vistos sin cita por día en el último mes		
	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	5	1,5
1-2	32	9,6
3-4	65	19,5
5-6	81	24,3
7-8	36	10,8
9-10	50	15,0
11-12	16	4,8
13-14	4	1,2
15-16	9	2,7
17-18	1	,3
19-20	2	,6
>20	32	9,6
Total	333	100,0
Número de días a la semana que ha tenido completa la lista de citas durante el último mes		
	Frecuencia	Porcentaje
ningún día	34	10,2
1 día/semana	8	2,4
2 días/semana	16	4,8
3 días/semana	23	6,9
4 días/semana	50	15,0
todos los días	201	60,4
No contesta	1	,3
Total	333	100,0
Número medio de días de demora en las citas durante el último mes		
	Frecuencia	Porcentaje
ningún día	101	30,3
1 día de demora	106	31,8
2 días de demora	57	17,1
3 días de demora	36	10,8
4 días de demora	14	4,2
5 días de demora	9	2,7
6 días de demora	4	1,2
7 días de demora	3	,9
>7 días de demora	2	,6
No contesta	1	,3
Total	333	100,0
Frecuencia con que escribe los seguimientos de pacientes, al menos un motivo de consulta, en el ordenador		
	Frecuencia	Porcentaje
<20%	18	5,4
21-60%	35	10,5
61-95%	63	18,9
>95%	214	64,3
No contesta	2	,6
Total	333	100,0

TABLA 18: Estudio descriptivo de las variables de gestión de la Incapacidad Temporal (IT): Frecuencia con que realiza los partes de IT en consulta a demanda con impresora, sistema agilizar-optimizar los partes de IT, profesional del equipo que cumplimenta los datos del paciente y profesional que entrega al paciente en los partes de IT.

Frecuencia con que realiza los partes de Incapacidad Temporal en consulta a demanda con impresora		
	Frecuencia	Porcentaje
no tengo impresora	19	5,7
<20%	70	21,0
20-60%	12	3,6
61-95%	13	3,9
>95%	219	65,8
Total	333	100,0
Sistema para agilizar-optimizar los partes de Incapacidad Temporal		
No	190	57,1
Si	143	42,9
Total	333	100,0
Profesional del equipo que cumplimenta los datos del paciente en los partes de IT		
Yo en consulta a demanda	239	71,8
Yo fuera de consulta a demanda	72	21,6
Enfermero	1	,3
Auxiliar clínica	6	1,8
Administrativo	10	3,0
Otra persona	5	1,5
Total	333	100,0
Acumulación para la entrega de partes de IT al mismo paciente,		
No	191	57,4
Si	142	42,6
Total	333	100,0
Profesional que entrega al paciente en los partes de IT		
Yo en consulta a demanda	262	78,7
Yo fuera de consulta a demanda	20	6,0
Enfermero	1	,3
Auxiliar clínica	6	1,8
Administrativo	40	12,0
Otra persona	4	1,2
Total	333	100,0

TABLA 19: Estudio descriptivo de las variables de gestión de las Recetas de Largo Tratamiento (RLT): Frecuencia con que realiza las recetas, utilización de algún sistema para agilizar-optimizar la entrega las recetas, profesional que cumplimenta los datos del paciente en la receta y profesional que entrega las RLT al paciente.

Frecuencia con que realiza las recetas de consulta a demanda con impresora		
	Frecuencia	Porcentaje
no tengo impresora	15	4,5
<20%	27	8,1
20-60%	6	1,8
61-95%	34	10,2
>95%	251	75,4
Total	333	100,0

Utilización de algún sistema para agilizar-optimizar la entrega las Recetas de Largo Tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
No	177	53,2
Si	156	46,8
Total	333	100,0

Profesional que cumplimenta los datos del paciente en la Recetas de Largo Tratamiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Yo en consulta a demanda	202	60,7
Yo fuera de consulta a demanda	47	14,1
Enfermero	55	16,5
Auxiliar clínica	11	3,3
Administrativo	14	4,2
Otra persona	4	1,2
Total	333	100,0

Profesional que entrega las Recetas de Largo Tratamiento al paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
Yo en consulta a demanda	201	60,4
Yo fuera de consulta a demanda	23	6,9
Enfermero	56	16,8
Auxiliar clínica	14	4,2
Administrativo	34	10,2
Otra persona	5	1,5
Total	333	100,0

TABLA 20: Estudio descriptivo de la disponibilidad de tiempo y espacio y número de visitas programadas que ha concertado por semana en el último mes fuera del horario de consulta a demanda; frecuencia con que escribe los seguimientos de pacientes, al menos un motivo de consulta, en el ordenador.

Disponibilidad de tiempo y espacio de consulta programada fuera del horario de consulta a demanda		
	Frecuencia	Porcentaje
No	122	36,6
Si	210	63,1
No contesta	1	,3
Total	333	100,0
Número de visitas programadas que ha concertado por semana en el último mes		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	81	24,3
1-2 / semana	85	25,5
3-4 / semana	79	23,7
5-6 / semana	40	12,0
7-8 / semana	14	4,2
9-10 / semana	14	4,2
11-14 / semana	7	2,1
15-20 / semana	4	1,2
>20 semana	8	2,4
No contesta	1	,3
Total	333	100,0

TABLA 21: Estudio descriptivo del número de visitas programadas concertadas para realizar revisión-seguimiento a pacientes crónicos de HTA, EPOC, diabetes o dislipemia; para realizar algún tipo de infiltración, cirugía menor, psicoterapia, diagnosticar mejor, programa de la mujer en el último mes.

	Visitas programadas para seguimiento de crónicos	Visitas programadas para realizar infiltración	Visitas programadas para cirugía menor	Visitas programadas para psicoterapia	Visitas programadas para diagnóstico mejor	Visitas programadas para programa de la mujer
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ninguna	97 (29,1)	270(81,1)	259(77,8)	172(51,7)	81(24,3)	77(23,1)
<6 al mes	107(32,1)	54(16,2)	50(15,0)	129(38,7)	182(54,7)	56(16,8)
6-10 al mes	67(20,1)	6(1,8)	10(3,0)	28(8,4)	50(15,0)	69(20,7)
11-15 al mes	24(7,2)	1(0,3)	6(1,8)	1(0,3)	11(3,3)	45(13,5)
16-20 al mes	20(6,0)	0	1(0,3)	1(0,3)	3(0,9)	26(7,8)
>20 al mes	16(4,8)	0	5(1,5)	0	4(1,2)	58(17,7)
>20 al mes	2(0,6)	2(0,6)	2(0,6)	2(0,6)	2(0,6)	2(0,6)
No contesta	333(100)	333(100)	333(100)	333(100)	333(100)	333(100)
Total						

TABLA 22: Estudio descriptivo del número de visitas domiciliarias programadas a pacientes impedidos y si ha tratado de resolver algún aviso domiciliario urgente por teléfono en el último mes.

	Número de visitas domiciliarias programadas a pacientes impedidos		Ha tratado de resolver algún aviso domiciliario urgente por teléfono	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	28	8,4	154	46,2
<6 al mes	183	55,0	145	43,5
6-10 al mes	92	27,6	25	7,5
11-15 al mes	20	6,0	3	,9
16-20 al mes	6	1,8	2	,6
>20 al mes	2	,6	2	,6
No contesta	2	,6	2	,6
Total	333	100,0	333	100,0

TABLA 23: Estudio descriptivo de si ha concertado algún seguimiento clínico o ha tratado de resolver alguna consulta clínica a demanda por teléfono en el último mes.

	Ha concertado seguimiento telefónico		Ha tratado de resolver alguna consulta clínica por teléfono	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	182	54,7	92	27,6
<6 al mes	124	37,2	185	55,6
6-10 al mes	21	6,3	42	12,6
11-15 al mes	3	,9	7	2,1
16-20 al mes	1	,3	4	1,2
No contesta	2	,6	1	,3
Total	333	100,0	2	,6
			333	100,0

TABLA 24: Estudio descriptivo de del número medio de avisos domiciliarios urgentes por semana en el último mes.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	44	13,2
1-2	115	34,5
3-4	97	29,1
5-6	34	10,2
7-8	23	6,9
9-10	10	3,0
13-14	1	,3
15-16	5	1,5
19-20	1	,3
>20	1	,3
No contesta	2	,6
Total	333	100,0

TABLA 25 : Estudio descriptivo del orden de frecuencia de los motivos de consulta atendidos en el ultimo mes.

	Frecuencias (%)					
	Respiratorio agudo	Enfermedad crónica ¹	Locomotor	Salud Mental	Administrativo	Dermatología
1	66 (19,8)	58 (17,4)	31 (9,3)	6 (1,8)	167 (50,2)	1 (,3)
2	81 (24,3)	102 (30,6)	96 (28,8)	9 (2,7)	35 (10,5)	3 (,9)
3	77 (23,1)	78 (23,4)	101 (30,3)	21 (6,3)	45 (13,5)	2 (,6)
4	63 (18,9)	71 (21,3)	87 (26,1)	42 (12,6)	48 (14,4)	14 (4,2)
5	29 (8,7)	12 (3,6)	9 (2,7)	153 (45,9)	19 (5,7)	102 (30,6)
6	9 (2,7)	7 (2,1)	2 (,6)	94 (28,2)	11 (3,3)	203 (61,0)
No contesta	8 (2,4)	5 (1,5)	7 (2,1)	8 (2,4)	8 (2,4)	8 (2,4)
Total	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)

¹ Seguimientos o problemas relacionados con pacientes crónicos (hipertensión, diabetes, dislipemias o EPOC/asma)

TABLA 26 : Estudio descriptivo del orden medio de los motivos de consulta atendidos en el último mes.

MOTIVO DE CONSULTA	MEDIA	I,C, 95%	MEDIANA
Administrativo	2,23	2,07 - 2,39	1
Crónicos ¹	2,69	2,56 - 2,82	3
Respiratorio agudo	2,80	2,65- 2,95	3
Locomotor	2,86	2,75 - 2,97	3
Salud Mental	4,87	4,75 - 4,49	5
Dermatología	5,53	5,45 - 5,61	6

¹ Seguimientos o problemas relacionados con pacientes crónicos (hipertensión, diabetes, dislipemias o EPOC/asma)

TABLA 27: Estudio descriptivo del número medio de pacientes difíciles o pacientes-problema vistos con cita en el último mes.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	12	3,6
1-2	121	36,3
3-4	84	25,2
5-6	47	14,1
7-8	18	5,4
9-10	21	6,3
11-12	5	1,5
15-16	6	1,8
17-18	2	,6
>20	16	4,8
No contesta	1	,3
Total	333	100,0

TABLA 28: Estudio descriptivo del orden de frecuencia de las derivaciones realizadas a especialidades en el último mes(N=333).

	Frecuencias (%)					
	Respiratorio	Dermatología	Traumatología	Cardiología	Salud Mental	ORL
1	4 (1,2)	22 (6,6)	276 (82,9)	9 (2,7)	6 (1,8)	11 (3,3)
2	32 (9,6)	72 (21,6)	29 (8,7)	83 (24,9)	29 (8,7)	81 (24,3)
3	61 (18,3)	73 (21,9)	10 (3,0)	59 (17,7)	53 (15,9)	68 (20,4)
4	57 (17,1)	61 (18,3)	3 (,9)	73 (21,9)	71 (21,3)	59 (17,7)
5	69 (20,7)	55 (16,5)	2 (,6)	72 (21,6)	59 (17,7)	67 (20,1)
6	101 (30,3)	42 (12,6)	6 (1,8)	28 (8,4)	107 (32,1)	39 (11,7)
No contesta	9 (2,7)	8 (2,4)	7 (2,1)	9 (2,7)	8 (2,4)	8 (2,4)
Total	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)

Tabla 29: Estudio descriptivo del orden medio de las derivaciones realizadas a especialidades en el último mes (N=333).

ESPECIALIDAD	MEDIA	I,C, 95%	MEDIANA
Traumatología	1,29	1,20 - 1,38	1
Dermatología	3,56	3,40 - 3,72	3
Cardiología	3,62	3,47 - 3,77	4
O,R,L,	3,64	3,48 - 3,80	4
Respiratorio	4,41	4,26 - 4,56	5
Salud Mental	4,44	4,29 - 4,59	5

TABLA 30: Estudio descriptivo del número de derivaciones realizadas a la trabajadora social (TS) en los últimos 3 meses y número de veces que en el último mes ha comentado con la enfermera el seguimiento de algún paciente.

	Nº DE DERIVACIONES A TS		Nº DE VECES QUE HA COMENTADO CON LA ENFERMERA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	28	8,4	2	,6
1-2 veces	124	37,2	17	5,1
3-4 veces	104	31,2	43	12,9
5-6 veces	36	10,8	40	12,0
>6 veces	39	11,7	229	68,8
No contest	2	,6	2	,6
Total	333	100,0	333	100,0

TABLA 31: Estudio descriptivo de los turnos de atención continuada, duración en horas de los turnos realizados de lunes a viernes fuera de la jornada habitual de 7 horas y turnos de atención continuada realizados fuera de su zona básica.

Turnos de atención continuada de lunes a viernes		
	Frecuencia	Porcentaje
No realiza	121	36,3
<4 días al mes	100	30,0
entre 4 y 6 días al mes	99	29,7
entre 7 y 9 días al mes	6	1,8
>9 días al mes	7	2,1
Total	333	100,0

Duración en horas de los turnos de atención continuada		
	Frecuencia	Porcentaje
Cero horas	123	36,9
<= 2 horas	14	4,2
3-6 horas	7	2,1
7-10 horas	9	2,7
11-15 horas	38	11,4
>15 horas	142	42,6
Total	333	100,0

Turnos de atención continuada realizados fuera de su zona básica		
	Frecuencia	Porcentaje
No	266	79,9
Si	67	20,1
Total	333	100,0

TABLA 32: Estudio descriptivo de los turnos de atención continuada y duración en horas de los turnos realizados en sábado.

Turnos de atención continuada en sábado		
	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	2	,6
No realiza	108	32,4
<1 sábado cada 2 meses	53	15,9
entre 1-2 sábados cada 2 meses	158	47,4
>1 sábado al mes	12	3,6
Total	333	100,0

Duración en horas de los turnos realizados en sábado.		
	Frecuencia	Porcentaje
Cero horas	107	32,1
<6 horas	14	4,2
6-12 horas	49	14,7
13-20 horas	7	2,1
>20 horas	156	46,8
Total	333	100,0

TABLA 33: Estudio descriptivo de los turnos, y duración de los turnos de atención continuada realizados en domingo.

Turnos de atención continuada realizados en domingo		
	Frecuencia	Porcentaje
No contesta	2	,6
No realiza	158	47,4
<1 domingo cada 2 meses	45	13,5
1-2 domingos cada 2 meses	123	36,9
>1 domingo al mes	5	1,5
Total	333	100,0

Duración de los turnos de atención continuada realizados en domingo		
	Frecuencia	Porcentaje
Cero horas	158	47,4
<6 horas	1	,3
6-12 horas	1	,3
13-20 horas	9	2,7
>20 horas	164	49,2
Total	333	100,0

TABLA 34 : Estudio descriptivo de la frecuencia de participación en actividades comunitarias de la zona básica de salud en el último año.

	Frecuencias (%)	
	Actividad educativa grupal en la comunidad	Reunión de la comunidad
Ninguna	164 (49,2)	220 (66,1)
1-2 al año	103 (30,9)	78 (23,4)
3-4 al año	38 (11,4)	24 (7,2)
5-6 al año	11 (3,3)	5 (1,5)
7-8 al año	6 (1,8)	2 (,6)
>8 al año	9 (2,7)	1 (,3)
No contesta	2 (,6)	2 (,6)
Total	333 (100,0)	333 (100,0)

TABLA 35: Estudio descriptivo de la frecuencia de participación en actividades de educación para la salud grupal y/o en medios de comunicación durante el último año.

	Frecuencias (%)	
	Actividad educativa o terapéutica grupal en el Centro de Salud	Actividad educativa o divulgativa en medios de comunicación
Ninguna	284 (74,5)	261 (78,4)
1-2 al año	57 (17,1)	54 (16,2)
3-4 al año	15 (4,5)	6 (1,8)
5-6 al año	5 (1,5)	4 (1,2)
7-8 al año	1 (,3)	1 (,3)
9-10 al año	1 (,3)	1 (,3)
>10 al año	4 (1,2)	3 (,9)
No contesta	2 (,6)	2 (,6)
Total	333 (100,0)	333 (100,0)

TABLA 36: Estudio descriptivo de la frecuencia de actividades preventivas realizadas en la consulta durante el último mes.

	Frecuencias (%)		
	Captación activa de hipertensos	Consejo para dejar de fumar	Pregunta y registro de consumo de alcohol
<10%	167 (50,2)	61 (18,3)	210 (63,1)
10-30%	111 (33,3)	86 (25,8)	75 (22,5)
31-60%	35 (10,5)	80 (24,0)	28 (8,4)
61-90%	9 (2,7)	42 (12,6)	13 (3,9)
>90%	9 (2,7)	62 (18,6)	5 (1,5)
No contesta	2 (,6)	2 (,6)	2 (,6)
Total	333 (100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)

TABLA 37: Estudio descriptivo de la frecuencia de actividades de formación continuada realizadas y actividades de investigación en los últimos 3 años.

	Sesiones clínicas impartidas (últimos 6 meses)	Asistencia a sesiones clínicas (último mes)	Presentación de póster o comunicación oral (últimos 3 años)	Publicación de algún artículo original en revistas médicas (últimos 3 años)
Ninguna	182 (54,7)	95 (28,5)	211 (63,4)	277 (83,2)
1-2 veces	103 (30,9)	104 (31,2)	65 (19,5)	45 (13,5)
3-4 veces	31 (9,3)	55 (16,5)	25 (7,6)	3 (9)
5-6 veces	8 (2,4)	24 (7,2)	8 (2,4)	1 (,3)
>6 veces	7 (2,1)	53 (15,9)	22 (6,6)	4 (,2)
No contesta	2 (0,6)	2 (,6)	2 (,6)	2 (,6)
Total	333 (100,0)	333(100,0)	333 (100,0)	333 (100,0)

TABLA 38: Estudio descriptivo de los proyectos de investigación financiados (FIS, SAS, Organismo Europeo) en los últimos 3 años.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	12,9
No	287	86,2
No contesta	1	,3
Total	333	100,0

TABLA 39: Estudio descriptivo del número de reuniones de equipo a las que ha asistido en el último mes.

	Frecuencia	Porcentaje
ninguna	33	9,9
1-2	139	41,7
3-4	113	33,9
5-6	16	4,8
>6	30	9,0
No contesta	2	,6
Total	333	100,0

TABLA 40: Estudio descriptivo de la actividad como docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

ACTIVIDAD	SI	NO	NO CONTESTA	TOTAL
Es tutor docente acreditado por la Unidad Docente de MFyC	82 (24,6)	248 (74,5)	3 (0,9)	333 (100,0)
Tiene R1 durante este año	53 (15,9)	277 (83,2)	3 (0,9)	333 (100,0)
Tiene R3 durante este año	56 (16,8)	274 (82,3)	3 (0,9)	333 (100,0)

TABLA 41: Estudio descriptivo de la frecuencia con que recibe a los visitantes médicos.

	Recibe visitantes médicos		Ha leído artículo o revista de información terapéutica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	1,5	3	,9
Casi nunca	8	2,4	50	15,0
A veces	13	3,9	56	16,8
Casi siempre	116	34,8	74	22,2
Siempre	189	56,8	148	44,4
No contesta	2	,6	2	,6
Total	333	100,0	333	100,0

Tabla 42: Estudio descriptivo de las variables de utilización de las consultas: total de visitas recibidas en el año de seguimiento, tamaño del cupo según la Base de Datos de Usuarios (BDU), pacientes distintos vistos en consulta (PDV), Presión asistencial y Frecuentación.

	N	Media	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo
Tamaño del cupo según BDU	302	1.658	304	1.6 – 1.6	738	2.949
Total de visitas en el año de seguimiento	309	10.960	2.549	10.675 – 11.246	4.715	24.548
Pacientes distintos vistos en el año de seguimiento	304	1.555	338	1.516 – 1.593	509	2.949
BDU corregida por PDV	304	1658	304	1.623-1.692	738	2.949
Presión asistencial	301	52	12	38 - 64	22	117
Frecuentación	301	6,75	1,76	6,5 - 6,9	3,20	13,5

Tabla 43: Estudio descriptivo de los pacientes mayores y morbilidad crónica por cupo médico.

	N	Media	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo
BDU* 65-74 años	298	165	41	161 - 169	51	294
BDU* >74 años	298	122	39	118 - 126	28	297
BDU* >64 años	297	288	75	280 - 296	103	590
Hipertensos	307	248	75	240 - 256	44	579
Diabéticos	306	112	38	108 - 116	23	322
Dislipémicos	286	91	70	93 - 99	0	373
EPOC/Enfisema	305	36	25	34 - 38	0	220
Asma	302	32	29	28 - 36	0	197
Total crónicos	281	525	184	503 - 547	81	1437
Crónicos vistos por enfermería	137	292	109	274 - 310	0	586

*BDU: Base de datos de Usuarios,

Tabla 44: Estudio descriptivo de los indicadores cuantitativos y cualitativos de prescripción farmacéutica.

	N	Media	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo
Gasto en Farmacia (euros)	310	268,147	72,000	260,133 - 276,161	69,420	504,209
% Gasto en VINES	310	12,22	4,27	11,75 - 12,69	1,13	25,14
ARAI / IECAS	87	18,67	12,95	15,97 - 21,37	0,05	52,98
B-bloqueantes + diuréticos / total antihipertensivos	76	21,36	4,81	20,28 - 22,44	12,87	32,93
Índice de Exposición a antibióticos	76	12,04	5,03	10,92 - 13,16	1,48	34,04
Cefalosporinas de 3ª generación /Total antibióticos	76	1,52	2,19	1,03 - 2,01	0	14,84
Índice de Exposición a antiulcerosos	76	37,44	10,2	35,15 - 39,73	3,05	69,59
Metformina / Total antidiabéticos orales	75	15,29	8,05	13,47 - 17,11	0,94	41,22
Ibuprofeno+Naproxeno+Diclofenaco / Total AINES	86	53,23	17,47	49,55 - 56,91	0,31	86,56

Tabla 45: Estudio descriptivo de los cuestionarios de demanda inducida, perfil de práctica profesional y satisfacción laboral (N=333).

	Media	Mediana	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo	Nº items¹
Demanda inducida	9,25	9	3,05	8,92 - 9,58	4	16	4
Percepción de carga de trabajo	12,73	13	2,38	12,48 - 12,98	5	16	4
Practica biomédica	8,29	8	2,15	8,06 - 8,52	3	12	3
Satisfacción profesional	11,94	12	2,11	11,71 - 12,17	4	16	4

¹Rango de respuestas 1 a 4

Tabla 46: Estudio descriptivo del cuestionario multidimensional de Clima Organizacional (N=333).

	Media	Mediana	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo	Nº items ¹
Trabajo en equipo	14,6	15	3,19	14,25 - 14,95	6	24	6
Conflicto	9,12	9	2,11	8,89 - 9,35		16	4
Percepción de fracaso	9,53	9	2,17	9,30 - 9,76	4	16	4
Exceso de autonomía	6,96	7	1,50	6,80 - 7,12	4	12	3
Vida social	7,12	7	1,67	6,94 - 7,30	3	12	3
Dirección autoritaria	7,51	7	1,62	7,33 - 7,69	3	12	3
Tensión médico-enfermera	3,83	4	1,31	3,69 - 3,97	2	8	2
Clima positivo ²	21,7	22	4,06	21,25 - 22,15	9	36	9
Clima negativo ³	36,9	37	5,36	36,31 - 37,49	21	61	16
Clima negativo ajustado ⁴	30,19	30	8,32	29,27 - 31,11	0	64	

¹Rango de respuestas 1 a 4

²clima positivo = (trabajo en equipo) + (vida social)

³clima negativo = (conflicto) + (percepción fracaso) + (exceso de autonomía) + (dirección autoritaria) + (Tensión médico-enfermera)

⁴Clima negativo ajustado = (clima negativo) - (clima positivo) + 15

Tabla 47: Estudio descriptivo del cuestionario de burnout MBI* (N=333),

	Media	Mediana	Desviación estándar	Intervalo de Confianza al 95%	Mínimo	Máximo	Nº items ¹
Cansancio emocional	26,37	25	12,67	25,00 - 27,74	0	54	9
Despersonalización	7,80	7	5,82	7,17 - 8,43	0	27	5
Realización personal	38,33	39	7,37	37,53 - 39,13	6	48	8

¹Rango de respuestas 0 a 6

*MBI= Máslach Burnout Inventori, El 10,5% de los médicos presentaron puntuaciones altas en las 3 dimensiones del MBI.

TABLA 48: Estudio descriptivo de las variables de centro de salud: población, recursos humanos, reuniones, formación, isocronas y grado de dispensarización, N=333.

VARIABLES	MEDIA	DE	IC 95%	MINIMO	MAXIMO
Nº habitantes de la Zona Básica de Salud (ZBS)	24.987	7.754	24.142-25.832	10.204	38.892
Nº habitantes >64 años de la ZBS	3.659	1.464	3.494-3825	1593	8.000
Nº médicos de familia	12	4	12-13	6	20
Nº pediatras	3	1,2	2,9-3	1	5
Nº médicos (médicos de familia + pediatras)	15,8	5	15-16	7	25
Ratio población (nº habitantes de la ZBS) / nº médicos	1.600	265	1.572-1.629	1.168	2.627
Nº enfermeras	12,4	4,2	12-13	4	21
Ratio población / enfermeras	2.067	481	2.015-2.120	1.224	3.710
Nº auxiliares de clínica	2,99	1	2,8-3,1	1	6
Ratio población / nº auxiliares de clínica	8.648	2.123	8.416-8.879	2.220	13.136
Nº trabajadoras sociales	0,9	0,21	0,92-0,97	0	1
Nº UAU (Unidad de Atención Administrativa)	4,5	1,36	4,35-4,64	2	9
Ratio población / nº UAU	3.108	1.148	2.981-3.235	1.110	5.556
Nº reuniones organizativas del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)	2,7	2,3	2,4-2,9	0	12
Nº sesiones clínicas	4,9	3,98	4,5-5,3	0	15
Nº reuniones con especialistas	1,4	0,4	1,4-1,5	1	2
Nº tutores de MFyC acreditados en el EBAP	2	2,9	1,7-2,4	0	10
Nº residentes MFyC R3 en el EBAP	1,4	0,5	1,3-1,4	0	2
Escala del grado de dispensarización del EBAP	9,6	2,2	9,3-9,8	6	14
Tiempo de traslado del EBAP al hospital más cercano	2,9	2		1	8
Nº habitantes del municipio del centro de salud	3,5	1,4		1	6

TABLA 49: Estudio descriptivo de las variables de organización del centro de salud: dispensarización, programás, acceso a tecnologías y disponibilidad y acreditaciones.

VARIABLES	N(%)	
	No	Si
Dispensarización de avisos domiciliarios urgentes	186(55,9)	147(44)
Dispensarización de consulta no demorable	132(39,6)	201(60,4)
Dispensarización del programa de la mujer	125(37,5)	208(62,5)
Dispensarización otros servicios médicos	185(55,6)	148(44,4)
Dispensarización consulta de enfermería	151(45,3)	182(54,7)
Dispensarización otros servicios de enfermería	128(38,4)	205(61,6)
Programa de control de embarazo	333(100)	0
Programa planificación familiar	333(100)	0
Programa diagnóstico precoz cáncer cuello uterino	161(48,3)	172(51,7)
Programa inserción DIU	254(76,3)	72(21,6)
Programa de vacunaciones	333(100)	0
Programa PAPPS	194(58,3)	96(28,8)
Programa de hipertensión	8(2,4)	317(95,2)
Programa de diabetes	8(2,4)	317(95,2)
Programa de dislipemias	73(21,9)	252(75,7)
Programa de obesidad	142(42,6)	183(55)
Programa de tabaquismo	177(53,2)	142(42,6)
Programa de cardiovascular	184(55,3)	135(40,5)
Programa del anciano	84(25,2)	241(72,4)
Programa de terminales	38(11,4)	287(86,2)
Programa de salud mental	228(68,5)	98(29,4)
Programa de metadona	77(23,1)	256(76,9)
Programa de cirugía menor	31(9,3)	302(90,7)
Programa de educación maternal en grupo	333(100)	0
Programa de educación crónicos en grupo	124(37,2)	209(62,8)
Programa de educación otros grupos	116(34,8)	211(63,4)
Programa visita puerperal	333(100)	0
Programa de rehabilitación	233(70)	100(30)
Programa de formación continuada	40(12)	293(88)
Programa de cartillas de largo tratamiento	130(39)	184(55,3)
ECG	333(100)	0
Rx disponible	150(45)	183(55)
Espirómetro disponible	206(62)	127(38,1)
Peak-flow disponible	178(53,5)	155(46,5)
Reflectómetro disponible	147(44)	179(53,8)
Sonicaid disponible	6(1,8)	327(98,2)
Doppler disponible	280(84)	53(16)
Microscopio disponible	185(55,6)	148(44,4)
Ecografías	246(73,9)	87(26,1)
Acceso a Rx de contraste	276(82,9)	57(17)
Acceso a ecografías	173(52)	160(48)
Acceso a EEG	333(100)	0
Acceso a mamografías	242(72,7)	91(27,3)
Acceso a endoscopias	292(87,7)	41(12,3)
Acceso a EEG	308(92,5)	25(7,5)
Centro de salud acreditado para docencia MFyC	176(53)	147(44)
Centro de salud con comisión de garantía de calidad	219(65,8)	114(34,2)

TABLA 50: Estudio descriptivos (media), en el año de seguimiento, de las variables de utilización y características poblacionales de la Base de Datos de Usuarios (BDU), de las Zonas Básicas de Salud de Málaga.

ZONAS BASICAS DE SALUD	VISITAS TOTALES	FRECUENTACION	PACIENTES DISTINTOS VISTOS (PDV)	POBLACION (BDU) CORREGIDA POR PDV	POBLACIÓN (BDU) 65-74 AÑOS	POBLACIÓN (BDU) >74 AÑOS	POBLACIÓN (BDU) >64 AÑOS
ALHAURIN-CHURRIANA	11736	7,30	1449	1443	139	124	274
CARRANQUE	7597	5,02	1418	1479	160	142	297
DELICIAS	10873	7,06	1583	1628	158	111	275
EL PALO	8444	5,26	1422	1589	148	105	255
LIMONAR	9001	4,01	1571	2241	167	158	313
PORTADA ALTA	10061	5,59	1531	1768	125	95	218
PUERTO DE LA TORRE	10953	6,06	1628	1794	132	90	217
TRINIDAD	9358	7,32	1247	1343	185	132	324
SAN ANDRÉS - EL TORCAL	10154	6,94	1443	1504	129	73	200
ARCHIDONA	14768	10,98	1301	1525	175	119	293
MOLLINA	13480	9,90	1488	1488	139	96	246
NERJA	7910	5,43	1269	1597	164	101	266
TORROX	15542	11,45	1320	1335	170	134	323
VELEZ NORTE	12681	7,42	1472	1716	166	130	296
LAS ALBARIZAS	10615	5,91	1362	1700	136	88	224
FUENGIROLA OESTE	10421	6,63	1125	1526	151	101	259
LEGANITOS	9234	5,33	1183	1589	120	80	200
SAN PEDRO DE ALCANTARA	10949	7,16	1431	1706	105	77	184
ALHAURIN EL GRANDE	11152	7,04	1413	1549	141	110	257
ALORA	10789	7,79	1426	1582	215	141	358
CAMPANILLAS	10401	6,41	1575	1643	131	72	193
COIN	10239	6,64	1390	1537	159	114	266
RONDA NORTE	9810	5,95	1931	1931	186	131	313

TABLA 51 : Estudio descriptivo (mediana) de la morbilidad crónica detectada y registrada, y de la demanda inducida por el profesional en las Zonas Básicas de Salud de Málaga.

ZONAS BASICAS DE SALUD	HIPERTENSION	DIABETES	DISLIPEMIA	EPOC	ASMA	CRONICOS ¹	DEMANDA INDUCIDA POR EL PROFESIONAL ²
ALHAURIN-CHURRIANA	234	113	37	19	26	448	9
CARRANQUE	280	121	130	24	48	648	12,5
DELICIAS	296	114	127	28	33	571	12
EL PALO	296	119	140	38	24	577	13
LIMONAR	261	76	120	26	27	509	10,5
PORTADA ALTA	196	84	124	18	27	445	12,5
PUERTO DE LA TORRE	234	96	94	27	68	517	10
TRINIDAD	253	109	58	31	32	487	10
SAN ANDRES-EL TORCAL	247	111	123	26	29	494	12,5
ARCHIDONA	315	134	161	69	46	693	8
MOLLINA	243	110	151	50	16	568	10
NERJA	226	100	17	16	14	359	11
TORROX	269	118	102	51	23	568	11
VELEZ NORTE	273	153	77	45	21	652	10
LAS ALBARIZAS	238	124	209	25	61	664	9
FUENGIROLA OESTE	226	100	175	41	48	577	8,5
LEGANITOS	204	88	76	32	40	481	9
SAN PEDRO DE ALCANTARA	206	111	85	33	35	517	10
ALHAURIN EL GRANDE	301	98	101	38	22	578	12
ALORA	251	101	63	37	16	479	9
CAMPANILLAS	200	100	60	50	29	429	10,5
COIN	260	94	43	25	22	449	12
RONDA NORTE	249	115	98	36	26	571	11

¹ Sumatorio de hipertensos, diabéticos, dislipémicos, EPOC y asmáticos,

² Mayor puntuación en la escala de demanda inducida por el profesional refiere menor demanda inducida,

TABLA 52. Estudio descriptivo (mediana) de las variables de gasto farmacéutico, visitas programadas (VP) y consultas telefónicas (CT) de las Zonas Básicas de Salud de Málaga.

ZONAS BASICAS DE SALUD	Gasto anual farmacia (pesetas) ¹	% de gasto en VINES ¹	VP frecuencia	VP cronicos	VP psicoterapia	VP mejor diagnostico	VP domiciliaria	CT domiciliaria urgente	CT seguimiento clínico	CT demanda
ALHAURIN-CHURRIANA	54,887,923	10,94	5	2	1	2	2,5	2	1,5	2
CARRANQUE	47,109,922	6,55	4	4	2	3	3	2	2	2
DELICIAS	54,240,460	9,64	3	2	2	2	3	2	2	2
EL PALO	47,869,158	8,97	2	2	2	2	2	2	2	2
LIMONAR	49,786,134	11,05	3	3	2,5	2	2,5	2	2	4
PORTADA ALTA	37,477,476	11,54	5	5,5	2	4	3	2	1	2
PUERTO DE LA TORRE	37,768,281	10,99	2	1,5	1	2	2	2	2	2
TRINIDAD	51,695,704	12,88	2	2	1	2	3	2	2	2
SAN ANDRÉS-EL TORCAL	47,819,025	8,61	4	2,5	2	2	3	2	2	2
ARCHIDONA	40,657,113	10,00	3	3	2	2	2	1	1	2
MOLLINA	35,399,468	10,00	2,5	2,5	1	2	2,5	2	1	2
NERJA	37,156,669	10,21	2	2,5	1	2	2	1	1,5	2
TORROX	30,208,649	7,51	2	2	2	2	2	2	2	3
VELEZ NORTE	58,067,728	10,61	1	1	1	1	2	2	1	2
LAS ALBARIZAS	40,301,826	7,84	3	3	2	3	2	2	1	2
FUENGIROLA OESTE	46,765,651	9,95	1,5	1	1	1	2	2	2	2
LEGANITOS	38,509,985	11,07	2	1	1	2	3	2	1	2
SAN PEDRO DE ALCANTARA	33,411,567	8,46	1	2	1	2	2	2	1	2
ALHAURIN EL GRANDE	49,898,906	19,94	5	4	2	3	3	2	1	2
ALORA	50,153,240	19	1	1	1	1	2	2	1	2
CAMPANILLAS	43,559,961	17,39	2	1,5	1	1,5	2	1,5	1,5	2
COIN	34,577,046	18,51	2	2,5	1	2	2,5	2	1	2
RONDA NORTE	48,280,751	14,62	3	2	2	2	2	2	2	2

¹ Medias en vez de medianas,

TABLA 53: Estudio descriptivo (mediana) de variables del proveedor de las Zonas Básicas de Salud de Málaga

ZONAS BASICAS DE SALUD	MC ¹ CRONICOS	MC ¹ SALUD MENTAL	MC ¹ ADMINISTRATIVO	DERIVACION SALUD MENTAL	DERIVACION T.SOCIAL	COMENTAR ENFERMERA	RECIBIR VISITADORES MEDICOS	TIEMPO TRABAJO EN PLAZA (MESES)	EDAD AÑOS
ALHAURIN-CHURRIANA	2	5	2	5	2,5	4	5	15	42,5
CARRANQUE	3	4	4	4	3	5	4	71,5	40
DELICIAS	3	4,5	2	6	3	3	4	130	42
EL PALO	2	5	3	6	3	5	4	180	45
LIMONAR	2	5,5	1	4	3	4	5	34	46,5
PORTADA ALTA	2,5	5	1	2	3,5	4	4	34,5	44,5
PUERTO DE LA TORRE	2	5	2,5	4	2,5	4,5	4,5	21,5	41
TRINIDAD	2	4	1	3	2	4	5	24	47
SAN ANDRÉS - TORCAL	2	4,5	4	4	4	4	4	120	41
ARCHIDONA	3	5	1,5	4	2	5	5	5	43
MOLLINA	2	5	1	6	2,5	5	4	51	41
NERJA	2,5	5	4	3,5	2	3,5	5	87	43,5
TORROX	4	4	3	5	3	5	5	64	42
VELEZ NORTE	3	5	1	4	2	5	5	108	46
LAS ALBARIZAS	4	5	1	4	3,5	5	4,5	125	40,5
FUENGIROLA OESTE	2,5	5	1	6	2	3,5	4	21	42
LEGANITOS	3	5	2	5	8	4	5	36	43
SAN PEDRO DE ALCANTARA	2,5	4	1,5	4,5	3	5	4	36	42
ALHAURIN EL GRANDE	2	6	3	6	3	5	5	20	43
ALORA	2	6	2	5	2	5	5	67	42
CAMPANILLAS	2,5	5	2	3,5	2,5	5	5	36	41
COIN	2	5,5	1	5,5	2,5	5	5	39	40
RONDA NORTE	3	5	1	6	3	5	5	5	44

¹ Motivo de Consulta ordenado del 1º al 6º entre otros 5 motivos más,

TABLA 54: Estudio descriptivo (mediana) de perfiles profesionales y clima organizacional de las Zonas Básicas de Salud de Málaga.

ZONAS BÁSICAS DE SALUD	Percepción presión asistencial	Perfil biomédico	Satisfacción profesional	Trabajo en equipo	Conflicto equipo	Percepción fracaso	Exceso autonomía	Vida social	Dirección autoritaria	Tensión médico-enfermera
ALHAURIN-CHURRIANA	14	9,5	11,5	15	8	11	8	8	7,5	3,5
CARRANQUE	12,5	6	12,5	15	10,5	9	7,5	6	8	4,5
DELICIAS	13	7	12	15	8,5	9	6	7	8,5	5
EL PALO	11	6	13	16	8	7	6	7	7	4
LIMONAR	13	8	12	14,5	8,5	7,5	5,5	8,5	8	3,5
PORTADA ALTA	14	9	12	15	9	9	6	6	6	4
PUERTO DE LA TORRE	13,5	8,5	12,5	14	8	8	7	6	7	2,5
TRINIDAD	15	11	12	14	8	8	8	7	8	4
SAN ANDRÉS - EL TORCAL	15	8	12	14	8	9	6	6,5	7	4
ARCHIDONA	12	9	13	18	8	10	6	7	6	3
MOLLINA	13	9	12	16,5	9	9	6,5	7,5	7	3
NERJA	12	9,5	12,5	14,5	9	9	6,5	7,5	7,5	4,5
TORROX	12	6	14	17	9	7	6	10	7	3
VELEZ NORTE	14	9	13	7	12	11	8	7	8	4
LAS ALBARIZAS	14	7,5	14	14,5	10	9,5	7,5	8	8,5	4
FUENGIROLA OESTE	14	8,5	12,5	13	8,5	10	8	3,5	8	3,5
LEGANITOS	13	9	10	16	9	9	7	7	8	4
SAN PEDRO DE ALCANTARA	13	8	12	15,5	8	9	7,5	6,5	7,5	3
ALHAURIN EL GRANDE	13	9,5	11	15	10	12	6	7	7,5	4
ALORA	11	9	12	16	8	10	7	7	8	3
CAMPANILLAS	14,5	8,5	12,5	17	8	9	6	8	7	2,5
COIN	13	8,5	12	15,5	9,5	10,5	7	6	8	4
RONDA NORTE	12	7,5	11	14	10	13	8	7	7	4

TABLA 55: Estudio descriptivo (mediana) del clima organizacional y burnout de las Zonas Básicas de Salud de Málaga.

ZONAS BASICAS DE SALUD	CLIMA NEGATIVO	CLIMA POSITIVO	CLIMA TOTAL	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACIÓN PERSONAL
ALHAURIN-CHURRIANA	37,5	22	31,5	30	9,5	31
CARRANQUE	37,5	20	33	21,5	6	35,5
DELICIAS	36,5	21,5	29,5	32	8	32
EL PALO	32	23	24	17	5	40
LIMONAR	32	23	24	28,5	7,5	42,5
PORTADA ALTA	37	21	31	28	5	36
PUERTO DE LA TORRE	33	20	29	26,5	5	40,5
TRINIDAD	36	22	26	31	6	45
ANTEQUERA- EL TORCAL	34,5	21	27,5	35	12,5	37
ARCHIDONA	33	24	23	21	5	42
MOLLINA	36	24	27	33	6,5	36,5
NERJA	35,5	22	28,5	14,5	9,5	38
TORROX	32	27	20	15	2	39
VELEZ NORTE	42	14	40	41	7	36
LAS ALBARIZAS	38	21,5	32,5	24	5	40,5
FUENGIROLA OESTE	37,5	16,5	36	22,5	7	37,5
LEGANITOS	38	22	31	34	8	39
SAN PEDRO DE ALCANTARA	36	22,5	26	30	6	39
ALHAURIN EL GRANDE	38,5	21,5	32	30,5	10,5	39
ALORA	35	23	28	22	12	43
CAMPANILLAS	33	25	23	33	2	38
COIN	38,5	23	31,5	30,5	10,5	33,5
RONDA NORTE	40	21	33	20,5	7	38,5

TABLA 56: Estudio descriptivo (media), en el año de seguimiento, de las variables de utilización y características poblacionales de la Base de Datos de Usuarios (BDU), de las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BASICAS DE SALUD	VISITAS TOTALES	FRECUENTACION	PACIENTES DISTINTOS VISTOS (PDV)	POBLACION (BDU) CORREGIDA POR PDV	POBLACIÓN (BDU) 65-74 AÑOS	POBLACIÓN (BDU) >74 AÑOS	POBLACIÓN (BDU) >64 AÑOS
ALCALÁ LA REAL	10667	7,24	1348	1381	204	145	346
MARTOS	12653	8,92	1885	1778	265	230	511
EL VALLE	9530	5,86	1784	1803	136	94	249
JAEN-SUR	11676	7,40	1947	1947	147	108	263
MANCHA REAL	10263	9,11	1529	1637	156	125	286
PEÑAMEFECIT	9702	6,13	1732	1774	153	119	268
ANDUJAR A	13678	9,34	2128	2128	197	145	345
BAILEN	11923	8,54	1592	1592	140	103	237
LINARES A	13657	8,15	2078	2000	148	101	265
LINARES C	10740	6,99	1565	1609	179	132	313
BAEZA	11140	7,40	1703	1735	196	157	349
CAZORLA	12925	8,93	1660	1660	210	165	381
UBEDA	12747	7,17	1710	1791	201	147	365
VILLACARRILLO	11372	7,27	1405	1348	180	133	311
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	10877	7,64	1389	1389	172	146	326

TABLA 57: Estudio descriptivo (mediana) de la morbilidad crónica detectada y registrada, y de la demanda inducida por el profesional en las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BASICAS DE SALUD	HIPERTENSION	DIABETES	DISLIPEMIA	EPOC	ASMA	CRONICOS ¹	DEMANDA INDUCIDA POR EL PROFESIONAL ²
ALCALÁ LA REAL	209	103	15	9	10	382	7
MARTOS	234	108	10	16	1	369	5
EL VALLE	225	103	36	26	69	488	10
JAEN-SUR	253	109	8	30	53	472	8
MANCHA REAL	188	94	78	30	21	419	5
PEÑAMEFECIT	196	91	33	12	4	281	9
ANDUJAR A	263	138	90	38	23	525	7
BAILEN	240	109	51	47	47	517	9
LINARES A	266	118	68	61	39	549	8
LINARES C	242	99	62	39	39	488	11
BAEZA	377	217	150	50	32	855	5
CAZORLA	229	99	42	45	31	447	5,5
UBEDA	285	143	48	25	14	496	7
VILLACARRILLO	269	92	81	35	29	476	8
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	182	80	53	47	4	380	8,5

¹ Sumatorio de hipertensos, diabéticos, dislipémicos, EPOC y asmáticos,

² Mayor puntuación en la escala de demanda inducida por el profesional refiere menor demanda inducida,

TABLA 58: Estudio descriptivo (mediana) de las variables de gasto farmacéutico, visitas programadas (VP) y consultas telefónicas (CT) de las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BASICAS DE SALUD	Gasto anual farmacia (pesetas) ¹	% de gasto en VINES ¹	VP frecuencia	VP crónicos	VP psicoterapia	VP mejor diagnostico	VP domiciliaria	CT domiciliaria urgente	CT seguimiento clínico	CT demanda
ALCALÁ LA REAL	43.534.839	10,51	2	2	1,5	2	1	1	2	2
MARTOS	46.023.693	12,72	2	2	2	2	1	1	1	2
EL VALLE	35.792.923	10,33	3	2	2	2	1	2	2	2
JAEN-SUR	42.693.864	11,57	2	2	1,5	2	1	1	2	2
MANCHA REAL	40.518.127	11,58	3	2,5	1	1,5	1	1	1	2
PEÑAMEFECIT	42.361.043	11,75	2	2	1	2	1	1	2	2
ANDUJAR A	59.077.392	11,14	3	3	2	2	1	2	2	2
BAILEN	48.798.986	10,76	2	2	1	2	2	2	3	2
LINARES A	54.855.808	11,26	3	2	1	2	1	1	1	2
LINARES C	47.332.795	11,03	2	2	1,5	2	1	2	2	2
BAEZA	50.068.481	22,67	2,5	2	1	2	2	1,5	2	2
CAZORLA	52.038.387	11,61	2,5	2,5	2	2	1	1	2	2
UBEDA	49.887.102	19,47	3	2,5	2	2	1	1	2	2
VILLACARRILLO	45.589.770	20,78	2	2	1	2	1,5	1	1,5	2
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	38.031.714	20,90	1,5	1	1	1	1	1	1,5	2

¹ Medias en vez de medianas,

TABLA 59: Estudio descriptivo (mediana) de variables del proveedor de las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BASICAS DE SALUD	MC ¹ CRONICOS	MC ¹ SALUD MENTAL	MC ¹ ADMINISTRATIVO	DERIVACION SALUD MENTAL	DERIVACION T. SOCIAL	COMENTAR ENFERMERA	RECIBIR VISITADORES MEDICOS	TIEMPO TRABAJO EN PLAZA (MESES)	EDAD AÑOS
ALCALÁ LA REAL	2	5	2,5	5	2,5	5	5	48	43
MARTOS	3	5	3	4	2	5	5	120	43
EL VALLE	2	3	4	4	3	5	5	144	46
JAEN-SUR	2,5	5	1,5	3,5	3,5	5	5	29	42
MANCHA REAL	4	5	1	3,5	2,5	5	5	73	44,5
PEÑAMEFECIT	3	5	1,5	4	2	5	5	129	46
ANDUJAR A	3	5	1	5	3	5	5	24	45
BAILEN	2	5	1	4	4	5	5	6	42
LINARES A	2	5	1	4	2	5	4	6	41
LINARES C	2	5	1	5	3	4	4	120	43,5
BAEZA	3,5	5,5	3	5,5	2	5	5	165	46
CAZORLA	2,5	6	2,5	5,5	3	5	4,5	112	44
UBEDA	2,5	6	1	5	2,5	5	5	120	43
VILLACARRILLO	3,5	5,5	1	6	2	5	5	36	39,5
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	4	5,5	1	6	3	5	5	37	44

¹ Motivo de Consulta ordenado del 1º al 6º entre otros 5 motivos más,

TABLA 60: Estudio descriptivo (mediana) de perfiles profesionales y clima organizacional de las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BÁSICAS DE SALUD	Percepción presión asistencial	Perfil biomédico	Satisfacción profesional	Trabajo en equipo	Conflicto equipo	Percepción fracaso	Exceso autonomía	Vida social	Dirección autoritaria	Tensión médico-enfermera
ALCALÁ LA REAL	12	9	12	14,5	9	10	6	9	7	4
MARTOS	13	9	13	13	11	11	7	7	8	4
EL VALLE	13	8	13	16	8	8	6	7	7	3
JAEN-SUR	12	8	12,5	16	9	8	7	7	6	4
MANCHA REAL	12	8	11,5	15,5	8,5	10	7,5	6	7	4
PEÑAMEFECIT	12	7	12	14	10	8	8	7	7	4
ANDUJAR A	13	10	10	13	9	11	8	6	7	4
BAILEN	13	8	12	13	9	11	6	7	8	4
LINARES A	15	10	11	15	8	10	7	9	7	4
LINARES C	10,5	7,5	12	16	12	8	7	7,5	7	4
BAEZA	12,5	9,5	12	12,5	10	9,5	7	8	7	4
CAZORLA	14	9,5	12	13	11	10	7	8,5	8	3,5
UBEDA	13	8	12,5	12	11	11	8	8	8	4
VILLACARRILLO	8,5	7	12,5	14,5	8,5	9	6,5	7,5	8	3,5
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	15,5	9	12	13	10	11	7	7	7	4

TABLA 61: Estudio descriptivo (mediana) del clima organizacional y burnout de las Zonas Básicas de Salud de Jaén.

ZONAS BASICAS DE SALUD	CLIMA NEGATIVO	CLIMA POSITIVO	CLIMA TOTAL	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACIÓN PERSONAL
ALCALÁ LA REAL	37,5	24	30	19	5	37
MARTOS	43	19	39	29	5	40
EL VALLE	31	23	20	14	2	42
JAEN-SUR	34	23	23	25	7	41
MANCHA REAL	37	21,5	30	21	4,5	42
PEÑAMEFECIT	38	21	31	26	7	40
ANDUJAR A	38	18	37	31	6	35
BAILEN	39	20	33	23	6	40
LINARES A	36	24	27	35	10	39
LINARES C	38	23,5	31	23	8,5	40,5
BAEZA	38	22	31,5	30	5	39
CAZORLA	39	23	33	33	9,5	37,5
UBEDA	41	19	35	23	6	42
VILLACARRILLO	35,5	21,5	30,5	18,5	7,5	33,5
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	39,5	20,5	33	37	9,5	37

TABLA 62: Análisis descriptivo y de la fiabilidad “consistencia interna” de la “escala de demanda inducida por el profesional”.

	Media	Desviación estándar	Correlación corregida ítem-total	R ²	α si el ítem es suprimido
Ítem 1 (HBP)	1,75	0,90	0,57	0,43	0,65
Ítem 2 (DL)	2,03	1,19	0,59	0,46	0,62
Ítem 3 Bronquitis aguda	3,05	1,06	0,45	0,22	0,70
Ítem 4 (HTA)	2,62	1,13	0,45	0,25	0,68
N = 331					
ESCALA	media = 9,45 desviación estándar = 3,20 Intervalo Confianza de la media (95%)= 8.92 - 9.58				
α global	0,73				

HBP: hipertrofia benigna de próstata; DL: dislipemia; HTA: hipertensión.

TABLA 63: Análisis de la fiabilidad “test-retest”* de la escala de demanda inducida por el profesional. N=102.

	CCI ¹	IC ² 95%	F (anova)	P
ESCALA	0.81	0.73-0.89	9.5386	<0.0001
Ítem 1 (HBP)	0.75	0.65-0.82	7.0028	<0.0001
Ítem 2 (DL)	0.78	0.69-0.85	8.0677	<0.0001
Ítem 3 (bronquitis aguda)	0.72	0.62-0.81	6.3079	<0.0001
Ítem 4 (HTA)	0.77	0.69-0.84	7.9781	<0.0001

¹CCI: coeficiente de correlación intraclassa

²IC: Intervalo de confianza al 95% de confianza

HBP: hipertrofia benigna de próstata; DL: dislipemia; HTA: hipertensión.

* Intervalo medio entre test-retest = 8.95 días (IC95%=8.44 - 9.4); mínimo=6 días, máximo=15 días.

TABLA 64: Validez de constructo. Análisis bivalente de la escala de demanda inducida con las 17 hipótesis referidas variables del profesional y la organización. N=309.

VARIABLES*	R ¹	P
Tamaño del cupo	-0.09	0.091
Log Visitas totales	-0.30	<0.001
Gasto total en farmacia	-0.189	<0.001
Porcentaje de gasto en VINES	-0.167	0.002
Visitas programadas	0.037	0.485
Programados enf. crónicos	0.070	0.186
Programados para mejor diagnostico	0.038	0.471
Seguimiento clínico telefónico	0.121	0.027
Consulta a demanda telefónica	-0.106	0.050
1er motivo de consulta administrativo	-0.019	0.021
Escala de organización administrativa	-0.48	<0.001
Publicación artículo original	0.164	0.003
Recibir visitadores médicos	-0.110	0.032
Edad del médico	-0.190	<0.001
Perfil biomédico	-0.140	0.006
Tensión médico-enfermera	-0.144	0.009
Clima organizacional negativo	0.128	0.022

¹Coeficiente Rho de Spearman.

* Para entender la dirección de la asociación hay que tener en cuenta que la mayor puntuación en la escala de demanda inducida refleja una menor demanda inducida por profesional.

Tabla 65: Regresión lineal múltiple¹. Variable dependiente: "Escala de demanda inducida". N = 309.

VARIABLES	Incremento R ²	Beta Estandarizado	P
Escala de organización administrativa	0.221	0.337	< 0.001
Log del total de visitas	0.086	-0.238	< 0.001
Edad	0.030	-0.138	0.005
Publicación de artículos originales médicos	0.021	0.153	0.002
Porcentaje de gasto en VINES	0.013	-0.107	0.035
Tensión médico-enfermera	0.010	-0.113	0.021
Gasto total en farmacia	0.007	-0.091	0.045
R² total	0.364		

¹ Durbin-Watson =1,578 , P entrada =<0,10 P salida =0.12 . Método de selección de variables" hacia delante".

* Para entender la dirección de la asociación hay que tener en cuenta que la mayor puntuación en la escala de demanda inducida refleja una menor demanda inducida por profesional.

TABLA 66: Análisis de la validez de constructo de las escalas de perfil profesional: Escala de percepción de presión asistencial, Escala de perfil biomédico y Escala de satisfacción laboral del médico de atención primaria. N=328.

Dimensión	Factor1	Items	% de Varianza explicada	α de Cronbach
Percepción de presión asistencial	1	8,5,2,11	30,42	0,78
Perfil biomédico	2	6,3,9	14,08	0,64
Satisfacción profesional	3	10,4,7,1	9,79	0,64
Total	4	12	8,36	
			62,65	

KMO = 0,795; Test de Bartlett= 977,37 (g.l.=66); p < 0,0001

TABLA 68: Matriz de validez convergente-discriminante de las escalas de perfil profesional: Escala de percepción de presión asistencial, Escala de perfil biomédico y Escala de satisfacción del médico de atención primaria (rho de Spearman). N = 309 médicos.

¹*Análisis de componentes principales, rotación varimax.*

ITEM	Factor 1 Percepción de Presión asistencial	Factor 2 Perfil biomédico	Factor 3 Satisfacción profesional	Factor 4
8	0.830			
5	0.783			
2	0.766			
11	0.598			
6		0.817		
3		0.699		
9		0.608		
10			0.741	
4*			0.653	
7*			0.638	
1			0.545	
12				0.971
escala				
α escala	0.78	0.64	0.64	
% varianza explicada	30.42	14.08	9.79	8.36

* ítem negativo recodificado

TABLA 68: Matriz de validez convergente-discriminante de las escalas del “perfil profesional sobrecargado” del médico de atención primaria (rho de Spearman). N = 309 médicos.

Variables	Percepción de presión asistencial		Orientación biomédica		Satisfacción profesional	
	rho	p	rho	p	rho	p
Percepción de presión asistencial	1	p< 0.001	0.42	p< 0.001	- 0.28	p< 0.001
Orientación biomédica	0.42	p< 0.001	1	p< 0.001	- 0.39	p< 0.001
Satisfacción profesional	- 0.28	p< 0.001	- 0.39	p< 0.001	1	p< 0.001
Frecuentación	0.13	p< 0.05	0.22	p< 0.001	- 0.14	p< 0.05
Presión Asistencial	0.12	p< 0.05	0.14	p< 0.05	- 0.10	
Perc. de pacientes con cita / día	0.14	p< 0.05	0.22	p< 0.001	- 0.15	p< 0.01
Perc. de pacientes difíciles / día	0.23	p< 0.001	0.23	p< 0.001	- 0.20	p< 0.001
Perc. de pacientes sin cita / día	0.11	p< 0.05	0.16	p< 0.01	- 0.09	p> 0.05
Nº visitas progr. psicoterapia	0.06	p< 0.05	- 0.16	p< 0.01	- 0.09	p> 0.05
1º Motivo de consulta salud mental	- 0.01	p> 0.05	- 0.14	p< 0.01	0.02	p> 0.05
Nº derivaciones a trabajadora social	0.04	p> 0.05	- 0.17	p< 0.01	0.02	p> 0.05
Clima organizacional positivo	- 0.12	p< 0.05	- 0.05	p> 0.05	0.27	p< 0.001
Clima organizacional negativo	0.12	p< 0.05	0.17	p< 0.01	-0.30	p< 0.001
Cansancio emocional (MBI)	0.63	p< 0.001	0.37	p< 0.001	- 0.14	p< 0.01
Despersonalización (MBI)	0.17	p< 0.01	0.25	p< 0.001	- 0.40	p< 0.001
Realización profesional (MBI)	- 0.12	p< 0.05	- 0.15	p< 0.01	0.41	p< 0.001

TABLA 69: Análisis bivariante entre la frecuentación, la presión asistencial y variables del médico (N=309),

	FRECUENTACION		PRESION ASISTENCIAL	
	r*	P	r*	P
Edad médico	0,099	0,025	0,076	0,186
Año de licenciatura	-0,120	0,039	-0,086	0,135
Tiempo trabajado en la plaza actual	0,134	0,021	0,065	0,255
Tiempo trabajado en centros de salud	-0,130	0,025	-0,114	0,047
Demanda inducida	-0,320	<0,001	-3,393	<0,001
Percepción de carga de trabajo	0,093	0,109	0,144	0,012
Práctica biomédica	0,224	<0,001	0,172	0,003
Satisfacción profesional	-0,115	0,049	-0,106	0,065

r=Coeficiente de Correlación de Pearson*

TABLA 70: Análisis bivariante de la Presión Asistencial con las variables del proveedor médico (I),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*
Tiene MIR de tercer año durante este curso	No	250	52,6	51,6-54,4	0,203
	Si	56	50,3	47,7-53,0	
Es doctor en medicina	No	277	52,7	51,2-54,1	0,042*
	Si	29	47,8	43,5-52,2	
Especialista en medicina familiar y comunitaria vía MIR	No	185	53,7	51,8-55,5	0,014*
	Si	121	50,0	48,0-52,0	
Titulo de alguna otra especialidad vía MIR	No	280	52,4	51,0-53,9	0,010*
	Si	26	50,0	45,7-54,2	
Tiene la plaza en propiedad	No	64	53,6	50,6-56,5	0,320
	Si	241	51,9	50,3-53,4	
Género	Mujer	88	51,5	49,1-53,9	0,509
	Hombre	218	52,5	50,8-54,2	

P Anova o T-Student*

******Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 71: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables del proveedor médico (I),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*
Tiene MIR de tercer año durante este curso	No	243	6,86	6,63-7,08	0,027*
	Si	55	6,29	5,86-6,73	
Es doctor en medicina	No	269	6,74	6,54-6,95	0,936
	Si	29	6,85	6,05-7,65	
Especialista en medicina familiar y comunitaria vía MIR	No	179	6,90	6,63-7,17	0,079
	Si	119	6,54	6,24-6,84	
Titulo de alguna otra especialidad vía MIR	No	273	6,75	6,54-6,96	0,896
	Si	25	6,79	6,05-7,53	
Tiene la plaza en propiedad	No	61	6,85	6,42-7,28	0,561
	Si	236	6,72	6,49-6,95	
Género	Mujer	88	6,79	6,43-7,15	0,733
	Hombre	210	6,74	6,49-6,98	

P Anova o T-Student*

***Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$*

TABLA 72: Análisis bivariante de la Presión Asistencial con las variables del proveedor médico (II),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Sesiones clínicas impartidas en los últimos 6 meses	1) ninguna	167	53,4	51,4-55,4	0,244	
	2) 1-2	96	51,0	48,8-53,3		
	3) 3-4	30	51,0	47,5-54,4		
	4) >4	16	48,2	41,7-54,8		
Comunicaciones orales o póster en congresos en los últimos 3 años	1) ninguna	194	53,4	51,6-55,3	0,041*	1-4
	2) 1-2	60	50,5	48,3-52,7		
	3) 3-4	24	52,1	46,9-57,2		
	4) >4	31	47,3	43,3-51,3		
Publicación de algún artículo original en los últimos 3 años	1) ninguna	257	52,5	51,0-54,0	0,027*	1-3 2-3
	2) 1-2	41	52,3	48,9-55,7		
	3) >2	11	42,5	34,6-50,4		
Participación como investigador en algún proyecto de investigación financiado en los últimos 3 años	1) No	264	52,5	51,0-53,9	0,271	
	2) Si	42	50,2	46,0-54,5		
Participación en alguna reunión de equipo en el centro de salud en el último mes	1) ninguna	30	54,1	49,7-58,5	0,234	
	2) 1-6	250	51,6	50,1-53,2		
	3) >6	27	55,2	50,7-59,6		
Asistencia a alguna sesión clínica en su centro en el último mes	1) ninguna	87	54,7	51,9-57,5	0,009*	1-3
	2) 1-6	170	52,1	50,3-53,9		
	3) >6	50	48,1	45,1-51,1		
Recibe a los visitantes médicos en su centro de salud	1) nunca-casi nunca-a veces	26	44,8	40,0-49,6	0,001*	
	2) casi siempre-siempre	281	52,9	51,5-54,3		
Ha leído algún artículo de información terapéutica independiente en los últimos 3 meses	1) 1 o menos al mes	50	54,5	50,9-58,2	0,194	
	2) 1 cada 15 días	52	49,4	45,8-53,0		
	3) 1 a la semana	68	52,7	50,3-55,2		
	4) más de 1 a la semana	137	52,1	50,0-54,2		
Es tutor docente acreditado por su unidad docente de medicina familiar y comunitaria	no	226	53,2	51,6-54,9	0,271	
	si	80	49,4	47,2-51,5		
Tiene MIR de primer año durante este curso	no	253	52,9	51,3-54,4	0,039*	
	si	53	49,0	46,2-51,9		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 73: Análisis bivalente de la frecuentación de las consultas con las variables del proveedor médico (II),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Sesiones clínicas impartidas en los últimos 6 meses	1) ninguna	162	6,96	6,67-7,21	0,132	
	2) 1-2	93	6,50	6,14-6,86		
	3) 3-4	30	6,56	5,93-7,19		
	4) >4	16	6,55	5,40-7,71		
Comunicaciones orales o póster en congresos en los últimos 3 años	1) ninguna	187	6,90	6,64-7,17	0,086	
	2) 1-2	59	6,30	5,97-6,64		
	3) 3-4	24	7,04	6,17-7,97		
	4) >4	31	6,68	5,80-7,04		
Publicación de algún artículo original en los últimos 3 años	1) ninguna	250	6,83	6,61-7,05	0,076	
	2) 1-2	40	6,46	5,90-7,01		
	3) >2	11	5,94	4,85-7,02		
Participación como investigador en algún proyecto de investigación financiado en los últimos 3 años	1) No	257	6,82	6,61-7,04	0,037*	
	2) Si	41	6,27	5,73-6,82		
Participación en alguna reunión de equipo en el centro de salud en el último mes	1) ninguna	30	7,23	6,51-7,95	0,104	
	2) 1-2	125	6,64	6,33-6,95		
	3) 3-4	104	6,70	6,38-7,02		
	4) 5-6	14	6,03	5,49-6,57		
	5) >6	26	7,34	6,48-8,21		
Asistencia a alguna sesión clínica en su centro en el último mes	1) ninguna	83	7,04	6,64-7,44	0,015*	1-4
	2) 1-2	94	6,85	6,51-7,19		
	3) 3-4	51	6,87	6,32-7,418		
	4) 5-6	21	5,76	5,41-6,12		
	5) >6	50	6,39	5,87-6,90		
Recibe a los visitantes médicos en su centro de salud	1) nunca-casi nunca-a veces	26	6,47	5,70-7,24	0,096	
	2)casi siempre	106	6,49	6,22-6,75		
	3)siempre	167	6,97	6,67-7,26		
Ha leído algún artículo de información terapéutica independiente en los últimos 3 meses	1)1 o menos al mes	49	7,28	6,70-7,86	0,114	
	2) 1 cada 15 días	51	6,58	6,05-7,12		
	3)1 a la semana	67	6,80	6,40-7,20		
	4)más de 1 a la semana	132	6,60	6,32-6,88		
Es tutor docente acreditado por su unidad docente de medicina familiar y comunitaria	no	219	6,93	6,69-7,17	0,002	
	si	79	6,26	5,91-6,61		
Tiene MIR de primer año durante este curso	no	463	6,91	6,69-7,13	0,39	
	si	52	6,03	5,59-6,46		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 74: Análisis bivariante entre la frecuentación, la presión asistencial y variables de la Base de Datos de Usuarios (BDU), morbilidad crónica y consumo farmacéutico (N=309),

VARIABLE	FRECIENTACION		PRESION ASISTENCIAL	
	r*	P	r*	P
Pacientes Distintos Vistos (PDV)	-0,258	<0,001	0,398	<0,001
BDU corregida por PDV	-0,462	<0,001	0,313	<0,001
BDU 65-74 años	0,144	0,014	0,363	<0,001
BDU 75 o más años	1,114	0,052	0,290	<0,001
BDU de mayores de 64 años	0,137	0,019	0,348	<0,001
Hipertensos (K86-K87)	-0,023	0,693	0,294	<0,001
Diabetes	0,040	0,492	0,307	<0,001
Dislipemia	-0,097	0,105	-0,014	0,809
EPOC / OCFA / enfisema	0,127	0,029	0,264	<0,001
Asma	-0,112	0,055	0,072	0,212
Hipertensos + Diabéticos	-0,017	0,772	0,319	<0,001
Crónicos (Hta+dm+dl+epoc+asma)	-0,060	0,322	0,215	<0,001
Crónicos vistos por enfermería 1	-0,018	0,834	0,330	<0,001
%crónicos vistos por enfermería 1	0,055	0,525	0,237	0,006
Gasto de farmacia	-0,016	0,784	0,260	<0,001
Porcentaje de gasto en VINES	0,104	0,075	0,121	0,035
% ARAS en relación IECAS 2	-0,458	<0,001	-0,280	0,012
%B-bloqueantes y diuréticos /antihipertensivos 2	0,031	0,803	-0,186	0,118
Índice exposición a antibióticos 2	0,113	0,357	0,050	0,678
Cefalosporinas 3ª generación / antibióticos2	-0,069	0,587	0,115	0,352
Índice exposición antiulcerosos 2	0,144	0,241	-0,024	0,844
% metformina sobre ADO 2	-0,124	0,316	-0,204	0,088
% ibuprofeno/naproxeno/ diclofenaco sobre AINES 2	-0,165	0,155	-0,243	0,030

¹Coeficiente Rho de Spearman,

TABLA 75: Análisis bivariante de la Presión Asistencial con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (I),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	I,C, 95%	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Lugar de la zona básica de salud donde pasa consulta la mayoría de días de la semana	1) en el centro cabecera 2) en consultorio 3) en 2 consultorios	261 38 10	51,2 57,6 54,8	49,9-52,6 52,0-63,3 42,4-67,1	0,007*	1-2
Horario habitual de consulta	1) por la mañana 2) mañana + 1 tarde 3) 2 tardes 4) >2 tardes	68 215 19 7	55,3 51,0 52,1 56,5	51,6-59,0 49,6-52,4 47,6-56,7 35,6-77,4	0,214	
Participa un administrativo o auxiliar en la gestión de citas su consulta	Si No	28 281	50,8 52,3	45,4-56,3 50,8-53,5	0,459	
Los pacientes pueden pedir cita por teléfono para su consulta	Si No	23 286	54,0 52,0	45,3-62,8 50,7-53,3	0,962	
A los pacientes se les asigna hora de la cita para su consulta	Si No	21 288	52,4 52,1	45,9-59,0 50,7-53,5	0,868	
Tiene número tope de pacientes citados al día	Si No	267 41	52,8 53,0	50,7-53,4 47,4-58,3	0,812	
Flujo de citas: nº de citas por unidad de tiempo	1) <=7 min/paciente 2) 5 min/paciente 3) <5 min/paciente	29 154 126	46,7 50,2 55,8	41,6-51,8 48,5-51,8 53,5-58,1	<0,001*	1-3 2-3
Realiza turnos de atención continuada de lunes a viernes fuera de la jornada habitual de 7 horas,	1) No realiza 2) <4 días al mes 3) entre 4-6 días mes 4) => 7 días al mes	109 93 96 11	49,5 53,2 53,8 54,9	47,2-51,8 50,7-55,8 51,4-56,2 47,4-62,4	0,020*	1-4
Duración en horas de los turnos de atención continuada realizados de lunes a viernes,	1) no realiza 2) <=2 horas 3) 3-6 horas 4) 7-10 horas 5) 11>15 horas	110 14 7 39 139	49,4 47,5 60,2 48,0 55,6	47,1-51,7 42,4-52,6 50,2-70,2 45,1-50,8 53,5-57,6	<0,001*	1-5 4-5
Realiza turnos de atención continuada los sábados	1) No realiza 2) <1 sábado/ 2meses 3) 1-2 sábados/ 2mes 4) >1 sábado al mes	97 48 154 10	50,3 49,9 54,1 50,0	47,7-53,3 47,0-52,9 52,2-56,0 43,3-56,7	0,747	1-3
Duración en horas de los turnos de atención continuada en sábado	1) no realiza 2) <6horas 3) 6-20 horas 4) >20 horas	94 14 53 148	50,0 51,0 49,8 54,4	47,3-52,8 45,1-56,8 47,3-52,3 52,4-56,4	0,010*	1-4

P* Anova o T-Student **Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 76: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (I),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Lugar de la zona básica de salud donde pasa consulta la mayoría de días de la semana	1)centro cabecera	261	6,48	6,28-6,68	<0,001	1-2
	2)consultorio (1plaza)	38	8,34	7,70-8,98		1-3
	3)en 2 consultorios	10	7,72	6,43-9,01		
Horario habitual de consulta	1) por la mañana	68	7,85	7,32-8,37	<0,001	1-2
	2)1 tarde	215	6,38	6,18-6,59		
	3)2 tardes	19	6,96	6,31-7,62		
	4)>2 tardes	7	6,58	5,20-7,96		
Participa un administrativo o auxiliar en la gestión de citas su consulta	No	274	6,61	6,41-6,81	<0,001	
	Si	27	8,09	7,29-8,88		
Los pacientes pueden pedir cita por teléfono para su consulta	No	279	6,61	6,55-6,95	<0,01	
	Si	22	8,47	7,65-9,29		
A los pacientes se les asigna hora de la cita para su consulta	No	281	6,63	6,41-6,81	<0,001	
	Si	20	8,39	7,65-2,29		
Tiene número tope de pacientes citados al día	No	40	8,10	7,31-8,89	0,008	
	Si	260	6,55	6,36-6,73		
Flujo de citas: nº de citas por unidad de tiempo	1) 7-5 min/paciente	29	9,15	9,04-9,25	<0,001	1-3
	2) 5 min/paciente	154	9,24	9,21-9,27		2-3
	3) <5 min/paciente	126	9,34	9,30-9,38		
Realiza turnos de atención continuada de lunes a viernes fuera de la jornada habitual de 7 horas,	1)No realiza	106	6,49	6,14-6,85	0,081	
	2)<4 días al mes	90	6,74	6,37-7,10		
	3)entre 4-6 días mes	94	7,05	6,70-7,41		
	4)=> 7 días al mes	11	6,71	5,95-7,46		
Duración en horas de los turnos de atención continuada realizados de lunes a viernes,	1)Cero horas	108	6,47	6,14-6,79	<0,001	1-2, 2-3
	2)<=2 horas	14	6,12	5,37-6,86		2-5, 3-1
	3)3-6 horas	7	8,18	4,99-11,37		3-4, 5,1
	4)7-10 horas	38	6,06	5,62-6,49		5-4
	5)11>15 horas	134	7,17	6,88-7,46		
Realiza turnos de atención continuada los sábados	1) No realiza	97	6,61	6,21-7,01	0,334	
	2) <1 sábado cada 2 meses	48	6,54	6,05-7,04		
	3) 1-2 sábados cada 2 meses	154	6,90	6,63-7,17		
	4) >1 sábado al mes	10	6,78	6,55-6,95		
Duración en horas de los turnos de atención continuada en sábado	1)Cero horas	91	6,55	6,17-6,92	0,101	
	2)<6horas	14	6,98	5,97-7,98		
	3) 6-20 horas	53	6,48	5,98-6,98		
	4)>20 horas	148	6,95	6,67-7,23		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 77: Análisis bivariante de la Presión Asistencial con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (II),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Realiza turnos de atención continuada los domingos	1) No realiza	145	49,6	47,7-51,6	<0,001*	1-3
	2) <1 domingo cada 2 meses	39	50,4	47,3-53,5		
	3) 1-2 domingos cada 2 meses o más	125	55,6	53,4-57,8		
Duración de los turnos de atención continuada los domingos	1)No realiza	143	49,6	47,6-51,5	0,001*	1-3
	2)<6-20horas	11	55,0	47,9-62,1		
	3>20 horas	155	54,3	52,4-56,2		
Realiza turnos de atención continuada fuera de su zona básica	No	64	50,2	47,8-52,6	0,226	
	Si	245	52,7	51,1-54,3		
Número de días a la semana que ha tenido completa la lista de citas durante el último mes	1) ningún día	28	53,1	46,3-59,8	0,245	
	2)1 día/semana	8	43,9	33,4-54,5		
	3)2 días/semana	14	51,2	44,8-59,2		
	4)3 días /semana	22	52,0	44,8-59,2		
	5) 4 días /semana	48	51,2	48,1-54,2		
	6)todos los días	188	52,6	51,0-54,1		
Número medio de días de demora en las citas durante el último mes,	1)ninguno	89	52,2	49,1-55,33	0,551	
	2)2 días	99	53,3	50,9-55,7		
	3)3 días	55	49,3	46,8-51,9		
	4)4días	36	52,0	48,7-55,2		
	5)>4 días	13	52,0	45,4-58,5		
		16	53,4	48,2-58,6		
Comparte la consulta con algún miembro del equipo al menos un día a la semana	1) Si	106	49,8	47,5-52,1	0,009*	
	2) No	203	53,4	51,7-55,1		
Frecuencia con que escribe los seguimientos de pacientes, al menos un motivo de consulta, en el ordenador	1)<20%	16	54,6	48,5-60,7	0,133	
	2)21-60%	33	53,5	49,3-58,2		
	3)61-95%	55	54,8	51,3-58,2		
	4)>95%	203	50,9	49,3-52,6		
Frecuencia con que realiza las recetas de consulta a demanda con impresora,	1)no tiene impresora	13	52,9	45,4-60,4	0,064	
	2)<=60%	32	47,0	43,3-51,0		
	3)61-95%	32	52,4	48,0-56,8		
	4)>95%	232	52,8	51,2-54,3		
Frecuencia con que realiza los Partes de Incapacidad Temporal en consulta a demanda con impresora,	1)no tiene impresora	17	53,9	48,1-59,8	0,687	
	2)< del 20%	67	52,0	48,0-56,1		
	3)22-60%	21	53,9	49,0-58,8		
	3)61-95%	204	51,8	50,4-53,3		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 78: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (II),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Realiza turnos de atención continuada los domingos	1)No realiza	141	6,52	6,22-6,82	<0,001	1-3
	2) <1 domingo cada 2 meses	39	6,14	5,72-6,55		2-3
	3)1-2 domingos cada 2 meses o más	121	7,22	6,90-7,53		
Duración de los turnos de atención continuada los domingos	1)Cero horas	652	6,53	6,22-6,83	0,038	1-2
	2)<6-20horas	7,50	7,50	6,19-8,82		1-3
	3>20 horas	6,90	6,90	6,63-7,17		
Realiza turnos de atención continuada fuera de su zona básica	1)No	239	6,96	6,72-7,19	<0,001	
	2)Si	62	5,95	5,78-6,22		
Número de días a la semana que ha tenido completa la lista de citas durante el último mes	1) ningún día	28	8,06	7,19-8,922	0,002	1-2
	2)1 día/semana	8	5,99	4,22-7,76		1-5
	3)2 días/semana	13	7,49	5,82-9,15		1-6
	4)3 días /semana	22	7,00	5,92-8,07		
	5) 4 días /semana	47	6,59	6,09-7,08		
	6) todos los días	184	6,54	6,33-6,74		
Número medio de días de demora en las citas durante el último mes,	1)ninguno	86	7,31	6,81-7,81	0,059	1-3
	2)1 día	97	6,69	6,38-6,99		
	3)2 días	52	6,25	5,88-6,63		
	4)3 días	36	6,44	6,11-6,78		
	5)4días	13	6,49	5,37-7,62		
	6)>4 días	16	6,40	5,79-7,01		
Comparte la consulta con algún miembro del equipo al menos un día a la semana	1)No	203	6,89	5,81-9,33	0,039	
	2)Si	106	6,48	6,54-6,94		
Frecuencia con que escribe los seguimientos de pacientes, al menos un motivo de consulta, en el ordenador	1)<20%	15	7,66	6,48-8,55	0,017	
	2)21-60%	31	7,12	6,51-7,74		
	3)61-95%	55	6,98	6,53-7,43		
	4)>95%	203	6,55	6,30-6,80		
Frecuencia con que realiza las recetas de consulta a demanda con impresora,	1)no tengo impresora	13	7,26	6,19-8,32	0,045	2-4
	2)<=60%	32	6,04	5,49-6,58		
	3)61-95%	30	7,06	6,26-7,86		
	4)>95%	223	6,78	6,55-7,00		
Frecuencia con que realiza los partes de Incapacidad Temporal en consulta a demanda con impresora,	1)no tengo impresora	17	7,37	6,36-8,38	0,174	
	2)< del 20%	67	6,94	6,35-7,54		
	3)22-60%	21	7,13	6,55-7,72		
	3)61-95%	196	6,58	6,38-6,79		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 79: Análisis bivariante de la Presión asistencial con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (III),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACION POR PAREJAS
Tiene algún sistema para agilizar-optimizar los partes de Incapacidad Temporal	1) Si	135	49,3	47,6-51,0		
	2) No	174	54,4	52,4-56,3	0,001*	
Acumula la entrega de partes de IT al mismo paciente	1) Si	130	48,8	47,1-50,5	<0,001*	
	2) No	179	54,5	52,6-56,5		
Profesional que cumplimenta los datos del paciente en los partes de IT	1) El médico en consulta	222	52,3	50,7-53,9	0,889	
	2) El médico fuera de consulta	65	51,7	48,7-54,7		
	3) Otro personal	22	51,5	45,4-57,6		
Profesional que entrega al paciente los partes de IT	1) El medico en consulta	260	52,8	51,2-54,3	0,015*	
	2) Otros profesionales	49	48,9	46,2-51,6		
Tiene algún sistema para agilizar-optimizar la entrega las recetas de largo tratamiento,	1) Si	147	50,3	48,5-52,0	0,014*	
	2) No	162	53,9	51,8-55,9		
Profesional que cumplimenta los datos del paciente en las recetas de largo tratamiento,	1) El medico en consulta	184	53,5	51,7-55,3	0,001*	1-3
	2) El medico fuera consulta	44	54,5	50,4-58,6		1-5
	3) La enfermera	52	48,0	44,8-51,2		2-3
	4) Otra persona	15	50,6	46,2-55,1		2-5
	5) Un administrativo	14	43,6	39,8-47,4		
Profesional que entrega al paciente las recetas de largo tratamiento	1) El medico en consulta a demanda	182	53,5	51,7-55,3	0,049*	
	2) El medico fuera de consulta demanda	22	54,7	47,7-61,8		
	3) La enfermera	53	49,6	46,0-53,1		
	4) Otra persona	18	50,7	46,5-54,9		
	5) Un administrativo	34	48,2	45,3-51,0		
Frecuencia con que realiza las de largo tratamiento con impresora,	1) No tiene impresora	20	53,7	47,7-59,7	0,136	
	2) <20%	59	49,9	46,8-53,1		
	3) 21-95%	27	55,9	51,1-60,7		
	4) >95%	202	52,2	50,5-53,8		

P Anova o T-Student*

***Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05*

TABLA 80: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (III),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	
Tiene algún sistema para agilizar-optimizar los partes de Incapacidad Temporal,	1) No	175	7,12	6,64-7,15	<0,001	
	2) Si	126	6,23	6,15-6,80		
Acumula la entrega de partes de IT al mismo paciente	1) No	168	7,06	6,78-7,33	<0,001*	
	2) Si	133	6,36	6,08-6,63		
Profesional que cumplimenta los datos del paciente en los partes de IT	1) El médico en consulta	217	6,76	6,53-6,99	0,491*	
	2) El médico fuera de consulta	63	6,81	6,39-7,23		
	3) Otro personal	21	6,42	5,47-7,38		
Profesional que entrega al paciente los partes de IT	1) El medico en consulta	236	6,77	6,58-7,03	0,454*	
	2) Otros profesionales	17	7,15	5,99-6,95		
Tiene algún sistema para agilizar-optimizar la entrega las recetas de largo tratamiento,	1) No	155	7,10	6,80-7,39	<0,001*	
	2) Si	146	6,38	6,12-6,63		
Profesional que cumplimenta los datos del paciente en las recetas de largo tratamiento,	1) El medico en consulta	178	6,89	6,63-7,15	0,101*	
	2) El medico fuera consulta	44	6,93	6,38-7,49		
	3) La enfermera	50	6,38	5,87-6,91		
	4) Otra persona	15	6,48	5,46-7,52		
	5) Un administrativo	14	5,97	5,42-6,52		
Profesional que entrega al paciente las recetas de largo tratamiento	1) El medico en consulta a demanda	176	6,90	6,65-7,16	0,012*	1-5
	2) El medico fuera de consulta demanda	22	7,18	6,50-7,86		2-5
	3) La enfermera	51	6,55	6,00-7,09		
	4) Otro profesional	18	6,62	5,63-7,61		
	5) Un administrativo	34	6,03	5,49-6,57		
Frecuencia con que realiza las de largo tratamiento con impresora,	1) No tengo impresora	20	7,12	6,18-8,07	0,045	2-3
	2) <20%	57	6,41	5,97-6,86		
	3) 21-95%	27	7,57	6,66-8,49		
	4) >95%	196	6,69	6,46-6,93		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 81: Análisis bivariante de la Presión Asistencial con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (IV),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Dispone de tiempo-espacio de consulta programada fuera del horario de consulta a demanda	1)Si 2)No	195 112	52,3 52,0	50,6-54,1 49,7-54,2	0,811	
Número de visitas programadas de más de 10-15 min, que ha concertado por semana en el último mes	1)Ninguna 2)1-2 /semana 3)3-4 /semana 4)5-6 /semana 5)7-10/semana 6)>10/semana	74 81 76 37 23 17	51,6 51,5 54,5 51,7 51,9 49,4	48,8-54,3 49,1-53,8 51,2-57,7 47,6-55,9 47,3-56,5 43,4-55,4	0,612	
Número de visitas programadas que ha concertado en el último mes para revisión-seguimiento a pacientes crónicos	1) Ninguna 2) <6 al mes 3) 6-10 al mes 4) 11-15 al mes 5) 16-20 al mes 6) >20 al mes	90 100 61 22 18 16	51,1 52,8 53,1 55,4 52,8 46,1	48,7-53,4 50,8-54,9 50,0-56,2 46,6-64,2 45,2-60,5 40,6-51,7	0,854	
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar infiltraciones	1)Si 2)No	62 247	50,6 52,5	47,6-53,6 51,0-54,1	0,262	
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar cirugía menor	1)Si 2)No	75 234	52,4 52,0	49,6-55,3 50,5-53,6	0,804	
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar algún tipo de psicoterapia	1) Ninguna 2) <6 mes 3) =>6 al mes	161 116 32	52,2 53,5 47,0	50,3-54,1 51,3-55,6 42,6-51,3	0,009*	2-3
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para valorar-diagnosticar mejor a un paciente	1) Ninguna 2) <6 al mes 3) 6-10 al mes 4) >10 al mes	76 171 43 19	55,9 53,2 50,5 51,5	48,3-53,6 51,3-55,0 46,9-54,1 44,5-58,4	0,312	

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 82: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (IV),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Dispone de tiempo-espacio de consulta programada fuera del horario de consulta a demanda	1)No	110	6,79	6,45-7,13	0,774	
	2)Si	189	6,73	6,47-6,98		
Número de visitas programadas de más de 10-15 min, que ha concertado por semana en el último mes	1)Ninguna	73	6,80	6,40-7,18	0,940	
	2)1-2 /semana	77	6,75	6,35-7,15		
	3)3-4 /semana	74	6,88	6,43-7,34		
	4)5-6 /semana	73	6,44	5,90-6,97		
	5)7-10/semana	22	6,66	5,95-7,38		
	6)>10/semana	17	6,83	5,88-7,77		
Número de visitas programadas que ha concertado en el último mes para revisión-seguimiento a pacientes crónicos	1) Ninguna	89	6,71	6,35-7,06	0,854	
	2) <6 al mes	96	6,90	6,54-7,25		
	3) 6-10 al mes	59	6,67	6,26-7,21		
	4) 11-15 al mes	21	6,64	5,72-7,57		
	5) 16-20 al mes	18	6,51	5,57-7,45		
	6) >20 al mes	16	6,66	5,65-7,67		
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar algún tipo de psicoterapia	Ninguna	159	6,82	6,56-7,07	0,015*	1-3
	<6 mes	110	6,84	6,50-7,18		2-3
	=>6 al mes	32	6,11	5,35-6,87		
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar infiltraciones	No	240	6,89	6,66-7,13	0,003*	
	Si	61	6,17	5,82-6,53		
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar cirugía menor	No	227	6,84	6,61-7,07	0,112	
	Si	74	6,47	6,09-6,85		
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para valorar-diagnosticar mejor a un paciente	Ninguna	76	6,82	6,40-7,23	0,408	
	<6 al mes	164	6,84	6,58-7,13		
	6-10 al mes	42	6,36	5,93-6,80		
	>10 al mes	19	6,51	5,80-7,22		

P Anova o T-Student*

***Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05*

TABLA 83: Análisis bivariante de la Presión asistencial con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (V),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar actividades del programa de la mujer	1) Ninguna	71	52,5	49,4-55,5	0,075	
	2) <6 al mes	50	53,7	49,6-55,8		
	3) 6-10 al mes	62	54,2	51,1-57,3		
	4) 11-15 al mes	44	53,9	51,1-56,8		
	5) 16-20 al mes	23	51,9	43,3-60,5		
	6) >20 al mes	57	48,0	45,5-50,5		
Ha concertado alguna visita domiciliaria programada en el último mes a pacientes impedidos	1) Ninguna	26	56,9	51,6-62,2	0,094	
	2) <5 al mes	172	53,0	51,1-54,9		
	3) 6-10 al mes	87	50,0	47,6-52,4		
	4) 11-15 al mes	16	48,9	43,8-54,0		
	5) >15	8	49,2	44,0-54,3		
Ha tratado de resolver algún aviso domiciliario urgente por teléfono en el último mes	1) Ninguno	142	53,7	51,7-55,7	0,105	
	2) <5 al mes	136	51,0	49,0-53,0		
	3) >5 al mes	31	50,2	45,7-54,7		
Ha concertado algún seguimiento clínico por teléfono en el último mes	1) Ninguno	173	53,9	51,9-55,8	0,037*	1-2
	2) <5 al mes	112	49,8	47,9-51,8		
	3) >5 al mes	24	50,6	46,4-54,8		
Ha tratado de resolver alguna consulta clínica por teléfono en el último mes	1) Ninguno	88	53,6	51,1-56,0	0,06	
	2) <5 al mes	172	51,6	49,7-53,5		
	3) 6-10 al mes	36	52,0	48,3-55,6		
	4) >10 al mes	13	49,9	43,8-56,0		
La especialidad que más ha derivado en el último mes es la salud mental	1) Si	32	51,2	47,5-55,3	0,512	
	2) No	277	52,4	51,0-54,4		
En el último mes, el motivo de consulta atendido con mayor frecuencia ha sido la atención a enfermos crónicos	1) Si	52	52,2	49,0-55,4	0,920	
	2) No	257	52,1	50,6-53,6		
En el último mes, el motivo de consulta atendido con mayor frecuencia ha sido el administrativo	1) Si	156	53,2	51,4-55,1	0,05*	
	2) No	153	51,0	49,0-53,1		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 84: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (V),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Ha concertado alguna visita programada en el último mes para realizar actividades del programa de la mujer	1) Ninguna	71	11032	6,65-7,72	0,385	
	2) <6 al mes	50	11079	6,19-7,10		
	3) 6-10 al mes	62	11386	6,39-7,10		
	4) 11-15 al mes	44	11331	6,17-6,91		
	5) 16-20 al mes	23	10919	5,88-8,15		
	6) >20 al mes	57	10095	5,98-6,83		
Ha concertado alguna visita domiciliaria programada en el último mes a pacientes impedidos	1) Ninguna	26	7068	6,77-8,59	0,021*	1-3 1-4
	2) <5 al mes	167	6,80	6,53-7,07		
	3) 6-10 al mes	86	6,53	6,20-6,86		
	4) 11-15 al mes	14	6,00	5,15-6,85		
	5) >5 al mes	8	6,20	5,17-7,24		
Ha tratado de resolver algún aviso domiciliario urgente por teléfono en el último mes	1) Ninguno	139	7,07	6,76-7,39	0,005	1-2 1-3
	2) <5 al mes	132	6,53	6,25-6,80		
	3) >5 al mes	30	6,22	5,59-6,84		
Ha concertado algún seguimiento clínico por teléfono en el último mes	1) Ninguno	168	7,01	6,72-7,30	0,021	1-2
	2) <5 al mes	110	6,42	6,14-6,70		
	3) >5 al mes	23	6,39	5,71-7,07		
	4) >10 al mes	13	5,97	4,99-6,96		
Ha tratado de resolver alguna consulta clínica por teléfono en el último mes	1) Ninguno	85	7,07	6,69-7,46	0,056	
	2) <5 al mes	167	6,65	6,38-6,92		
	3) 6-10 al mes	36	6,71	6,16-7,28		
	4) >10 al mes	13	5,97	4,99-6,96		
La especialidad que más ha derivado en el último mes es la Salud Mental	1) Si	32	6,68	6,07-7,29	0,815	
	2) No	269	6,75	6,54-6,97		
En el último mes, el motivo de consulta atendido con mayor frecuencia ha sido la atención a enfermos crónicos	1) Si	50	6,68	6,22-7,14	0,866	
	2) No	251	6,76	6,54-6,98		
En el último mes, el motivo de consulta atendido con mayor frecuencia ha sido administrativo	1) Si	155	6,76	6,49-7,03	0,731	
	2) No	146	6,73	6,43-7,04		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), p<0,05

TABLA 85: Análisis Bivariante de la Presión asistencial con las variables de la organización de la consulta del médico de familia (VI),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P*	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Participación como docente en alguna actividad educativa grupal en la comunidad en el último año	1) Ninguna	152	50,4	48,6-52,3	0,097	
	2) 1-2 al año	96	53,1	50,9-55,3		
	3) 3-4 al año	34	54,4	49,6-59,3		
	4) >4 al año	27	55,6	49,5-61,6		
Participación en alguna reunión en la comunidad en el último año	1) Ninguna	205	51,8	50,1-53,5	0,761	
	2) 1-2 al año	71	52,6	50,3-54,9		
	3) > de 2 al año	33	53,1	57,8-58,5		
Participación como docente o terapeuta en alguna actividad educativa grupal en el centro de salud en el último año	1) Ninguna	231	52,4	50,7-54,0	0,689	
	2) 1-2 al año	51	52,0	49,2-54,8		
	3) > de 2 al año	27	50,5	45,5-55,5		
Participación en alguna actividad de educación para la salud en algún medio de comunicación en el último año	1) Ninguna	239	51,9	50,4-53,4	0,529	
	2) 1-2 al año	52	52,2	48,7-55,7		
	3) > de 2 al año	18	55,4	48,8-62,1		
Ha realizado captación activa de hipertensos en la consulta a demanda en el último mes	1) <10% de los pacientes	156	52,9	51,1-54,6	0,623	
	2) al 10-30% de los pacientes	102	51,5	49,2-53,9		
	3) al 31-60% de los pacientes	32	51,1	46,5-55,7		
	4) >60% de los pacientes	19	51,3	42,6-59,9		
Ha realizado consejo para dejar de fumar en consulta a demanda en el último mes	1) <10%	58	51,7	48,8-54,6	0,867	
	2) 10-30%	82	52,7	49,9-55,5		
	3) 31-60%	73	52,9	49,8-56,1		
	4) 61-90%	38	52,7	48,7-56,8		
	5) >90%	56	50,6	47,7-53,5		
Ha preguntado y registrado el consumo de alcohol en consulta a demanda en el último mes	1) <10%	195	52,4	50,9-53,9	0,501	
	2) 10-30%	71	51,3	48,4-54,1		
	3) 31-60%	24	55,0	46,4-43,6		
	4) >60%	19	49,2	43,6-54,8		
Derivaciones a la trabajadora social en los últimos 3 meses	1) Ninguna vez	24	51,0	43,4-58,6	0,283	
	2) Alguna vez	283	52,3	50,9-53,7		
Ha comentado con la enfermera el seguimiento de algún paciente en el último mes	1) <2 veces al mes	19	52,2	47,2-57,2	0,001*	2-4
	2) 3-4 veces al mes	41	47,2	44,1-50,3		3-4
	3) 5-6 veces al mes	37	47,7	44,5-50,9		
	4) >6 veces al mes	210	54,0	52,2-55,7		

P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 86: Análisis bivariante de la frecuentación de las consultas con las variables de la organización de la consulta del medico de familia (VI),

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P ^{a*}	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Participación como docente en alguna actividad educativa grupal en la comunidad en el último año	1) Ninguna	149	6,61	6,35-6,86	0,520	
	2) 1-2 al año	92	6,81	6,44-7,18		
	3) 3-4 al año	33	6,74	6,12-7,36		
	4) >4 al año	27	7,32	6,32-8,31		
Participación en alguna reunión en la comunidad en el último año	1) ninguna	202	6,82	6,56-7,07	0,649	
	2) 1-2 al año	66	6,50	6,19-6,82		
	3) > de 2 al año	33	6,82	6,13-6,95		
Participación como docente o terapeuta en alguna actividad educativa grupal en el centro de salud en el último año	1) Ninguna	226	6,76	6,53-6,99	0,918	
	2) 1-2 al año	49	6,65	6,15-7,15		
	3) > de 2 al año	26	6,80	5,99-7,61		
Participación en alguna actividad de educación para la salud en algún medio de comunicación en el último año	1) Ninguna	232	6,80	6,57-7,02	0,467	
	2) 1-2 al año	51	6,55	5,99-7,11		
	3) > de 2 al año	18	6,65	5,90-7,41		
Ha realizado captación activa de hipertensos en la consulta a demanda en el último mes	1) <10% de los pacientes	154	6,75	6,51-6,99	0,917	
	2) al 10-30% de los pacientes	98	6,78	6,38-7,18		
	3) al 31-60% de los pacientes	30	6,69	5,89-7,47		
	4) >60% de los pacientes	19	6,68	5,75-7,60		
Ha realizado consejo para dejar de fumar en consulta a demanda en el último mes	1) <10%	56	6,76	6,36-7,15	0,952	
	2) 10-30%	81	6,85	6,39-7,31		
	3) 31-60%	73	6,67	6,26-7,07		
	4) 61-90%	35	6,88	6,27-7,49		
	5) >90%	54	6,63	6,20-7,02		
Ha preguntado y registrado el consumo de alcohol en consulta a demanda en el último mes	1) <10%	190	6,69	6,46-6,69	0,953	
	2) 10-30%	68	6,82	6,34-7,30		
	3) 31-60%	24	7,05	6,01-8,10		
	4) >60%	19	6,75	6,07-7,43		
Derivaciones a la trabajadora social en los últimos 3 meses	1) Ninguna	23	7,16	6,30-8,02	0,157	
	2) 1-2 veces	110	6,10	6,65-7,33		
	3) 3-4 veces	96	6,64	6,25-7,03		
	4) 5-6 veces	33	6,43	5,98-6,89		
	5) > 6 veces	37	6,38	5,91-6,84		

VARIABLE	RESPUESTAS	N	MEDIA	IC	P ^{a*}	COMPARACIÓN POR PAREJAS
Ha comentado con la enfermera el seguimiento de algún paciente en el último mes	1) <2 veces al mes	18	6,10	5,99-7,96	0,015*	2-4
	2) 3-4 veces al mes	41	6,22	5,73-6,71		3-4
	3) 5-6 veces al mes	35	6,13	5,77-6,49		
	4) >6 veces al mes	205	6,95	6,69-7,20		

a:P* Anova o T-Student

**Penalización de Bonferroni y método de SNK (Student-Neumann-Keuls), $p < 0,05$

TABLA 87: Análisis bivariante de la utilización (presión asistencial) y las variables de centro de salud: población, recursos humanos, Demanda Inducida, reuniones, formación, isocronas y grado de dispensarización (N=309).

VARIABLES	R ¹	P
Nº habitantes de la Zona Básica de Salud (ZBS)	-0,108	0,062
Nº habitantes >64 años de la ZBS	0,056	0,350
Nº médicos de familia	-0,024	0,677
Nº pediatras	-0,137	0,016
Nº médicos (médicos de familia + pediatras)	-0,027	0,632
Ratio población (nº habitantes de la ZBS) / nº médicos	-0,201	<0,001
Nº enfermeras	0,022	0,701
Ratio población / enfermeras	-0,254	<0,001
Nº auxiliares de clínica	0,028	0,627
Ratio población / nº auxiliares de clínica	-0,308	<0,001
Nº trabajadoras sociales	0,041	0,472
Nº UAU (unidad de atención administrativa)	0,116	0,045
Ratio población / nº UAU	-0,234	<0,001
Tiempo medio en la plaza de los médicos del equipo	-0,210	<0,001
Edad de los médicos	-0,074	0,195
Demanda Inducida por el médico	-0,383	<0,001
Nº reuniones organizativas del Equipo Básica de Atención Primaria (EBAP)	-0,078	0,171
Nº sesiones clínicas	-0,148	0,009
Nº reuniones con especialistas	-0,114	0,046
Nº tutores de MFyC acreditados en el EBAP	-0,277	<0,001
Nº residentes MFyC R3 en el EBAP	-0,219	<0,001
Escala del grado de dispensarización del EBAP	0,076	0,180
Tiempo de traslado del EBAP al hospital más cercano	-0,040	0,427
Nº habitantes del municipio del centro de salud	0,048	0,411

¹Coeficiente Rho de Spearman,

TABLA 88: Análisis bivariante de la utilización (presión asistencial) y las variables de centro de salud (medianas): características de la población, gasto en farmacia, visitas programadas y utilización del teléfono en la consulta (N=309).

VARIABLES	R1	P
Total de visitas médicas /año	0,675	<0,001
Frecuentación	0,574	<0,001
Paciente distintos vistos (al menos una visita en el año)	0,184	0,001
Base de Datos de Usuarios (BDU)	0,101	0,075
Base de Datos de Usuarios >64 años	0,221	<0,001
Nº de hipertensos	0,187	0,001
Nº de diabéticos	0,304	<0,001
Nº de dislipémicos	-0,025	0,666
Nº de EPOC	0,252	<0,001
Nº de asmáticos	-0,012	0,830
Nº crónicos	0,124	0,030
Nº hipertensos + diabéticos	0,319	<0,001
Gasto de Farmacia	0,159	0,005
Gasto de medicamentos de valor intrínseco no elevado	0,056	0,328
Tiempo en la plaza	-0,210	<0,001
Edad de los médicos	-0,074	0,195
Demanda Inducida por el médico	-0,383	<0,001
Visitas programadas	0,095	0,055
Visitas programadas a crónicos	0,121	0,033
Visitas programadas para mejor diagnóstico	-0,077	0,177
Visitas programadas de psicoterapia	0,029	0,613
Visitas programadas domiciliarias	-0,292	<0,001
Consulta telefónica para filtrar avisos domiciliarios urgentes	-0,228	<0,001
Consulta telefónica de seguimiento	-0,238	<0,001
Consulta telefónica a demanda	-0,091	0,111

¹Coeficiente Rho de Spearman,

TABLA 89: Análisis bivariante de la utilización (presión asistencial) y las variables de organización del centro de salud: dispensarización, programás, acceso a tecnologías y disponibilidad y acreditaciones.

VARIABLES	N (No/Si)	Promedio de Rangos (No/Si)	P¹
Dispensarización de avisos domiciliarios urgentes	172 / 137	154,3 / 155,8	0,881
Dispensarización de consulta no demorable	122 / 187	165,8 / 147,9	0,085
Dispensarización del programa de la mujer	116 / 193	151,2 / 157,3	0,560
Dispensarización otros servicios médicos	172 / 137	142,6 / 170,6	0,006
Dispensarización consulta de enfermería	138 / 171	138,0 / 168,7	0,003
Dispensarización otros servicios de enfermería	116 / 193	165,9 / 148,4	0,096
Programa diagnóstico precoz cáncer cuello uterino	145 / 164	168,1 / 143,4	0,015
Programa de DIU	236 / 68	157,6 / 134,8	0,060
Programa PAPPS	176 / 93	147,3 / 111,8	<0,001
Programa de hipertensión	8 / 294	131,4 / 152,1	0,509
Programa de diabetes	8 / 294	131,4 / 152,1	0,509
Programa de dislipemias	66 / 236	146,2 / 153,0	0,576
Programa de obesidad	132 / 170	145,4 / 156,2	0,287
Programa de tabaquismo	165 / 131	141,6 / 157,2	0,120
Programa de cardiovascular	172 / 124	150,8 / 145,3	0,581
Programa del anciano	82 / 220	144,3 / 154,2	0,383
Programa de terminales	38 / 264	146,0 / 152,3	0,679
Programa de salud mental	215 / 89	152,6 / 152,1	0,963
Programa de metadona	74 / 235	153,8 / 155,4	0,891
Programa de cirugía menor	24 / 285	145,3 / 155,8	0,582
Programa de educación crónicos en grupo	193 / 116	174,1 / 123,2	<0,001
Programa de educación otros grupos	194 / 109	156,3 / 144,3	0,250
Programa de rehabilitación	217 / 92	148,0 / 171,6	0,034
Programa de formación continuada	38 / 271	184,2 / 150,9	0,032
Programa de cartillas de largo tratamiento	121 / 170	153,7 / 140,5	0,188
Rx disponible	137 / 172	151,3 / 157,9	0,521
Espirómetro disponible	186 / 123	152,9 / 158,2	0,612
Peak-flow disponible	163 / 146	160,0 / 149,4	0,299
Reflectómetro disponible	134 / 168	139,6 / 161,0	0,034
Sonicaid disponible	5 / 304	123,6 / 155,5	0,428
Doppler disponible	258 / 51	154,1 / 159,6	0,689
Microscopio disponible	174 / 135	173,9 / 130,6	<0,001
Acceso a Rx de contraste	259 / 50	152,3 / 168,9	0,230
Acceso a ecografías	159 / 150	178,9 / 129,6	<0,001
Acceso a EEG	284 / 25	157,1 / 131,6	0,172
Acceso a mamografías	221 / 88	164,6 / 130,8	0,003
Acceso a endoscopias	274 / 35	157,8 / 133,3	0,128
Centro de salud acreditado para docencia MFyC	163 / 136	170,9 / 125,0	<0,001
Centro de salud con comisión de garantía de calidad	198 / 111	162,6 / 141,5	0,046

¹Nive de significación de la U de Mann-Whitney,

TABLA 90: Análisis bivariante entre la frecuentación, la presión asistencial y variables del clima organizacional y burnout (Máslach Burnout Inventory), N=309.

	FRECUENTACION		PRESION ASISTENCIAL	
	r*	P	r*	P
Trabajo en equipo	0,036	0,545	-0,49	0,399
Conflicto	0,026	0,660	-0,002	0,973
Percepción de fracaso	0,181	0,002	0,235	<,001
Exceso de autonomía	0,027	0,646	0,036	0,540
Vida social	0,058	0,320	0,076	0,191
Dirección autoritaria	0,036	0,538	0,003	0,965
Tensión médico-enfermera	-0,153	0,008	-0,132	0,021
Clima positivo ²	0,051	0,384	-0,009	0,883
Clima negativo ³	0,063	0,283	0,071	0,221
Clima negativo ajustado ⁴	0,015	0,793	0,050	0,389
Cansancio emocional	0,094	0,109	0,104	0,071
Despersonalización	0,062	0,291	-0,008	0,896
Realización personal	-0,085	0,150	-0,029	0,620

²clima positivo = (trabajo en equipo) + (vida social)

³clima negativo = (conflicto) + (percepción fracaso) + (exceso de autonomía) + (dirección autoritaria) + (Tensión médico-enfermera)

⁴Clima negativo ajustado = (clima negativo) - (clima positivo) + 15

r*=Coeficiente de Correlación de Pearson

TABLA 91: Análisis bivalente de la utilización (presión asistencial) y las variables de centro de salud (medianas) de satisfacción profesional, perfil profesional, clima organizacional y estrés crónico asistencial, N=309.

VARIABLES	R ¹	P
Percepción de presión asistencial	0,135	0,017
Perfil profesional biomédico	0,282	<0,001
Satisfacción profesional	-0,033	0,568
Trabajo en equipo	-0,074	0,192
Conflicto en el equipo	0,100	0,078
Percepción de fracaso	0,343	<0,001
Exceso de autonomía	0,078	0,169
Dirección autoritaria		
Vida social en el equipo	0,142	0,012
Tensión medico-enfermera	0,144	0,012
Clima organizacional negativo ²	0,144	0,011
Clima organizacional positivo ³	0,010	0,865
Clima negativo ajustado ⁴	0,105	0,065
Cansancio emocional	0,204	<0,001
Despersonalización	-0,008	0,894
Realización personal	-0,036	0,527

¹Coeficiente Rho de Spearman,

²clima negativo = (conflicto) + (percepción fracaso) + (exceso de autonomía) + (dirección autoritaria) + (Tensión

³clima positivo = (trabajo en equipo) + (vida social) médico-enfermera)

⁴Clima negativo ajustado = (clima negativo) - (clima positivo) + 15

Tabla 92: Regresión lineal múltiple ¹, Variable dependiente: "logaritmo de las visitas totales recibidas por médico, en un año", N = 309.

VARIABLES	Incremento R ²	Beta Estandarizado	P
Demanda Inducida	0,190	- 0,247	< 0,001
Tamaño cupo	0,086	0,234	< 0,001
Hipertensos + Diabéticos	0,037	0,219	< 0,001
Percepción de Fracaso - Deseo huída	0,021	0,146	0,007
Tensiones médico-enfermera	0,017	- 0,166	0,001
Compartir consulta	0,013	- 0,117	0,017
Perfil Biomédico	0,011	0,137	0,010
Tiempo en la plaza actual	0,010	0,121	0,018
Tiempo de trabajo en Centros de Salud	0,010	- 0,109	0,031
Escala de organización administrativa	0,009	- 0,121	0,041
MIR R3 en consulta	0,006	0,100	0,067
R ² total	0,410		

¹ Durbin-Watson = 1,354, P entrada = 0,10, P salida = 0,15, Método de selección de variables" hacia delante",

Tabla 93: Regresión lineal múltiple ¹, Variable dependiente: "logaritmo de las visitas totales recibidas por médico, en un año", N = 294 ².

VARIABLES	Incremento R ²	Beta Estandarizado	P
Demanda Inducida	0,185	- 0,274	< 0,001
Hipertensos + Diabéticos	0,102	0,276	< 0,001
Tamaño cupo	0,047	0,233	< 0,001
Percepción de Fracaso - Deseo huída	0,019	0,121	0,028
Tensiones médico-enfermera	0,025	- 0,171	0,001
Compartir consulta	0,013	- 0,116	0,020
Escala de organización administrativa	0,010	0,124	0,037
Cansancio emocional	0,009	0,100	0,046
R ² total	0,410		

¹ Durbin-Watson = 1,348, P entrada = 0,10, P salida = 0,15, Método de selección de variables" hacia delante",

² Se descartan 15 médicos que contestaron que registraban los seguimientos de pacientes en menos del 20%,

Tabla 94: Regresión lineal múltiple multinivel 1, Variable dependiente: "logaritmo de las visitas totales recibidas por médico, en un año", N = 309,

VARIABLES	Beta	Error estándar de Beta	P
Nivel 1: médico			
Demanda Inducida	-0,01838	0,00353	< 0,0001
Tamaño cupo	0,00026	0,00003	< 0,0001
Tamaño cupo >64 años	0,15073	0,05039	0,0028
Tensión médico-enfermera	0,01638	0,00642	0,0107
Satisfacción profesional	-0,00982	0,00394	0,0127
Recibir visitantes médicos	0,06350	0,02660	0,0170
Hipertensos + Diabéticos	0,00812	0,00410	0,0476
Año de licenciatura	-0,00318	0,00171	0,0629
Consumo de VINES	0,00005	0,00003	0,0956
Nivel 2: Centro de Salud 2			
Frecuentación media del Centro de Salud	0,10164	0,00851	<0,0001
Demanda Inducida media del Centro de Salud	-0,02986	0,00627	<0,0001
Cansancio Emocional medio del Centro de Salud	0,00529	0,00148	0,0004
Tamaño cupo medio >64 años del Centro de Salud	0,00059	0,00023	0,0103
R ² total = 0,63			

¹ Se han considerado todas las variables con $p < 0,10$,

² El modelo con un término independiente variable para el Centro de Salud aporta más información que el modelo con un término independiente constante para todos los Centros de Salud, ($X^2 \text{ exp.} = 90,1$, $1g, l., p < 0,001$), El coeficiente de correlación intraclase $Rho = 0,394156$ ($\sigma U_2 = 0,02037$; $\sigma E_2 = 0,03131$),

TABLA95: Estudios de prevalencia de Burnout en médicos de atención primaria publicados en España 1995-2006

ESTUDIOS	CANSANCIO EMOCIONAL (CE)		DESPERSONALIZACION (D)		REALIZACION PERSONAL (RP)	
	Media	% de médicos CE ALTO ≥ 27	Media	% de médicos D ALTA ≥ 10	Media	% de médicos RP BAJA=0-33
MOCAUT III-Andalucía 2006	26,3	46,2	7,8	31,5	38,3	21,3
MATIA AC-Burgos 2006		56,8		37		37
LOMEÑA JA- Axarquía (Málaga) 2004		45,2		51,6		45,2
MOLINA A- Área 8 Madrid 2003	25,1	42,6	8,2	35,4	35,2	29,3
SOBREQUES J-Barcelona 2003						
MARTINEZ DE LA CASA A-Talavera de la Reina 2003	28,4	41	11,6	52,7	32,1	27
PRIETO L-Cáceres 2002	22	31,6	8,3	34,8	35	41,7
CABALLERO MA- EI Escorial (Madrid) 2001		30,6		31,2		24,2
PRIETO L-Guadalajara 2001	22,5		7,6		34,6	
CEBRIA J-Cataluña 2001	26,3	40	6,7	40	38,5	30
DE PABLO R- Zaragoza 1998	29		8,3		36,8	
ATANCE JC-Guadalajara 1997	12,2		10,1		22,6	
DE LAS CUEVAS C- Tenerife 1995	20,3	27,6	6,75	30,1	36,6	47,1

Fuente: elaboración propia

ANEXOS

ANEXO I

Distritos Sanitarios y EBAP participantes

MUESTRA

- 1. Distrito Sanitario Málaga**
 - 1.1. Alahurín-Churriana
 - 1.2. Carranque
 - 1.3. Delicias
 - 1.4. El palo
 - 1.5. Limonar
 - 1.6. Portada Alta
 - 1.7. Puerto de La Torre
 - 1.8. San Andrés-Torcal
 - 1.9. Trinidad

- 2. Distrito Sanitario Guadalhorce-Ronda**
 - 2.1. Alhaurín El Grande
 - 2.2. Álora
 - 2.3. Campanillas
 - 2.4. Coín
 - 2.5. Ronda Norte

- 3. Distrito Sanitario Costa del Sol**
 - 3.1. Las Albarizas
 - 3.2. Fuengirola Oeste
 - 3.3. Leganitos
 - 3.4. San Pedro de Alcántara

- 4. Distrito Sanitario Axarquía**
 - 4.1. Vélez Norte
 - 4.2. Nerja
 - 4.3. Torrox

- 5. Distrito Sanitario Antequera**
 - 5.1. Archidona
 - 5.2. Mollina

- 6. Distrito Sanitario Nordeste-Úbeda**
 - 6.1. Baeza
 - 6.2. Úbeda
 - 6.3. Villacarrillo
 - 6.4. Villanueva del Arzobispo
 - 6.5. Cazorla

- 7. Distrito Sanitario Linares Andujar**
 - 7.1. Bailén
 - 7.2. Linares A
 - 7.3. Linares C
 - 7.4. Andujar A

- 8. Distrito Sanitario Jaén**
 - 8.1. Peñamefecit
 - 8.2. Jaén Sur
 - 8.3. El Valle
 - 8.4. Mancha Real

- 9. Distrito Sanitario Alcalá la Real-Martos**
 - 9.1. Alcalá la Real
 - 9.2. Martos

FIGURA 1: ESTRATEGIA DE MUESTREO

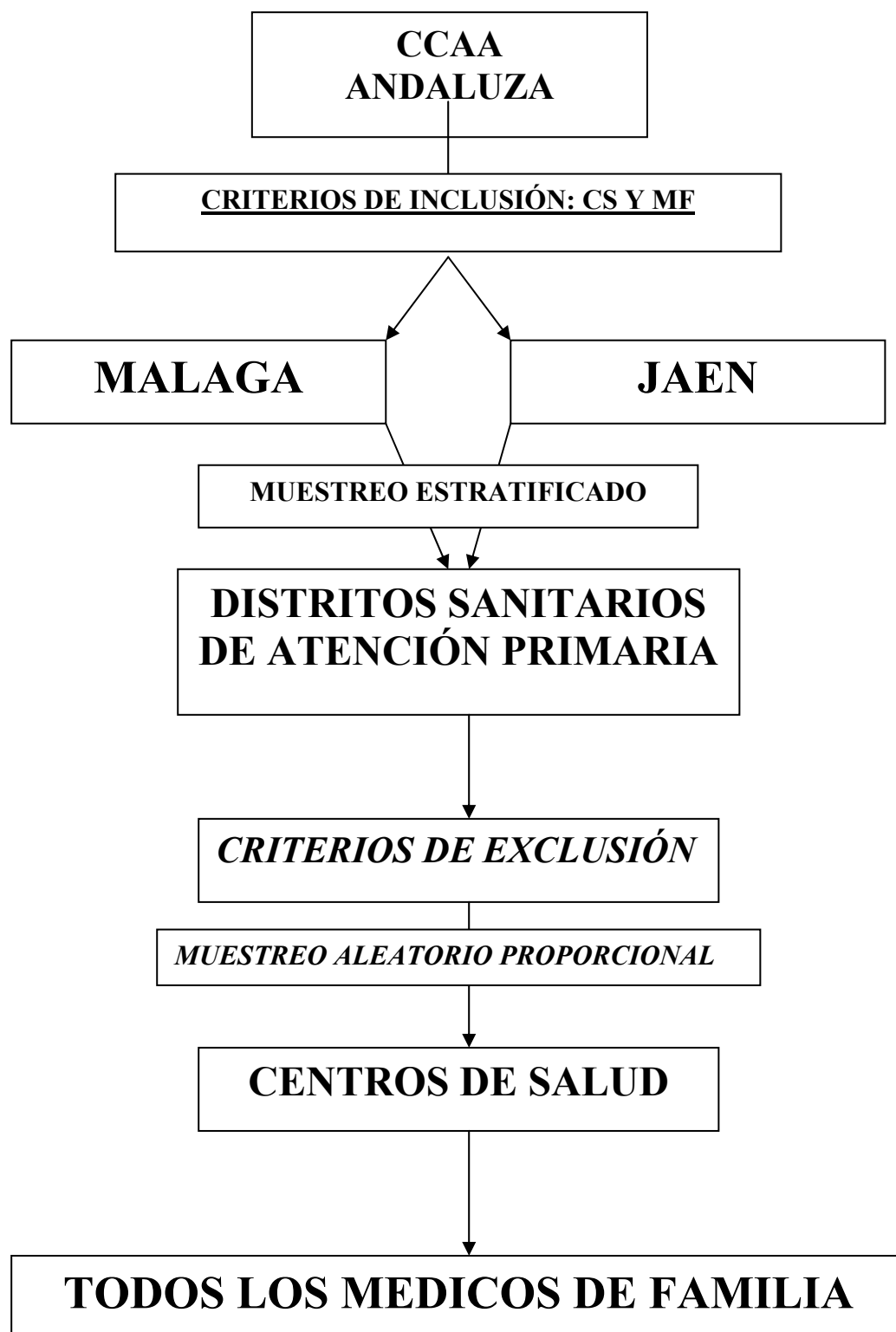
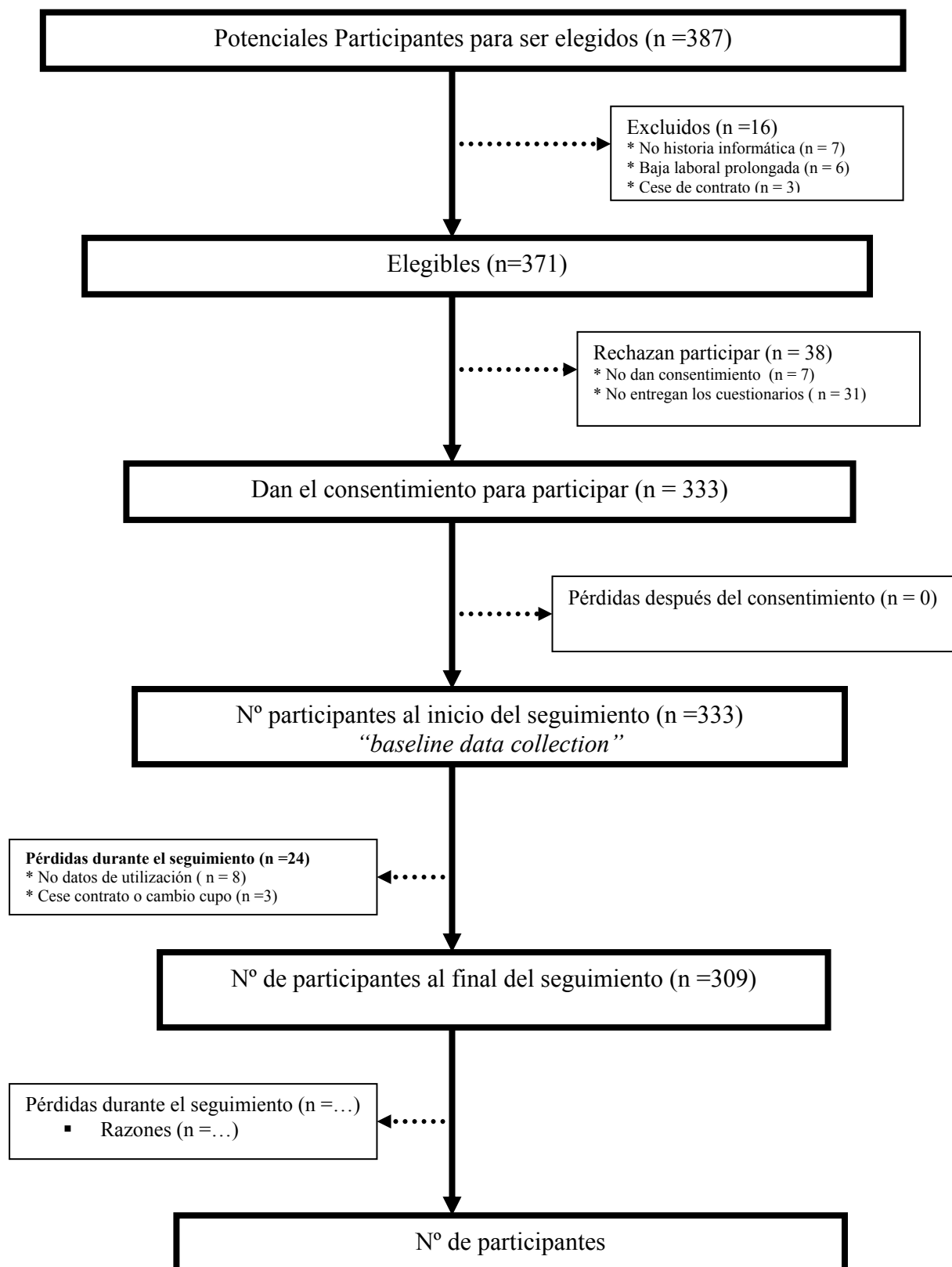


Figura 2: Diagrama de Flujo sobre la participación en los estudios de cohortes ¹.
¹ Modificado de: Tooth L, Ware R, Bain C, Purdie DM, Dobson A. Quality of reporting of observational longitudinal research. Am J Epidemiol 2005;161:280-8.



ANEXO II:

MANUAL DE NORMAS PARA EL ENCUESTADOR

1. La **lista de muestreo** contiene los centros de salud seleccionados con los médicos que se deben incluir.
2. **Los centros de salud seleccionados** deben de cumplir dos condiciones para llevar a cabo las encuestas:
 - al menos 1 año de funcionamiento como zona reconvertida .
 - al menos 1 año de informatización efectiva (TASS).

Si no cumpliera cualquiera de las dos, ponerse en contacto con Juan Bellón para facilitaros un centro sustituto.

3. **Los médicos de centros de salud seleccionados** son todos los pertenecientes al centro de salud incluidos en la muestra excepto:
 - los que lleven menos de 2 meses de incorporación al centro de salud.
 - los que tengan la perspectiva de no seguir trabajando en la plaza en el año siguiente a la cumplimentación de la encuesta.
 - Los que, de entrada, se nieguen a contestar la encuesta.
 - Los que pasen alguna consulta sin ordenador o sin TASS funcionando (incluyendo los que pasan dos o más consultas, en el caso de alguna de ellas sea TASS no funcionando). En el listado aparece en rojo el consultorio que según los servicios centrales no dispone de TASS funcionando.
4. El primer paso consiste en ponerse en **contacto telefónico con el director** del centro seleccionado y, presentándose primero, contarle que formáis parte de un proyecto de investigación FIS que pretende averiguar las causas de la utilización de las consultas y que queréis concertar una cita con el para hablarle de ello y hacerle una encuesta de 10 minutos. También le diréis, que ese mismo día que quedéis con el, os gustaría tener una reunión con los médicos en el horario de reunión de equipo o de sesión para presentarle el proyecto y pedirles su colaboración. Lo ideal, sería que la reunión con el director la hicierais 1/2 hora antes que la de los médicos, pero habrá que adaptarse a sus posibilidades.
5. Cuando lleguéis a la **cita con el director** le facilitáis una copia del proyecto y le habláis un poco más (unos 5 minutos) de:
 - Cuáles son los componentes del equipo investigador.
 - Cuáles son los objetivos del proyecto.
 - Una síntesis de la metodología.
 - Cuál es la utilidad práctica del proyecto.
 - Cuál es el tipo de colaboración que se pide:
 - El director facilite los datos de *la encuesta al director* (directamente y/o a través de la última memoria del centro).
 - Los médicos que quieran cumplimenten "*la encuesta de médico*".
 - Al final del año de seguimiento se facilite la recogida de los datos de utilización de las consultas por médico.
 - El compromiso de mandar una copia de los resultados al centro de salud.
6. Una vez que el director da la conformidad, le pedís los nombres y apellidos de los médicos del centro. **Hacéis el listado** (en las hojas diseñadas para tal fin) y le adjudicáis un código por orden sucesivo que en ningún caso puede repetirse y que en Málaga va del 001 al 299 y en Jaén comienza en el 300 hasta el 500. A los médicos que no cumplan los criterios del

apartado 3, le ponéis en un sobre el nombre del médico y al cuestionario el código del médico y el resto de códigos (ver el final de página), introduciendo el cuestionario y la carta de presentación en el sobre con otro sobre en blanco.

7. La forma óptima de hacer llegar los cuestionarios a los médicos del centro es a través de una pequeña **presentación** en la hora de reunión o sesión (unos 10 minutos), entregando en mano y nominalmente cada sobre con la encuesta y un sobre en blanco. Se le pide a los médicos que en ese momento vayan rellenando la encuesta (unos 20-25 minutos) y que al terminar la metan en el sobre en blanco (sin el nombre) y os la entreguen en mano a vosotros.
8. Es evidente que **algunos médicos no podrán rellenarla** porque no vayan ese día a la reunión. En ese caso, os tenéis que comprometer a visitarlos o llamarlos personalmente por teléfono al día siguiente o el día más próximo, para que en 3-5 minutos se lo expliquéis y le pidáis su colaboración. Si acepta colaborar, le entregaréis su sobre (con el encabezado: "en atención del Dr.) en mano, dándole las instrucciones de cumplimentación e indicándole que lo meta en el sobre en blanco. Posteriormente a su cumplimentación pasareis a recogerlo.
9. Otra situación que puede ocurrir con los médicos es que, aún estando presente en la reunión, **decidan rellenar la encuesta en otro momento** (por ejemplo, porque se tenga que ir). Vosotros debéis tomar nota del médico en cuestión para poder reforzarle personal o/y telefónicamente la cumplimentación. Una vez cumplimentada, pasareis a recogerla.
10. En algún centro, es posible que ni siquiera exista algún tipo de reunión o sesión, en ese caso no queda más remedio que visitar médico por médico para explicarle y pedirle su colaboración.
11. Si un médico en principio ha aceptado cumplimentar la encuesta; se podrá considerar que **no ha cumplimentado la encuesta**, cuando después de haber contactado personal o/y telefónicamente con el, en al menos 3 ocasiones y en días diferentes, no os la haya entregado.
12. En el caso de que en un centro de salud se den **médicos que no cumplimenten la encuesta**, se anotará en el listado de médicos del centro de salud su edad, sexo y la causa de no cumplimentación: 1. Lleva menos de 2 meses en la plaza; 2. Se prevé que no seguirá en la plaza en el año siguiente; 3. Se niega a contestar; 4. Pasa alguna consulta sin ordenador; 5. No la cumplimenta después de 3 refuerzos; 6. Otras causas (especificar).
13. Si **un centro de salud se niega más o menos en bloque** (> 60% de los médicos) a colaborar, llamarme para que os de un centro de salud de repuesto.

[Juan Ángel Bellón Saameño.C.S. El Palo. Avda. Salvador Allende 159.Málaga 29018](#)
Tfno. 952-292084

CODIGOS 1ª PAGINA DE LA ENCUESTA A MEDICOS:

CE: código de encuestador

CP: código de provincia

CC: código de centro de salud

CM: código de médico

Fecha: fecha en la que se le entrega al médico la encuesta

ANEXO III:

Cuestionario dirigido a los médicos de los
Equipos Básicos de Atención Primaria

Estimado compañero:

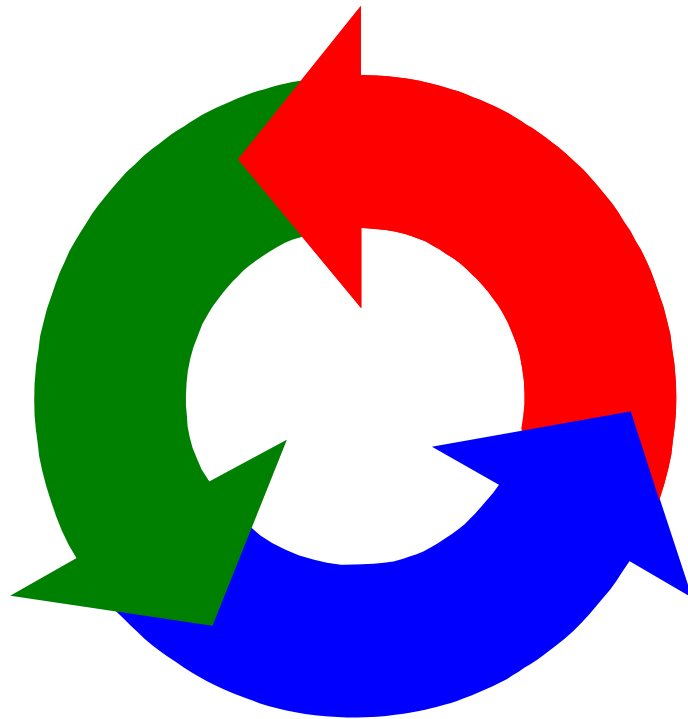
El cuestionario que te adjuntamos para que lo cumplimentes forma parte de un proyecto de investigación denominado "**Modelo causal de los factores del proveedor y la organización que intervienen en la utilización de los servicios de atención primaria (MOCAUT-III)**". Este proyecto está financiado por el FIS (expediente 00/1046), y yo soy el investigador principal.

Desde el punto de vista práctico, pretendemos investigar cuales son las prácticas profesionales y los distintos tipos de organización que pudieran reducir la presión asistencial que todos padecemos. Queremos **agradecerte de antemano tu colaboración**, y cuando tengamos los resultados os lo enviaremos al centro de salud. Si tuvieras alguna duda o comentario me lo puedes comunicar directamente o a través del entrevistador que te llevará y recogerá el cuestionario.

Un cordial saludo,

Juan Ángel Bellón Saameño
Centro de Salud "El Palo"
Avda. Salvador Allende 159
Málaga 29018
Tfno. 952-292084

Questionario MOCAUT-III



C-E:.....

C-P:.....

C-C:.....

C-M:.....

fecha:...../...../.....

El cuestionario que va a cumplimentar contiene unas preguntas muy fáciles y rápidas de responder. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos y no tiene que poner su nombre en ningún sitio. A continuación encontrará unas preguntas relacionadas con la organización de su consulta. Conteste poniendo una "X" en la casilla correspondiente a cada pregunta [X]:

1. En su centro de salud, la mayoría de los días de la semana **pasa consulta**:
 1. en el centro cabecera
 2. en un consultorio, en distinto pueblo del centro cabecera con una sola plaza de médico
 3. en un consultorio, en distinto pueblo del centro cabecera con más de una plaza de médico
 4. en el centro cabecera y en un consultorio en distinto pueblo del centro cabecera
 5. en dos consultorios, en diferentes pueblos, y ninguno de ellos es el pueblo del centro cabecera
 6. otra situación:.....

2. Su **horario habitual** de consulta es:
 1. sólo por la mañana
 2. 4 mañanas y 1 tarde a la semana
 3. 3 mañanas y 2 tardes a la semana
 4. 2 mañanas y 3 tardes a la semana
 5. 1 mañana y 4 tardes a la semana
 6. sólo por la tarde
 7. otro horario:.....

3. En su consulta con número o cita, ¿un **administrativo** o auxiliar participa en la gestión de citas?
 1. NO
 2. SI

4. Para su consulta con número o cita, ¿los pacientes pueden pedir **cita por teléfono**?
 1. NO
 2. SI

5. Para su consulta con número o cita, ¿a los pacientes se les asigna **hora de cita**?
 1. NO
 2. SI

6. En su consulta con número o cita, ¿tiene **número tope** de pacientes citados al día?
 1. NO
 2. SI

7. En el último mes, y en el caso de que tuviera **cita previa con un número tope** de pacientes citados al día, ¿cual sería la cifra tope que usted se puso? (en el caso de que fuera diferente según los días de la semana, conteste con la cifra tope promedio aproximada)

1. <input type="checkbox"/> menos de 10	4. <input type="checkbox"/> entre 21 y 25	7. <input type="checkbox"/> entre 36 y 40	10. <input type="checkbox"/> entre 51 y 55
2. <input type="checkbox"/> entre 11 y 15	5. <input type="checkbox"/> entre 26 y 30	8. <input type="checkbox"/> entre 41 y 45	11. <input type="checkbox"/> entre 56 y 60
3. <input type="checkbox"/> entre 16 y 20	6. <input type="checkbox"/> entre 31 y 35	9. <input type="checkbox"/> entre 46 y 50	12. <input type="checkbox"/> más de 60

8. En el último mes, y en el caso de que tuviera **cita previa**, ¿cuál es la frecuencia media de citas por tiempo? (si utilizase varias combinaciones en días diferentes o el mismo día, ponga la cruz en la que utilice con más frecuencia)

1. <input type="checkbox"/> 1 paciente/15 minutos	4. <input type="checkbox"/> 2 pacientes/10 minutos	7. <input type="checkbox"/> 4 pacientes/15 minutos
2. <input type="checkbox"/> 2 pacientes/15 minutos	5. <input type="checkbox"/> 3 pacientes/15 minutos	8. <input type="checkbox"/> especificar otro tipo de intervalo:.....
3. <input type="checkbox"/> 3 pacientes/20 minutos	6. <input type="checkbox"/> 4 pacientes/20 minutos	

9. En su centro de salud, ¿realiza turnos de **atención continuada** (fuera de las 7 horas de jornada habitual) **de lunes a viernes**?
1. NO realizo turnos de atención continuada de lunes a viernes
 2. menos de 4 días al mes
 3. entre 4 y 6 días al mes
 4. entre 7 y 9 días al mes
 5. más de 9 días al mes
10. En el caso de que realice turnos de **atención continuada de lunes a viernes**, la mayoría son:
1. de 2 horas cada vez o menos
 2. entre 3 y 6 horas cada vez
 3. entre 7 y 10 horas cada vez
 4. entre 11 y 15 horas cada vez
 5. más de 15 horas
11. En su centro de salud, ¿realiza turnos de **atención continuada los sábados**?
1. NO realizo turnos de atención continuada los sábados
 2. menos de 1 sábado cada 2 meses
 3. entre 1 y 2 sábados cada 2 meses
 4. más de 1 sábado al mes
12. En el caso de que realice turnos de **atención continuada los sábados**, la mayoría son:
1. de menos de 6 horas cada vez
 2. entre 6 y 12 horas cada vez
 3. entre 13 y 20 horas cada vez
 4. más de 20 horas cada vez
13. En su centro de salud, ¿realiza turnos de **atención continuada los domingos**?
1. NO realizo turnos de atención continuada los domingos
 2. menos de 1 domingo cada 2 meses
 3. entre 1 y 2 domingos cada 2 meses
 4. más de un domingo al mes
14. En el caso de que realice turnos de **atención continuada los domingos**, la mayoría son:
1. de menos de 6 horas cada vez
 2. entre 6 y 12 horas cada vez
 3. entre 13 y 20 horas cada vez
 4. más de 20 horas cada vez
15. ¿Realiza turnos de **atención continuada fuera de su zona básica** (otros centros de salud, otros dispositivos de urgencias de primer o segundo nivel)?
1. NO
 2. SI
16. En el último mes, el número medio de **pacientes por día** que ha visto "**con número o cita**" fue:
- | | | | |
|---|---|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> menos de 10 | 4. <input type="checkbox"/> entre 21 y 25 | 7. <input type="checkbox"/> entre 36 y 40 | 10. <input type="checkbox"/> entre 51 y 55 |
| 2. <input type="checkbox"/> entre 10 y 15 | 5. <input type="checkbox"/> entre 26 y 30 | 8. <input type="checkbox"/> entre 41 y 45 | 11. <input type="checkbox"/> entre 56 y 60 |
| 3. <input type="checkbox"/> entre 16 y 20 | 6. <input type="checkbox"/> entre 31 y 35 | 9. <input type="checkbox"/> entre 46 y 50 | 12. <input type="checkbox"/> más de 60 |
17. Si consideramos al **paciente difícil o paciente problema** como aquel que nos produce un sentimiento más o menos intenso de incomodidad. En el último mes, el número medio de tales pacientes que ha visto por día fue de:
- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> ninguno | 4. <input type="checkbox"/> entre 5 y 6 | 7. <input type="checkbox"/> entre 11 y 12 | 10. <input type="checkbox"/> entre 17 y 18 |
| 2. <input type="checkbox"/> entre 1 y 2 | 5. <input type="checkbox"/> entre 7 y 8 | 8. <input type="checkbox"/> entre 13 y 14 | 11. <input type="checkbox"/> entre 19 y 20 |
| 3. <input type="checkbox"/> entre 3 y 4 | 6. <input type="checkbox"/> entre 9 y 10 | 9. <input type="checkbox"/> entre 15 y 16 | 12. <input type="checkbox"/> más de 20 |

18. En el último mes, el número medio de **pacientes por día** que ha visto "**sin número o cita**" fue:
1. ninguno 4. entre 5 y 6 7. entre 11 y 12 10. entre 17 y 18
 2. entre 1 y 2 5. entre 7 y 8 8. entre 13 y 14 11. entre 19 y 20
 3. entre 3 y 4 6. entre 9 y 10 9. entre 15 y 16 12. más de 20
19. En el último mes, el número medio de **avisos domiciliarios urgentes por semana** que realizó fue:
1. ninguno 4. entre 5 y 6 7. entre 11 y 12 10. entre 17 y 18
 2. entre 1 y 2 5. entre 7 y 8 8. entre 13 y 14 11. entre 19 y 20
 3. entre 3 y 4 6. entre 9 y 10 9. entre 15 y 16 12. más de 20
20. En el último mes, por término medio y en el caso de que tuviera cita previa con número tope de citados al día:
1. ningún día se me ha llenado la lista al completo.
 2. 1 día a la semana se me ha llenado la lista al completo
 3. 2 días a la semana se me ha llenada la lista al completo
 4. 3 día a la semana se me ha llenado la lista al completo
 5. 4 días a la semana se me ha llenado la lista al completo
 6. todos los días he tenido llena la lista al completo
21. En el último mes, por término medio y en el caso de que alguna vez se le hubiera llenado la lista de cita previa al completo, ¿cuántos **días de demora** ha tenido?
1. ningún día de demora 4. 3 días de demora 7. 6 días de demora
 2. 1 día de demora 5. 4 días de demora 8. 7 días de demora
 3. 2 días de demora 6. 5 días de demora 9. más de 7 días de demora
22. Durante su jornada habitual de trabajo (las 7 horas de lunes a viernes), para atender a los pacientes con número o cita, y al menos un día a la semana, ¿tiene que **compartir la consulta** con algún miembro del equipo?
1. NO 2. SI
23. ¿Tiene usted ordenador en la consulta con el programa **TASS** **funcionante**?
1. NO 2. SI
24. En el caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior, la frecuencia con que escribe los seguimientos de los pacientes (**registro** de al menos **el motivo de consulta**) en el ordenador es:
1. menos del 20% de las visitas que recibo
 2. entre el 21-60% de las visitas que recibo
 3. entre el 61-95% de las visitas que recibo
 4. más del 95% de las visitas que recibo
25. **Las recetas** que hace usted **en la consulta a demanda**, ¿Las hace con la impresora?
1. no tengo impresora o no funciona
 2. menos del 20% o menos de las recetas que hago
 3. entre el 21-60% de las recetas que hago
 4. entre el 61-95% de las recetas que hago
 5. más del 95% de las recetas que hago
26. ¿Los **partes de IT** los hace con la impresora?
1. no tengo impresora o no funciona
 2. menos del 20% de los partes que hago
 3. entre el 21-60% de los partes que hago
 4. entre el 61-95% de los partes que hago
 5. más del 95% de los partes que hago

Las siguientes 4 preguntas contienen unos supuestos clínico-organizativos cuyas respuestas son todas correctas desde el punto de vista profesional o científico-técnico. La elección de una u otra sólo depende de sus criterios organizativos habituales. Es posible que en algún caso las respuestas no se adapten del todo a su práctica habitual, si es así, ponga la cruz en la respuesta que MAS SE APROXIME a su práctica habitual.

35. Un paciente acude a la consulta con un informe del urólogo de zona con el diagnóstico de **hipertrofia benigna de próstata** y la prescripción de *proscar* durante 6 meses hasta nueva revisión por parte del urólogo, también a los 6 meses. Normalmente usted haría:
1. le daría una receta de proscar si le hace falta
 2. le daría 2-3 recetas de proscar
 3. le daría las recetas de proscar necesarias para que tenga medicación los 6 meses completos
 4. le daría las recetas de proscar necesarias para que tenga medicación los 6 meses completos y el P-10 de revisión para el urólogo si no le han dado ya cita.
36. A un paciente que usted ha diagnosticado de **dislipemia** (después de un tiempo razonable con dieta) decide prescribirle un hipolipemiente y le aconseja una nueva analítica a los tres meses. Normalmente usted haría lo siguiente:
1. le daría una receta para que volviera al mes
 2. le daría dos recetas para que volviera a los dos meses
 3. le daría tres recetas para que volviera a los 3 meses
 4. le daría tres recetas y el impreso de solicitud de la analítica.
37. A un paciente sin antecedentes de interés que usted diagnostica de **bronquitis aguda** moderada . Normalmente lo que haría es:
1. le daría el tratamiento correctamente explicado y le diría que se pase por la consulta dentro de 1-2 días, para ver como sigue
 2. le daría el tratamiento correctamente explicado y le diría que se pase por la consulta dentro de 3-4 días, para ver como sigue.
 3. le daría el tratamiento correctamente explicado y le diría que si dentro de 1-2 días ve que no mejora, que vuelva por la consulta.
 4. le daría el tratamiento correctamente explicado y le diría que si dentro de 3-4 días ve que no mejora, que vuelva por la consulta.
38. A un paciente de 45 años usted le ha diagnosticado una **hipertensión** esencial sin complicaciones y le pautó tratamiento con un IECA hace 3 meses. La analítica, el ECG y la Rx de tórax fueron normales. El paciente se encuentra asintomático y la TA en los últimos meses ha estado bien controlada. Usted normalmente lo que haría es:
1. Le doy 1 receta del IECA y le digo que se pase por la consulta en 1 mes
 2. Le doy 2-3 recetas del IECA y le digo que se pase por la consulta en 2-3 meses
 3. Le doy 1 receta del IECA y le digo que se pase por la consulta del enfermero en 1 mes
 4. Le doy 2-3 recetas del IECA y le digo que se pase por la consulta del enfermero en 2-3 meses
39. Fuera de su horario de consulta con número o cita ¿Dispone de tiempo y espacio para **visitas programadas** (concertadas entre el paciente y usted) en la consulta de más de 10-15 minutos de duración? (excluir las del programa maternal)
1. NO
 2. SI

40. En el último mes, ¿cuántas **visitas programadas** en la consulta de más de 10-15 minutos ha concertado **por semana?** (excluir las del programa maternal)
- | | | |
|---|--|--|
| 1.[<input type="checkbox"/>] ninguna | 4.[<input type="checkbox"/>] entre 5 y 6 por semana | 7.[<input type="checkbox"/>] entre 11 y 14 |
| 2.[<input type="checkbox"/>] entre 1 y 2 por semana | 5.[<input type="checkbox"/>] entre 7 y 8 por semana | 8.[<input type="checkbox"/>] entre 15 y 20 |
| 3.[<input type="checkbox"/>] entre 3 y 4 por semana | 6.[<input type="checkbox"/>] entre 9 y 10 por semana | 9.[<input type="checkbox"/>] más de 20 |
41. En el último mes, ¿ha concertado alguna visita programada en la consulta de más de 10-15 minutos para hacer algún tipo **revisión-seguimiento** a pacientes **crónicos** de HTA, diabetes , EPOC o dislipemias?
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 6 al mes
 - 3.[] entre 6 y 10 al mes
 - 4.[] entre 11 y 15 al mes
 - 5.[] entre 16 y 20 al mes
 - 6.[] más de 20 al mes
42. En el último mes, ¿ha concertado alguna visita programada para hacer algún tipo de **infiltración**?
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 6 al mes
 - 3.[] entre 6 y 10 al mes
 - 4.[] entre 11 y 15 al mes
 - 5.[] entre 16 y 20 al mes
 - 6.[] más de 20 al mes
43. En el último mes, ¿ha concertado alguna visita programada para hacer algún tipo de **cirugía menor**?
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 6 al mes
 - 3.[] entre 6 y 10 al mes
 - 4.[] entre 11 y 15 al mes
 - 5.[] entre 16 y 20 al mes
 - 6.[] más de 20 al mes
44. En el último mes, ¿ha concertado alguna visita programada en la consulta de más de 10-15 minutos para hacer algún tipo de **psicoterapia**?
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 6 al mes
 - 3.[] entre 6 y 10 al mes
 - 4.[] entre 11 y 15 al mes
 - 5.[] entre 16 y 20 al mes
 - 6.[] más de 20 al mes
45. En el último mes, ¿ha concertado alguna visita programada en la consulta de más de 10-15 minutos para tratar de **valorar o diagnosticar mejor** a un paciente?
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 6 al mes
 - 3.[] entre 6 y 10 al mes
 - 4.[] entre 11 y 15 al mes
 - 5.[] entre 16 y 20 al mes
 - 6.[] más de 20 al mes
46. En el último mes, ha concertado alguna visita programada (visitas de mas de 15 minutos) del **programa de la mujer** (planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer femenino o control de embarazo).
- 1.[] ninguna
 - 2.[] menos de 5 en el último mes
 - 3.[] entre 6 y 10 en el último mes

4. entre 11 y 15 en el último mes
5. entre 16 y 20 en el último mes
6. más de 20 en el último mes
47. En el último mes, ¿ha concertado alguna **visita domiciliaria programada** a pacientes impedidos?
1. ninguna
2. menos de 5 en el último mes
3. entre 6 y 10 en el último mes
4. entre 11 y 15 en el último mes
5. entre 16 y 20 en el último mes
6. más de 20 en el último mes
48. En el último mes, ¿ha tratado de resolver algún **aviso domiciliario urgente por teléfono**?
1. ninguno
2. menos de 5 en el último mes
3. entre 6 y 10 en el último mes
4. entre 11 y 15 en el último mes
5. entre 16 y 20 en el último mes
6. más de 20 en el último mes
49. En el último mes, ¿ha concertado algún **seguimiento clínico por teléfono** (consulta telefónica programada)?
1. ninguno
2. menos de 5 en el último mes
3. entre 6 y 10 en el último mes
4. entre 11 y 15 en el último mes
5. entre 16 y 20 en el último mes
6. más de 20 en el último mes
50. En el último mes, ¿ha tratado de resolver alguna consulta clínica que le haya planteado un paciente por teléfono (**consulta telefónica a demanda**)?
1. ninguno
2. menos de 5 en el último mes
3. entre 6 y 10 en el último mes
4. entre 11 y 15 en el último mes
5. entre 16 y 20 en el último mes
6. más de 20 en el último mes
51. De entre **las especialidades** que aparecen a continuación, ordene de mayor a menor las que usted cree **que ha derivado más** en el último mes: la que más le pone un 1, la siguiente un 2, y así sucesivamente hasta la que derive menos que le pone un 6.
- respiratorio
- dermatología
- traumatología
- cardiología
- salud mental
- ORL
52. De entre los **motivos de consulta** que aparecen a continuación, ordene de mayor a menor los que usted cree que ha atendido con **mayor frecuencia** en el último mes: el que más le pone un 1, el siguiente un 2, y así sucesivamente hasta el que atiende con menos frecuencia que le pone un 6.
- problemas respiratorios agudos
- seguimientos o problemas relacionados con pacientes crónicos (HTA, diabetes, EPOC o dislipemias)
- problemas del aparato locomotor
- problemas de salud mental

- [] problemas administrativos (recetas, partes de IT, etc.)
- [] problemas de piel

53. En el último año, ¿ha participado como educador en algún tipo de **actividad educativa grupal** (colegios, hogar del pensionista, otras asociaciones) **en la comunidad** de su zona básica de salud?
- 1.[] en ninguna
 - 2.[] en 1 o 2
 - 3.[] en 3 o 4
 - 4.[] en 5 o 6
 - 5.[] en 7 u 8
 - 6.[] en 9 o 10
 - 7.[] en más de 10
54. En el último año, ¿ha participado en alguna **reunión de la comunidad** (consejo de salud, asociación de vecinos, colegios, otras asociaciones) de su zona básica de salud?
- 1.[] en ninguna
 - 2.[] en 1 o 2
 - 3.[] en 3 o 4
 - 4.[] en 5 o 6
 - 5.[] en 7 u 8
 - 6.[] en 9 o 10
 - 7.[] en más de 10
55. En el último año, ¿ha participado como **docente o terapeuta** en alguna actividad educativa o terapéutica **grupal en su centro de salud** (grupos de educación de enfermedades crónicas, grupos de apoyo, grupos de psicoterapia, etc.)?
- 1.[] en ninguna
 - 2.[] en 1 o 2
 - 3.[] en 3 o 4
 - 4.[] en 5 o 6
 - 5.[] en 7 u 8
 - 6.[] en 9 o 10
 - 7.[] en más de 10

56. En el último año, ¿ha participado en alguna actividad de **educación para la salud o de divulgación** popular de la salud en **algún medio de comunicación** local, regional o nacional (radio, prensa, internet, etc.)?
1. en ninguna
 2. en 1 o 2
 3. en 3 o 4
 4. en 5 o 6
 5. en 7 u 8
 6. en 9 o 10
 7. en más de 10
57. En el último mes, ¿ha realizado en su consulta **captación activa de hipertensos** (tomar la TA a pacientes no hipertensos mayores de 14 años, aunque el paciente no lo pide y venga por otro motivo) en la consulta a demanda?
1. en menos del 10% de los pacientes no hipertensos
 2. entre el 10 y el 30% de los pacientes no hipertensos
 3. entre el 31 y el 60% de los pacientes no hipertensos
 4. entre el 61 y el 90% de los pacientes no hipertensos
 5. en más del 90% de los pacientes no hipertensos
58. En el último mes, ¿ha realizado en su consulta algún tipo de **consejo para dejar de fumar** en los pacientes fumadores?
1. en menos del 10% de los pacientes fumadores
 2. entre el 10 y el 30% de los pacientes fumadores
 3. entre el 31 y el 60% de los pacientes fumadores
 4. entre el 61 y el 90% de los pacientes fumadores
 5. en más del 90% de los pacientes fumadores
59. En el último mes, ¿ha preguntado y registrado la cantidad de **alcohol que consumen los pacientes** que acuden a su consulta por cualquier motivo?
1. en menos del 10% de los pacientes que veo en la consulta
 2. entre el 10 y el 30% de los pacientes que veo en la consulta
 3. entre el 31 y el 60% de los pacientes que veo en la consulta
 4. entre el 61 y el 90% de los pacientes que veo en la consulta
 5. en más del 90% de los pacientes que veo en la consulta
60. En los últimos 3 meses, ¿ha realizado alguna **derivación a la trabajadora social**?
1. ninguna
 2. 1 o 2
 3. 3 o 4
 4. 5 o 6
 5. más de 6
61. En el último mes, ¿**ha comentado** alguna vez **con la enfermera** el seguimiento de algún paciente suyo?
1. ninguna vez
 2. 1 o 2 veces
 3. 3 o 4 veces
 4. 5 o 6 veces
 5. más de 6 veces

62. En los últimos 6 meses, ¿ha dado usted alguna **sesión clínica** en su centro de salud?
1. ninguna vez
 2. 1 o 2 veces
 3. 3 o 4 veces
 4. 5 o 6 veces
 5. más de 6 veces
63. En los últimos 3 años, ¿ha publicado algún **poster o comunicación oral** en congresos médicos?
1. ninguno
 2. 1 o 2
 3. 3 o 4
 4. 5 o 6
 5. más de 6
58. En los últimos 3 años, ¿ha publicado algún **artículo original** (de investigación de campo) en revistas médicas?
1. ninguno
 2. 1 o 2
 3. 3 o 4
 4. 5 o 6
 5. más de 6
64. En los últimos 3 años, ¿ha participado como investigador en algún **proyecto de investigación financiado** por el FIS, el SAS, u organismo europeo?
1. NO
 2. SI
65. En el ultimo mes, ¿ha asistido en su centro de salud a alguna **reunión de equipo** de carácter organizativa?
1. a ninguna
 2. 1 o 2
 3. 3 o 4
 4. 5 o 6
 5. más de 6
66. En el ultimo mes, ¿ha asistido en su centro de salud a alguna **sesión clínica**?
1. a ninguna
 2. 1 o 2
 3. 3 o 4
 4. 5 o 6
 5. más de 6
67. ¿Recibe usted a los **visitadores médicos** (representantes de medicinas)?
1. nunca
 2. casi nunca
 3. a veces
 4. casi siempre
 5. siempre

A continuación encontrará unas frases relacionadas con su trabajo y cómo se encuentra usted en el mismo. Conteste en la casilla situada al final de cada frase con el número correspondiente a su grado de acuerdo.

[1] Muy en desacuerdo; [2] En desacuerdo; [3] De acuerdo; [4] Muy de acuerdo.

1. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho. []
2. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo. []
3. Los médicos, al estar sobrecargados por problemas sociales, no podemos utilizar las destrezas médicas para las que hemos sido capacitados..... []
4. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo. []
5. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer. []
6. Mi capacidad como médico se malgasta con frecuencia en ver a personas que no presentan un problema "clínico"..... []
7. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena. []
8. Con frecuencia me siento sobrecargado de trabajo. []
9. En el poco tiempo que dura una consulta, es prácticamente imposible conseguir dar apoyo psicológico a los pacientes..... []
10. Estoy convencido que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación..... []
11. Con frecuencia me he visto obligado a emplear "a tope" (al máximo) toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo..... []
12. Diagnosticar y tratar los problemas psicosociales de los pacientes es la parte más interesante de la práctica de la medicina en atención primaria..... []

A continuación encontrará unas frases relacionadas con su trabajo en su centro de salud. Es posible que algunas frases no se ajusten del todo al lugar donde usted trabaja, trate de acomodarlas a su propio caso. Conteste en la casilla situada al final de cada frase con el número correspondiente a su grado de acuerdo.

[1] Muy en desacuerdo; [2] En desacuerdo; [3] De acuerdo; [4] Muy de acuerdo.

1. Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando, suele hecharle una mano. []
2. Los compañeros opinan que nuestro centro de salud es el mejor de los que conocen. []
3. En mi centro el médico y la enfermera no se comentan los problemas de los pacientes. []
4. La gente que trabajamos en el centro no quedamos nunca para salir. []
5. En el centro de salud cada uno decide lo que tiene que hacer. []
6. Se siente un ambiente tenso entre los médicos y las enfermeras. []
7. En el centro existe muy poco espíritu de equipo. []
8. Cuando alguien tiene una duda en su trabajo le pregunta aun compañero. []
9. En general, conozco a los familiares de nuestros compañeros del centro de salud. []
10. El director del centro es el que dice lo que se hace en cada momento. []
11. La gente de mi centro se suele ayudar en el trabajo. []
12. La gente de mi centro está muy unida. []
13. Mi equipo del centro de salud planifica su trabajo en conjunto. []
14. Los compañeros no se interesan por los problemas personales de los demás. []
15. A la gente del centro no se le deja introducir modificaciones en su trabajo. []
16. Hay algunos compañeros que dificultan el trabajo de los demás. []
17. Muchos compañeros están intentando cambiar de centro de salud. []
18. Las decisiones importantes se discuten entre todo el equipo. []
19. Después del trabajo solemos ir juntos a tomar unas cañas. []
20. Cualquier cambio en el centro tiene que ser aprobado por el director. []

<p>[1] Muy en desacuerdo; [2] En desacuerdo; [3] De acuerdo; [4] Muy de acuerdo.</p>
--

21. En el centro se respira un ambiente amistoso. []
22. Si se critica algún compañero del centro nos sentimos afectados. []
23. Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales, participan en reuniones para unificar sus criterios de trabajo..... []
24. La gente de mi centro suele ocultar sus sentimientos a los demás. []
25. La mayoría de las personas que trabajan en mi centro establecen sus propias reglas. []
26. En las reuniones de equipo frecuentemente hay situaciones tensas. []
27. En general, nos sentimos orgullosos de formar parte del equipo. []
28. Todos los miembros del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás. []
29. En el centro se separa el ambiente de trabajo de la vida personal. []
30. Cualquiera del equipo puede tomar sus propias decisiones sin consultar. []
31. Es muy frecuente que exista enfrentamientos y conflictos entre los compañeros. []
32. Los compañeros opinan que nuestro centro nunca funcionará bien. []
33. Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los otros..... []
34. Mucha gente del centro tiene como sus mejores amigos a sus compañeros. []
35. El trabajo de cada uno está completamente definido por escrito. []
36. Si existe un conflicto nos sentamos a resolverlo. []
37. La mayoría de mis compañeros, si pudieran, no trabajarían aquí. []
38. Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben. []
39. Hay poca gente marginada a nivel personal en el centro. []
40. Nadie hace nada nuevo sin consultar al director. []

Las siguientes preguntas o afirmaciones se relacionan con los sentimientos en el trabajo. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y decida si alguna vez se ha sentido de esa forma en su trabajo. Si nunca ha experimentado ese sentimiento, escriba un 0 (cero) en la casilla correspondiente. Si alguna vez ha tenido esa sensación indique con que frecuencia lo siente, señalando el número (del 1 al 6) que mejor describa la frecuencia con que siente esa sensación.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. []
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. []
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo..... []
4. Fácilmente comprendo como se sienten los pacientes. []
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. []
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. []
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. []
8. Me siento "quemado" por mi trabajo. []
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas. []
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. []
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. []
12. Me siento muy activo. []
13. Me siento frustrado en mi trabajo. []
14. Creo que estoy trabajando demasiado. []
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes. []
16. Trabajar directamente con las personas me produce estrés. []
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes. []
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes. []
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. []
20. Me siento acabado. []
21. En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma. []
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas. []

ANEXO IV:

**Cuestionario dirigido a directores de Centros
de Salud**

PROVINCIA: [1] Jaén; [2] Málaga

DISTRITO:

CENTRO DE SALUD:

Encuestador:

Profesional encuestado: [1] director del centro; [2] otro:.....

Fecha de la encuesta: / /

código de distrito:.....

código de centro:.....

código encuestador:.....

POBLACION Y PERSONAL	RESULTADO	OBSERVACIONES
Ultima memoria anual disponible (año)		
Nº habitantes ZBS		
Nº habitantes ZBS > 65 años		
Nº habitantes ZBS <= 1 año		
Nº habitantes ZBS 0-4 años		
Indice Suavi: >50 años / < 20 años		
Nº pensionistas ZBS		
Nº activos ZBS		
Nº médicos generales		
Nº pediatras		
Nº enfermeras		
Nº auxiliares de enfermería		
Nº administrativos		
Nº celadores		
Nº trabajador social		
Nº odontólogo		
Nº técnico Rx		
Nº fisioterapeuta		
Nº otros:		
PROGRAMAS EN FUNCIONAMIENTO	NO= 1 / SI=2	
En el último año		
Control embarazo		
Planificación familiar		
Diagnóstico precoz del cáncer femenino		
Vacunas		
Niño sano		
Salud escolar		
Consulta de enfermería		
PAPPS		
HTA		
Diabetes		
Dislipemia		
Obesidad		
Integrado de cardiovasculares		
EPOC-OCFA		
Tabaquismo		
Anciano		
Terminal		

PROGRAMAS EN FUNCIONAMIENTO	RESULTADO	OBSERVACIONES
En el último año	NO=1 / SI=2	

Salud mental		
Largos tratamientos		
Metadona		
DIU		
Cirugía menor		
Educación maternal en grupos		
Educación grupal a pacientes crónicos		
Educación grupal de otro tipo		
Visita puerperal		
Rehabilitación		
Formación continuada		
Extracciones		
OTROS PROGRAMAS:		
RECURSOS DISPONIBLES ZBS	NO=1 / SI=2	
En el último año		
ECG		
Rx		
Espirómetro		
Peack-flow		
Doppler		
Reflectómetro		
Sonicaid		
Microscopio		
Ecógrafo		
OTROS:		
ACCESIBILIDAD DIRECTA en el último año A:	NO= 1 / SI=2	
Analítica básica		
Pruebas endocrinas		
Serologías (infecciosas)		
Rx básica		
Rx con contraste		
Mamografía		
TAC o RMN		
Ecografías		
Endoscopias		
ECG		
EEG		
OTRAS PRUEBAS:		
ORGANIZACIÓN DISPENSARIAL O POR UAF	NO=1 / SI=2	
Existe un servicio dispensariado de avisos domiciliarios médicos de lunes a viernes		
Existe un servicio dispensariado de pacientes sin cita (consulta de no		

demorables)		
Existe algún tipo de servicio médico dispensariado en el programa de la mujer		
Existe algún tipo de servicio médico dispensariado en otros programas		
Existe algún tipo de servicio dispensariado de consulta de enfermería de crónicos		
Existe algún tipo de servicio dispensariado de consulta de enfermería en el programa de la mujer		
Otros servicios dispensariados:		

- *servicio dispensariado*: uno o varios profesionales realizan la atención de pacientes sobre un servicio específico (avisos, programas, etc.) del resto de compañeros.

VARIABLES	RESULTADOS	OBSERVACIONES
Nº medio de sesiones formación continuada / mes (último año)	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16	
Nº medio de reuniones de equipo (organizativas) / mes (en el último año)	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16	
En el último año, ¿algún especialista de la zona visitó el C.S. de forma periódica para sesiones de formación continuada? (se excluyen las iniciativas de la industria farmacéutica)	1 = NO 2 = SI	
Centro de salud acreditado para la docencia de MIR MFyC	1 = NO 2 = SI	
¿Cuántos tutores acreditados para MIR de MFy C tuvo el C.Salud en el último año?		
¿Cuántos R-3 de MFyC tuvo el C.Salud en el último año?		
¿Funcionó en el último año alguna comisión interna de control de calidad del C. Salud?	1 = NO 2 = SI	
ISOCRONA del centro cabecera al hospital más cercano: [1] <10 minutos; [2] 10-15 m. [3] 16-20 m; [4] 21-25 m; [5] 26-30; [6] 31-35 m; [7] 36-40 m; [8] 41-45 m; [9] >45 m		
En la ZBS se atiende a población de: [1] municipio >100.000 habitantes [2] municipio entre 50.000-100.000 hab. [3] municipio < 50.000 hab. [4] caso 1 + algún municipio <50.000 hab. [5] caso 2 + algún municipio <50.000 hab. [6] otra situación:		
HORARIOS OFRECIDOS	NO=1 / SI=2	
Se ofrece consulta de tarde		
Guardia de sábados (mañana)		

Guardia de sábados (tarde)		
Guardia de sábados (noche)		
Guardia de domingos (mañana)		
Guardia de domingos (tarde)		
Guardia de domingos (noche)		
Atención continuada tarde (lunes-viernes)		
Atención continuada noche (lunes-viernes)		
INDICADORES ASISTENCIALES (último año con datos: 2000.....)		
Nº total citas concertadas MG		
Nº total citas concertadas pediatría		
Nº total pacientes sin cita MG		
Nº total pacientes sin cita pediatría		
Nº total pacientes atenc. continu. MG		
Nº total pacientes atenc. continu. pediatría		
Nº total ADU (en horario laboral) MG		
Nº total ADU (en horario laboral) pediatría		
Nº total ADU en atención continuada MG		
Nº total ADU en atención continuada pediatría		
Nº total ADU MG		
Nº total ADU pediatría		
Nº total VDP de MG		
Nº total VDP de pediatría		
Nº total VDP de enfermería		
Nº total consultas enferm. Programada		
Nº total consultas enferm. A demanda		
Nº total inyectables de enfermería		
Nº total extracciones de enfermería		
Nº total curas de enfermería		
Nº total de ECG realizados		
Nº total de ADU (en horario laboral) enfer.		
Nº total de ADU (atenc. Continuada) enfer.		
OTROS INDICADORES ASISTENCIALES:		

*La acreditación docente para MIR de MFyC de un centro de salud la da el ministerio; mientras que la acreditación de un médico la otorga la UDMFyC provincial

ISOCRONA: tiempo que tardaría con vehículo en circunstancias normales.

MG: Medicina General

ADU: Aviso Domiciliario Urgente

VDP: Visita Domiciliaria Programada

Pediatr: pediatría

Enfer.: enfermería

Atenc. Continu.: atención continuada (fuera de las 7 horas laborales de lunes a viernes)

En horario laboral: dentro del turno de 7 horas de jornada habitual de lunes a viernes

Código de Distritos:

1. ALCALA LA REAL- MARTOS
2. JAEN
3. LINARES-ANDUJAR
4. NORDESTE-UBEDA
5. ANTEQUERA
6. AXARQUIA
7. COSTA DEL SOL
8. GUADALHORCE-RONDA
9. MALAGA

IMPORTANTE: los datos del centro de salud serán contrastados con aquellos disponibles en el distrito sanitario y en las encuestas de los médicos.

CÓDIGOS DE CENTROS DE SALUD:

1. ALAHURIN-CHURRIANA
2. CARRANQUE
3. DELICIAS
4. EL PALO
5. LIMONAR
6. PORTADA ALTA
7. PUERTO DE LA TORRE
8. SAN ANDRES-TORCAL
9. TRINIDAD
10. ARCHIDONA
11. MOLLINA
12. NERJA
13. TORROX
14. VELEZ-NORTE
15. LAS ALBARIZAS
16. FUENGIROLA OESTE
17. LEGANITOS
18. SAN PEDRO DE ALCANTARA
19. ALHAURIN EL GRANDE
20. ALORA
21. CAMPANILLAS
22. COIN
23. RONDA NORTE
24. ALCALA LA REAL
25. MARTOS
26. EL VALLE
27. JAEN SUR
28. MANCHA REAL
29. PEÑAMEFECIT
30. ANDUJAR A
31. BAILEN
32. LINARES A
33. LINARES C
34. BAEZA
35. CAZORLA
36. UBEDA
37. VILLACARRILLO
38. VILLANUEVA DEL ARZOBISPO

ANEXO V:

**Carta dirigida a los Directores de Distrito
Sanitarios de Atención Primaria**

Sr. Director del Distrito Málaga
C/ Sevilla 23
29009-Málaga

Málaga, 7 de Marzo del 2001

Estimado Señor Pinazo:

El Investigador Principal abajo firmante, va a poner en marcha el trabajo de campo del estudio “**Modelo casual de los factores del proveedor y la organización que intervienen en la utilización de servicios de atención primaria**” (MOCAUT III). El citado proyecto fue aprobado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias con la clave de expediente 00/1046. El trabajo se desarrollará sobre una muestra de alrededor de 370 médicos de atención primaria de las provincias de Málaga y Jaén. En este momento va a requerir la aplicación de un conjunto de cuestionarios ya elaborados y pilotados, así como, dentro de un año, la recopilación de la variable dependiente (utilización de servicios de atención primaria durante un año).

Esperamos que los resultados sean de interés para el Sistema Sanitario Público Andaluz en general (a su distrito en particular) y permita inferir factores causales de la demanda médica en la asistencia primaria, ya que su diseño prospectivo lo permite. Le remitimos el protocolo del proyecto financiado y le remitiremos, a su finalización, los resultados del estudio.

D. Juan Bellón Saameño
C. S. El Palo (Málaga)

ANEXO VI:

Indicadores solicitados a los Distritos
Sanitarios de Atención Primaria

- **INDICADORES DE TAMAÑO Y ESTRUCTURA DE CUPO:**

1. BDU: última actualización de la base de datos de usuarios por médico ⁽¹⁾.
2. N° pacientes de la BDU mayores de 65 años por médico.
3. N° pacientes de la BDU mayores de 75 años por médico.
4. N° pacientes de la BDU mujeres.
5. N° pacientes de la BDU mujeres entre 35 y 64 años.
6. N° de pacientes asignados por médico según el módulo de estadística del TASS.
7. N° de pacientes asignados por médico según el módulo de estadística del TASS mayores de 65 años.
8. N° de pacientes asignados por médico según el módulo de estadística del TASS mayores de 75 años.
9. N° de pacientes asignados por médico según el módulo de estadística del TASS mujeres.
10. N° de pacientes asignados por médico según el módulo de estadística del TASS mujeres entre 35 y 64 años

- **INDICADORES DE UTILIZACIÓN:** ⁽²⁾

1. Pacientes distintos vistos (al menos una visita al año) por médico.
2. N° total de visitas que ha recibido el médico en el año anterior.
3. Porcentaje de la población de la Zona Básica de Salud que hace al menos una visita en el año anterior ("cobertura").

- **INDICADORES DE MORBILIDAD:**

1. N° pacientes hipertensos (K86 y K87) por médico.
2. N° pacientes diabéticos (T90) por médico.
3. N° pacientes Dislipémicos (T93) por médico.
4. N° pacientes OCFA (R95) por médico.
5. N° pacientes asmáticos (R96) por médico.
6. N° pacientes con ansiedad (P74) por médico.
7. N° pacientes con depresión (P76) por médico.
8. N° pacientes crónicos (K86+K87+T90+T93+R95+R96+P74+P76) por médico.
9. N° pacientes crónicos (K86+K87+T90+T93+R95+R96+P74+P76) por médico que tienen al menos una visita de enfermería.

⁽¹⁾ En el caso de que la próxima actualización de la BDU se haga en Junio del 2002, se consignará los datos de la última BDU anterior a esa fecha y, cuando sea posible, se obtendrá los datos de Junio.

⁽²⁾ Los indicadores de utilización, siempre que se dispongan, se referirán a las fechas desde el 1 de Abril del 2001 al 31 de Marzo del 2002.

- **INDICADORES DE FARMACIA:** ⁽³⁾

1. Gasto por médico.
2. Porcentaje variación gasto por paciente TASS1 ajustado por edad.
3. Eficiencia.
4. Porcentaje del gasto en VINES en relación al gasto total.
5. Índice de exposición a antibióticos.
6. Porcentaje de consumo de cefalosporinas orales de 3ª generación en relación al total de antibióticos expresados en DDD.
7. Porcentaje consumo de ibuprofeno+diclofenaco+naproxeno en relación al total de AINES expresados en DDD.
8. Porcentaje del consumo de ARA-II en relación al de IECAS+ARA-II expresados en DDD.
9. Porcentaje del consumo de metformina en relación al total de ADO expresados en DDD.
10. Índice de exposición a antiulcerosos (anti-H2 + Inhibidores de la bomba de protones) ajustados por edad.
11. Porcentaje del consumo de beta-bloqueantes+diuréticos en relación al total de antihipertensivos expresados en DDD.

⁽³⁾ *Estos Indicadores se refieren al año 2001 por médico.*

ANEXO VII:

**Centros sanitarios del Servicio Andaluz de
Salud por provincia utilización de servicios.
Año 2001**

TABLA 1: Centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud por provincia. Año 2001

AÑO 2001	DISTRITOS SANITARIOS	CENTROS DE AP	CENTROS DE SALUD	CONSULTORIOS LOCALES	CONSULTORIOS AUXILIARES
ALMERIA	3	220	29	69	122
CADIZ	4	115	48	40	27
CORDOBA	4	136	33	72	31
GRANADA	4	322	46	138	138
HUELVA	3	120	25	58	37
SEVILLA	7	180	69	96	15
JAEN	4	190	35	82	73
MALAGA	6	173	54	78	41
ANDALUCIA	34	1451	337	632	482

Fuente: Instituto de Estadística de Andalucía.2002

TABLA 2: Número de profesionales, presión asistencial media y frecuentación media por provincias. Año 2001

AÑO 2001	Médicos de EBAP	Población 2001a (incremento 1996-2001)	Presión asistencial	Frecuentación/1600 h b (frecuentación/1000h)	Consultas atendidas AP
ALMERIA	414	533.168 (8,92)	41,46	10,16 (6,81)	3.575.725
CADIZ	699	1.131.346 (3,17)	44,67	8,93 (5,58)	6.850.142
CORDOBA	584	769.625 (1,28)	50,81	11,04 (6,90)	5.555.216
GRANADA	626	803.637 (1,35)	43,74	11,04 (6,90)	5.900.519
HUELVA	367	461.730 (2,24)	42,83	9,50 (5,94)	3.022.079
SEVILLA	1.168	1.747.441 (3,13)	50,45	10,40 (6,50)	11.861.134
JAEN	551	645.781 (-0,18)	48,92	11,24 (7,03)	4.56.209
MALAGA	765	1.302.240 (6,46)	44,99	9,18 (5,74)	7.656.992
ANDALUCIA	5.174	7.403.968 (3,37)	47,06	10,16 (6,35)	48.982.016

Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Información para la gestión de Atención Primaria (SIGAP)

a: INE. Padrón Municipal de Habitantes

b: Frecuentación ajustada a 1600 habitantes (tamaño del cupo medio en la muestra)

TABLA 3: Médicos de EBAP, distribución por género e IF*. Año 2001

AÑO 2001	Médicos de EBAP	Médicos de EBAP		Índice de Feminización (IF) a
		Mujeres	Hombres	
ALMERIA	414	180	234	76,92
CADIZ	699	231	468	49,36
CORDOBA	584	216	368	58,70
GRANADA	626	228	398	57,29
HUELVA	367	120	247	48,58
SEVILLA	1.168	418	750	55,73
JAEN	551	201	350	57,43
MALAGA	765	289	476	60,71
ANDALUCIA	5.174	1.883	3.291	57,22

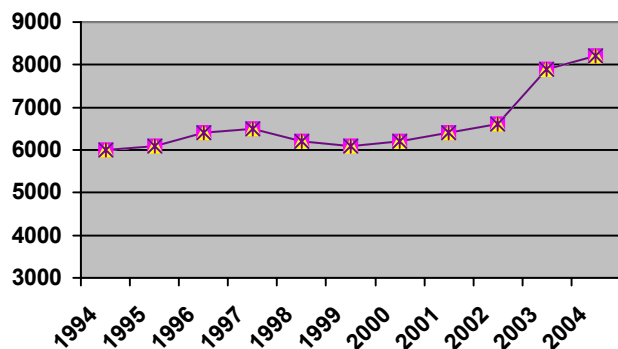
Anuario Estadístico de Andalucía 2001. Instituto de Estadística de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda

a: IF: Índice de Feminización: Cociente expresado en % entre el número de mujeres y número de hombres. Indica el número de mujeres por cada 100 hombres

TABLA 4: Médicos de EBAP participantes en el estudio. Distribución por género . Año 2001

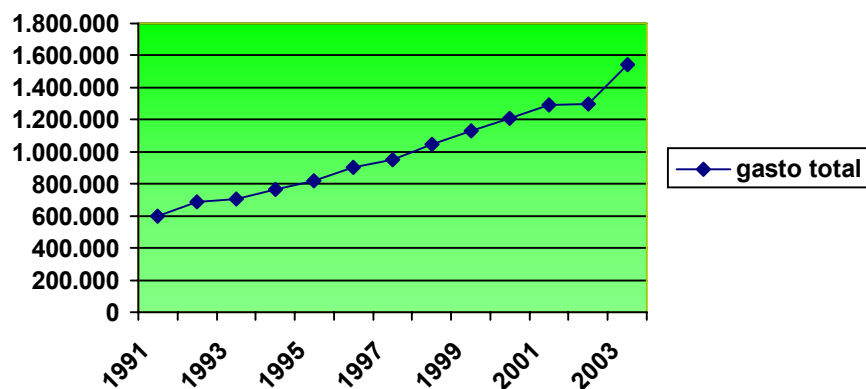
	Medicas EBAP Mujeres	Médicas EBAP incluidas en el estudio- mujeres (% sobre el total)	Medicos EBAP Hombres	Médicos EBAP incluidos en el estudio-hombres (% sobre el total)
Jaén	201	44 (21,9)	350	104 (29,7)
Málaga	289	51 (17,7)	476	131 (27,5)
Andalucía	1.883		3.291	
Total		95 (5,05)		235 (7,2)

GRAFICO 1. Evolución del número medio de visitas en las consultas del médico de atención primaria entre 1993 y 2004 en Andalucía. (visitas por 1000 habitantes)



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Sistema de información para la gestión (SIGAP)

Gráfico 2. Evolución del gasto farmacéutico del SAS en Andalucía. Años 1991-2001 (miles de euros)



Fuente: Memoria estadística de Andalucía 2001. Servicio Andaluz de Salud

ANEXO VIII:

Análisis de la fiabilidad y validez de las escalas

TABLA 1: Análisis descriptivo de los ítems componentes de las escalas de organización administrativa. N = 309 médicos.

ITEMS	Frecuencia (%)
Optimiza partes de confirmación de IT	
No = 1	174 (56.3)
Si = 2	135 (43.7)
Acumula partes de confirmación de IT (*)	
No = 1	179 (57.9)
Si = 2	130 (42.1)
Persona que hace los partes de confirmación de IT	
Médico en la consulta = 1	222 (71.8)
Médico fuera de la consulta = 2	65 (21.0)
Otro personal del centro = 3	22 (7.1)
Persona que entrega los partes de confirmación de IT	
Médico en la consulta = 1	242 (78.3)
Médico fuera de la consulta = 2	18 (5.8)
Otro personal del centro = 3	49 (15.8)
Optimiza las recetas repetidas	
No = 1	162 (52.4)
Si = 2	147 (47.6)
Persona que hace las recetas repetidas	
Médico = 1	228 (73.8)
Enfermera o auxiliar de clínica = 2	67 (21.7)
Administrativo = 3	14 (4.5)
Persona que entrega las recetas repetidas	
Médico = 1	204 (66.0)
Enfermera o auxiliar de clínica = 2	71 (23.0)
Administrativo = 3	34 (11.0)

(*) Éste ítem se suprimirá de las escalas tras el proceso de validación.

TABLA 2: Análisis factorial de la escala de organización administrativa de 7 ítems tras la rotación Varimax. N = 309 médicos.

ÍTEMS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Persona que entrega RR	0.905		
Persona que hace RR	0.828		
Optimiza RR	0.768		0.433
Persona que hace IT		0.922	
Persona que entrega IT		0.888	
Optimiza IT		0.623	0.594
Acumula IT			0.908

RR= recetas repetidas; IT= partes de confirmación de Incapacidad Temporal

Varianza explicada = 81.2% (F1= 31.1%; F2= 30.5%; F3= 19.6%)

Índice de Kaiser-Mayer-Okin = 0.718; Test de Bartlett = 930.5, (g.l.=21), $p < 0.001$

TABLA 3: Análisis factorial de la escala de organización administrativa de 6 ítems tras la rotación varimax. N = 309 médicos.

ÍTEMS	Factor 1	Factor 2
Persona que entrega RR	0.912	
Optimiza RR	0.875	
Persona que hace RR	0.745	
Persona que entrega IT		0.892
Optimiza IT		0.841
Persona que hace IT		0.800

RR= recetas repetidas; IT= partes de confirmación de Incapacidad Temporal

Varianza explicada = 74.6% (F1= 37.6%; F2= 37.6%)

Índice de Kaiser-Mayer-Okin = 0.708; Test de Bartlett = 842.9; (g.l.=15); $p < 0.001$

TABLA 4: Análisis descriptivo y de la fiabilidad “consistencia interna” de la “escala de organización de las recetas repetidas (RR)”.

	Media	Desviación estándar	Correlación corregida ítem-total	R ²	α si el ítem es suprimido
Optimiza RR	1.48	0,50	0,64	0,42	0,79
Persona que hace RR	1.31	0.55	0,67	0,47	0,75
Persona que entrega RR	1.45	0.68	0,75	0,56	0,68
ESCALA	4.23	1,50			
N = 309; Rango de la escala = 3 – 8; alfa estandarizado de la escala = 0.82					

TABLA 5: Análisis descriptivo y de la fiabilidad “consistencia interna” de la “escala de organización de los partes de confirmación de IT”.

	Media	Desviación estándar	Correlación corregida ítem-total	R ²	α si el ítem es suprimido
Optimiza IT	1.44	0,50	0,63	0,44	0,63
Acumula IT	1.42	0.49	0,27	0,20	0,77
Persona que hace IT	1.35	0.61	0.72	0.62	0.55
Persona que entrega IT	1.53	1.09	0,67	0,60	0,63
ESCALA	5.74	2.11			0,82

N = 309; Rango de la escala = 4 – 10; alfa estandarizado de la escala = 0.75

TABLA 6: Análisis descriptivo y de la fiabilidad “consistencia interna” de la “escala de organización de los partes de confirmación de IT” cuando se suprime el ítem “acumula”.

	Media	Desviación estándar	Correlación corregida ítem-total	R ²	α si el ítem es suprimido
Optimiza IT	1.44	0,50	0,56	0,33	0,78
Persona que hace IT	1.35	0.61	0.78	0.61	0.56
Persona que entrega IT	1.53	1.09	0,74	0,59	0,70
ESCALA	4.32	1.92			

N = 309; Rango de la escala = 3 – 8; alfa estandarizado de la escala = 0.82

TABLA 7: Análisis descriptivo y de la fiabilidad “consistencia interna” de la “escala de organización administrativa”.

	Media	Desviación estándar	Correlación corregida ítem-total	R ²	α si el ítem es suprimido
Optimiza partes IT	1.44	0,50	0,53	0,41	0,75
Persona que hace IT	1.35	0.61	0.62	0.62	0.73
Persona que entrega IT	1.53	1.09	0,62	0,63	0,75
Optimiza recetas repetidas (RR)	1.48	0,50	0,46	0,50	0,76
Persona que hace RR	1.31	0.55	0,61	0,51	0,73
Persona que entrega RR	1.45	0.68	0,52	0,58	0,75
ESCALA	8.55	2.84			

N = 309; Rango de la escala = 6 – 16; alfa estandarizado de la escala = 0.80

TABLA 8: Validez de constructo mediante Análisis factorial de componentes principales. Items incluidos inicialmente en la “Escala de Clima Organizacional”

Factores	Items	Dimensión
1	26,31,16,21	Tensión-conflicto
2	1,11,12,7,13	Trabajo en equipo
3	17,37,2,38,32	Percepción de fracaso
4	22,8,9,27, 14	Cohesión
5	30,25,5	Autonomía
6	20,40,15,10	Dirección autoritaria
7	3,6	Relación enfermera-médico
8	23,28	Trabajo en equipo
9	4,19	Salir juntos
10	29,34,24	Vida personal compartida
11	35,18	Distonia
12	39	Gente masificada

TABLA 9: 1ª fase Validez de constructo mediante análisis factorial de componentes principales Items incluidos en la “Escala de Clima Organizacional”

Factores	Dimensión	Items	α de Cronbach
1	Trabajo en equipo	13,11,12,28,23,7,1	0.73
2	Cohesión-conflicto	26,31,16,21	0.67
3	Percepción de fracaso-deseo de huida	17,37,2,38	0.66
4	Vida social	4,9,19	0.51
5	Autonomía	30,25,5	0.57
6	Dirección autoritaria	40,15,10	0.58
7	Relación médico- enfermera	3,6	0.58
8		39,8	0.32
9	Trabajo de cada uno por su lado	35	
10	Vida personal	29	

*KMO = 0.813; Test de Barlett : Ji cuadrado = 2408.18, gl = 335, p<0.0001
Varianza total explicada: 61.72% con 10 factores*

TABLA 10: 2ª fase Validez de constructo mediante análisis factorial de componentes principales Items incluidos en la “Escala de Clima organizacional”

Factores	Dimensión	Items	α de Cronbach
1	Cohesión-conflicto	31,26,21,16,12	0.75
2	Trabajo en equipo	1,11,7	0.65
3	Percepción de fracaso -deseo de huída	17,37,38,2	0.66
4	Autonomía	30,25,5	.0.57
5	Vida social	4,9,19	0.51
6	Dirección autoritaria	40,20,15,	0.58
7	Decepción de equipo	23,28,13,	0.54
8	Relación médico-enfermera	3,6	0.58

KMO = 0.830; Test de Barlett: Ji cuadrado = 2185.99 ; gl = 325; p<0.0001

Varianza total explicada: 60,8% con 8 factores

TABLA 11: 3ª fase Validez de constructo mediante análisis factorial de componentes principales Items incluidos en la “Escala de Clima organizacional”

Factores	Dimensión	Items¹	α de Cronbach
1	Trabajo en equipo	13,11,1,12,7,28	0.80
2	Conflicto en el equipo	31,26,21,16,21	0.67
3	Percepción de fracaso – deseo de huída	17,37,38,2	0.66
4	Exceso de autonomía	30,25,5	.0.57
5	Vida social	4,9,19	0.51
6	Dirección autoritaria	40,20,15,	0.58
7	Tensión médico-enfermera	3,6	0.58

KMO = 0.83; Test de Barlett: Ji cuadrado = 2144.24, gl = 300, p< 0.0001

Varianza total explicada: 58.5% con 7 factores.

La extracción de cualquier ítem de las subescalas no aumenta el α de la misma.

TABLA 12: Análisis descriptivo de las escalas del cuestionario multifactorial de Clima Organizacional.

Dimensión	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Sesgo de simetría
Trabajo en equipo	14.6	15	3.19	6	24	-0.27
Conflicto en el equipo	9.12	9	2.11		16	0.51
Percepción fracaso	9.53	9	2.17	4	16	0.06
Exceso de autonomía	6.96	7	1.50	4	12	0.17
Vida social	7.12	7	1.67	3	12	-0.24
Dirección autoritaria	7.51	7	1.62	3	12	0.60
Tensión médico-enfermera	3.83	4	1.31	2	8	0.80
Clima positivo	21.7	22	4.06	9	36	-0.24
Clima negativo	36.9	37	5.36	21	61	0.44
Clima negativo corregido	30.2	30	8.3	0	64	0.35

Clima positivo: trabajo en equipo + vida social.

Clima negativo: conflicto equipo + percepción fracaso + exceso de autonomía + dirección autoritaria + tensión médico-enfermera.

Clima negativo corregido: clima negativo – clima positivo + 15.

TABLA 13: Relaciones entre las diferentes dimensiones entre de la “escala multidimensional de clima organizacional”. N=320.

Dimensión	Trabajo en equipo	Conflicto equipo	Percepción fracaso	Exceso de autonomía	Vida social	Dirección autoritaria	Tensión médico-enfermera	Clima positivo	Clima negativo	Clima negativo C.
Trabajo en equipo	1									
Conflicto del equipo	-0.529@	1								
Percepción de fracaso	-0.371@	0.397@	1							
Exceso de autonomía	-0.305@	0.201@	0.184#	1						
Vida social	0.333@	-0.171#	-0.176#	-0.164#	1					
Dirección autoritaria	-0.163@	0.223@	0.206@	-0.013	-0.077	1				
Tensión médico-enfermera	-0.348@	0.345@	0.167#	0.133#	-0.119#	0.140#	1			
Clima positivo	0.923@	-0.486@	-0.364@	-0.307@	0.670@	-0.160@	-0.325@	1		
Clima negativo	-0.578@	0.762@	0.716@	0.461@	-0.239@	0.504@	0.526@	-0.552@	1	
Clima negativo corregido	-0.823@	0.728@	0.639@	0.447@	-0.481@	0.403@	0.497@	-0.844@	0.914@	1

Coeficiente de correlación de Pearson, @ p<0.001; # p<0.05

Clima positivo: trabajo en equipo + vida social.

Clima negativo: conflicto equipo + percepción fracaso + exceso de autonomía + dirección autoritaria + tensión médico-enfermera.

Clima negativo corregido: clima negativo – clima positivo + 15.

TABLA 14: Alfa de Cronbach de las escalas clima positivo y clima negativo y al extraer cada ítems

ITEM	Clima Positivo	Clima Negativo
Si alguien tiene un rato libre y hay un compañero trabajando, suele echarle una mano	0,784	
La gente de mi centro se suele ayudar en el trabajo	0,765	
La gente de mi centro está muy unida	0,763	
En el centro existe muy poco espíritu de equipo	0,761	
Mi equipo del centro de salud planifica su trabajo en conjunto	0,766	
Si se critica a un compañero del centro, nos sentimos afectados	0,778	
Cuando alguien tiene una duda en el trabajo, le pregunta a un compañero	0,786	
En general, conozco a los familiares de nuestros compañeros del centro de salud	0,788	
En general, nos sentimos orgullosos de formar parte del equipo	0,765	
Los compañeros no se interesan por los problemas personales de los demás	0,786	
La gente que trabaja en el centro no queda nunca para salir	0,789	
Después del trabajo solemos ir juntos a tomar unas cañas	0,793	
Los médicos, enfermeras y trabajadores sociales participan en reuniones para unificar criterios de trabajo	0,818	
Todos los miembros de del equipo pueden opinar sobre el trabajo de los demás	0,779	
Los compañeros opinan que nuestro centro de salud es el mejor de los que conocen		0,768
En mi centro el médico y la enfermera no se comentan los problemas de los pacientes		0,776
En el centro de salud cada uno decide lo que tiene que hacer.		0,771
Se siente un ambiente tenso entre los médicos y las enfermeras		0,761
El director del centro es el que dice lo que se hace en cada momento		0,776
A la gente del centro no se le deja introducir modificaciones en su trabajo		0,759
Hay algunos compañeros que dificultan el trabajo de los demás		0,763
Muchos compañeros están intentando cambiar de centro de salud		0,769
Cualquier cambio en el centro tiene que ser aprobado por el director		0,778
En el centro se respira una ambiente amistoso		0,763
La mayoría de las personas que trabajan en mi centro establecen sus propias reglas		0,762
En las reuniones de equipo frecuentemente hay situaciones tensas		0,761
Es muy frecuente que haya enfrentamientos y conflictos entre compañeros		0,754
Los compañeros opinan que nuestro centro nunca funcionará bien		0,751
Lo malo del equipo es que cualquiera se siente autorizado a opinar sobre el trabajo de los otros		0,767
La mayoría de mis compañeros, si pudiera, no trabajaría aquí		0,753
Muchos compañeros opinan sobre lo que no saben		0,760
Nadie hace nada nuevo sin consultar al director		0,777
Cualquiera del equipo puede tomar sus propias decisiones sin consultar		0,791
Alfa de las escalas	0,817	0,776

Clima positivo: trabajo en equipo+cohesión+vida social

Clima negativo: conflicto de equipo+percepción de fracaso+exceso de autonomía+dirección autoritaria+tensión médico-enfermera

Fuente: Delgado A, 2006

ANEXO IX

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

BDU: Base de Datos de Usuarios

CO: Clima Organizacional

CS: Centro de Salud

EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria

DI: Demanda Inducida

IT: Incapacidad Laboral

MF: Médico de Familia

PDV: Pacientes Distintos Vistos

TASS: Historia clínica Informatizada de la CCAA de Andalucía

VINEs: Medicamentos de Valor Intrínseco No Elevado

ZBS: Zona Básica de Salud