

ORIGINALES BREVES

Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud

J. Mancera Romero^a, F. Muñoz Cobos^a, F. Paniagua Gómez^a, C. Fernández Lozano^b,
M.L. Fernández Tapia^a y F.J. Blanca Barba^b

Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Sanitario Málaga.

Objetivos. Describir las características sociodemográficas y problemas de salud que presentan los pacientes hiperconsultadores de un centro de salud y determinar los factores que explican el número de visitas solicitadas en consulta demanda del médico de familia.

Diseño. Descriptivo, retrospectivo. Análisis multivariante: regresión lineal múltiple.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Pacientes. Pacientes que han solicitado cita para consulta demanda en el centro de salud en al menos nueve ocasiones durante 1999 (n = 7.852). Muestra aleatoria de 386 pacientes (alfa, 0,05; precisión, 95%).

Mediciones y resultados principales. Variable dependiente: número de consultas demanda solicitadas en 1999. Variables independientes: edad, tamaño familiar, zona residencia, activo o pensionista, inclusión en programas, problemas de salud (CIAP-2), número de fármacos en prescripción repetida (clasificación anatómica), incapacidad laboral temporal (IT). Los hiperconsultadores son un 57,8% (IC, 52,9-62,7%) mujeres; edad media, 55 años (DE, 18,5); tamaño familiar, 2,7 miembros (DE, 1,457); 58,8% pensionistas; número medio de citas, 15 (DE, 6,7); consumo medio, 1,58 (DE, 2,46) fármacos de forma habitual; inclusión en programas: 37,7%, hipertensión; 16%, diabetes; 17%, dislipemia; 16%, consulta de enfermería. Patologías más prevalentes: cardiocirculatorias (43,8%), endocrinometabólicas (32%), traumatológicas (26,7%) y salud mental (21%). El modelo de regresión incluye las variables edad, número de fármacos y haber estado en IT.

Conclusiones. Los hiperconsultadores de nuestro centro de salud son mujeres de edad media con problemas de salud física de evolución crónica y problemas de salud mental. El número de visitas está relacionado con la edad y las necesidades administrativas: medicación y bajas.

Palabras clave: Hiperconsultadores. Problemas de salud. Atención primaria.

HEALTH PROBLEMS AND FACTORS DETERMINING THE NUMBER OF ON-DEMAND ATTENDANCES OF OVER-USERS OF A HEALTH CENTRE

Objectives. To describe the social and demographic characteristics and health problems of over-users of a health centre and to determine the number of attendances requested on demand at the general medical clinic.

Design. Retrospective and descriptive. Multivariate analysis: multiple linear regression.

Setting. Urban health centre.

Patients. Patients who requested a consultation at the health centre on at least nine occasions in 1999 (N = 7852). Random sample of 386 patients (alpha 0.05, 95% accuracy).

Measurements and main results. Dependent variable: number of on-demand consultations requested in 1999. Independent variables: age, family size, area of residence, active or pensioner, inclusion in programmes, health problems (CIAP-2), number of drugs on repeat prescription (Anatomical Classification), short-term time off work. 57% of over-users were women (CI, 52.9-62.7%); mean age 55 (SD 18.5); family size 2.7 members (SD 1.457); 58.8% pensioners. Mean number of appointments 15 (SD 6.7). Mean habitual consumption of 1.58 medicines (SD 2.46). Inclusion in programmes: 37.7% hypertension, 16% diabetes, 17% dyslipaemia, 16% nursing clinic. Most prevalent pathologies: cardio-circulatory (43.8%), endocrino-metabolic (32%), traumatology (26.7%) and mental health (21%). The regression model included the variables of age, number of medicines and having had short-term time off.

Conclusions. Over-users of our health centre are middle-aged women with chronic physical health problems and with mental health problems. The number of attendances is related to age and administrative requirements: medication and sick notes.

Key words: Over-users. Health problems. Primary care.

(Aten Primaria 2001; 27: 658-662)

^aMédico. ^bEnfermero.

Correspondencia: José Mancera Romero.
Centro de Salud Ciudad Jardín. Calle Sancho Miranda, 9. 29014 Málaga.
Correo electrónico: jmancerar@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-II-2001.

Introducción

La utilización de los servicios sanitarios, junto con el concepto de salud-enfermedad, ha sobrepasado el marco biomédico estricto para convertirse en un fenómeno sociocultural¹ y depende de las características del paciente, de la organización de la atención y de la cartera de servicios ofertada². Nos interesa conocer las causas que intervienen por motivos económicos, sociales y organizativos. La utilización de los servicios de atención primaria es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores: organización de la consulta, eficiencia clínica, planificación y gestión de recursos materiales y humanos, calidad de la atención y satisfacción para el usuario y el proveedor. Existe coincidencia general en cuanto al fuerte incremento experimentado en los últimos años en la utilización de los servicios sanitarios en general y de los de atención primaria³⁻⁵ en particular, por encima incluso de lo pronosticado⁶.

Definimos la utilización como la consecución de la atención proporcionada por los servicios sanitarios en forma de contacto asistencial. En atención primaria se han utilizado diversos indicadores⁴ para la medida de la utilización (frecuentación, utilización de maniobras diagnósticas, uso de recurso tecnológicos, interconsultas, prescripción de fármacos, etc.). Atendiendo al uso de los ser-

vicios sanitarios, los individuos se clasifican⁷ como hipo, normo e hiperutilizadores, de acuerdo con la frecuencia con que utilizan los recursos. Es conocido que pequeños grupos de pacientes^{3,8} son los que demandan mayor volumen asistencial, y que alrededor del 75% de la población acude a su centro de salud en un año y el 100% en el plazo de 5 años. Distintas variables^{2,9} se asocian con la frecuentación: el individuo (necesidad, factores sociodemográficos), la familia (estructura, ciclo vital, función y disfunción familiar, etc.), el médico y la organización de los servicios sanitarios. Las necesidades de salud son las que desempeñan el papel principal en la determinación de utilizar los servicios y el número de procesos crónicos parece ser el predictor más importante de utilización⁴.

Nuestro objetivo es describir las características sociodemográficas de atención sanitaria y los problemas de salud que presentan los pacientes hiperconsultadores de un CS y determinar los factores que explican el número de visitas solicitadas en consulta a demanda del médico de familia.

Material y método

La población de la zona básica es de 36.157 habitantes (Padrón Municipal de habitantes año 1999), de los que un 15% son menores de 14 años y el 13% mayores de 65. Se trata de una población predominantemente urbana con varios núcleos rurales dispersos. El nivel socioeconómico es medio-bajo y el nivel cultural bajo (15% de analfabetos). El equipo de atención primaria consta de 18 médicos de familia, 5 pediatras, 16 diplomados en enfermería, una matrona, una trabajadora social, 3 auxiliares de enfermería, 5 administrativos y 3 celadores. El centro de salud comenzó a funcionar en 1993.

La población de estudio se define por paciente que ha solicitado al menos 9 visitas durante el año 1999 para la consulta a demanda con su médico de familia (se excluye la población pediátrica). En total han cumplido esta condición 7.852 pacientes. Se ha seleccionado una muestra aleatoria sistemática de

386 (alfa, 0,05; precisión, 0,95) a partir de los listados alfabéticos del sistema informático TASS (Tarjeta Andaluza de la Seguridad Social) (Sistema de Información TASS en Centros de Atención Primaria. Manual de usuario. Versión 3.0. 1998. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía).

La variable dependiente se define como número de visitas a demanda solicitadas durante el año 1999 (registro cita previa TASS).

Las variables independientes analizadas son las siguientes:

1. Sociodemográficas:

– Edad.

– Sexo.

– Número de familiares: convivientes en el domicilio familiar, según consta en historia clínica informatizada.

– Zona de residencias: se definen 7 áreas dentro de la zona básica de salud y una categoría para los pacientes fuera de zona.

2. De atención sanitaria:

– Régimen Seguridad Social: activo o pensionista.

– Inclusión en programas: en ninguno, incapacitados, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), consulta de enfermería, planificación familiar, riesgo social.

– Incapacidad laboral temporal: se define la variable como dicotómica y se considera «sí» en caso de haber estado en situación de incapacidad temporal (IT) en al menos una ocasión durante el año de estudio (1999).

3. Problemas de salud:

– Diagnósticos: se toman los problemas de salud que constan en la lista de problemas de la historia clínica, codificados según la clasificación CIAP-2¹⁰.

– Número de medicamentos en prescripción continuada: número de fármacos (clasificación anatómica de medicamentos) que constan como tratamiento habitual en el apartado «largos tratamientos» de la historia clínica informatizada.

La fuente de datos es el programa TASS: cita previa e historia clínica. Todas las variables se definen temporalmente para el año 1999. En caso de variación de alguna de las variables analizadas durante este período de tiempo (régimen Seguridad Social, número de familiares convivientes, número de medicamentos), se toma como válido el resultado que refleja la mayor parte del tiempo de estudio.

El diseño del estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo. Se realiza como análisis multivariante la regresión lineal múltiple, utilizando el método de selección automática de variables paso a paso (stepwise) hacia delante, definiendo como criterios de inclusión y exclusión los siguientes niveles de significación para los coeficientes de correlación parcial de las variables incluidas: $p_{in} = 0,05$, $p_{out} = 0,10$. Se trata de identificar el subconjunto de variables que explica la mayor parte de la variabilidad de la variable dependiente (número de visitas solicitadas en consulta demanda).

Los cálculos estadísticos se realizaron mediante el paquete SPSS/PC+.

Resultados

Los hiperconsultadores suponen el 21,7% del total de la población. Tienen una edad media de 55,106 años (desviación estándar [DE], 18,534; mediana, 57, y moda, 66). Las mujeres son 233 (57,8%; 52,8-62,8%). El número medio de convivientes es 2,692 (DE, 1,47), con 99 pacientes (25,6%; 20,6-30,6%) que viven solos. Proceden de las zonas más cercanas al centro de salud (que además son las más pobladas) 289 pacientes (74,87%). Respecto a las variables de atención sanitaria, 159 pacientes (41,2%; 36,3-46,2%) son activos y 227 (58,8%; 53,8-63,8%), pensionistas. Están incluidos en algún programa del centro de salud 167 pacientes (43,3%; 38,3-48,3%) (tabla 2).

Los problemas de salud que presentan son cardiovasculares, 169 (43,8%; 38,8-48,8%); endocrinometabólicos, 125 (32,4%; 27,4-37,4%); traumatológicos, 103 (26,7%; 21,7-31,7%); de salud mental, 80 (20,7%; 15,7-25,7%); digestivos, 70 (18,1%; 13,1-23,1%), y respiratorios, 58 (15%; 10-20%). Setenta y ocho pacientes no tienen problemas de salud registrados (20,2%; 15,2-25,2%) (tabla 3). No tienen ningún fármaco en prescripción repetida 227 pacientes (58,8%; 53,8-63,8%), siendo la media de 1,58 medicamentos/paciente hiperconsultador (DE, 2,46). En los pacientes con largos tratamientos la media es 3,8 fár-

TABLA 1. Variables de estudio

| Grupo | Descripción | Tipo |
|--------------------------|---|--------------|
| Variable dependiente | Número de visitas consulta a demanda | Cuantitativa |
| Variables independientes | | |
| Sociodemográficas | | |
| Edad | Años | Cuantitativa |
| Sexo | Varón/mujer | Cualitativa |
| Número de familiares | Número familiares convivientes | Cuantitativa |
| Lugar residencia | Áreas 1-7, fuera de ZBS | Cuantitativa |
| De atención médica | | |
| Régimen | Activo/pensionista | Cualitativa |
| Inclusión en programas | Ninguno/HTA/DM/EPOC/HLP/Obesidad/Consulta enfermería/PF/Riesgo social | Cualitativa |
| Incapacidad temporal | Sí/No (al menos una ocasión) | Cualitativa |
| Problemas de salud | | |
| Diagnósticos | Problemas de salud que requieren seguimiento (CIAP-2)* | Cualitativa |
| Número de medicamentos | Número fármacos en largo tratamiento | Cuantitativa |

ZBS: zona básica de salud; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HLP: hiperlipemia, y PF: planificación familiar.

*Referencia bibliográfica 10.

TABLA 2. Participación de hiperconsultadores en los programas de salud

| Programa | Frecuencia |
|------------------------|------------|
| Incapacitados | 28 7,3% |
| Hipertensión arterial | 130 33,7% |
| Diabetes mellitus | 63 16,3% |
| Dislipemia | 67 17,4% |
| Obesidad | 32 8,3% |
| Consulta enfermería | 62 16,1% |
| EPOC | 36 9,3% |
| Planificación familiar | 6 1,6% |
| Riesgo social | 8 2,1% |

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

macos por paciente (DE, 2,457). Hay 72 pacientes (18,6%; 13,6-23,6%) que toman 4 o más fármacos de forma habitual.

Los pacientes estudiados han solicitado una media de 15 visitas a consulta a demanda del médico de familia (DE, 6,71) y 51 pacientes (13,2%; 8,2-18,2%) han estado en al menos una ocasión durante el año de estudio en situación de incapacidad laboral temporal (IT).

Las variables explicativas seleccionadas en el modelo multivariante han resultado ser: edad,

TABLA 3. Problemas de salud de los pacientes hiperconsultadores

| Problemas de salud | Código CIAP-2* | Frecuencia |
|----------------------|--------------------------|-------------|
| Cardiocirculatorios | K74-78, K86-87, K90-92 | 269 (43,8%) |
| Endocrinometabólicos | T85-89, T90, T92-93 | 125 (32,4%) |
| Traumatológicos | L83-86, L88-92, L95 | 103 (26,7%) |
| Salud mental | P74-76, P79 | 80 (20,7%) |
| Digestivos | D72, D84-86, D93-94, D97 | 70 (18,1%) |
| Respiratorios | R79, R85-86 | 58 (15%) |

*Referencia bibliográfica 10.

TABLA 4. Modelo multivariante. Coeficientes de regresión

| Variable | Coeficiente no estandarizado | | Coeficiente estandarizado | T | p |
|------------|------------------------------|----------------|---------------------------|--------|-------|
| | B | Error estándar | Beta | | |
| Constante | 10,625 | 1,044 | | 10,179 | 0,000 |
| Medicación | 0,383 | 0,144 | 0,140 | 2,654 | 0,008 |
| IT | 3,910 | 1,020 | 0,198 | 3,833 | 0,000 |
| Edad | 0,00601 | 0,018 | 0,179 | 3,354 | 0,001 |

IT: incapacidad laboral temporal.

número de medicamentos y situación de IT según la ecuación:

$N.^{\circ}$ citas solicitadas = 10,62 + 0,38 medicación + 3,91 IT + 0,06 edad.

El coeficiente de correlación múltiple es $r = 0,282$, resultando un

coeficiente de determinación de 0,08 (error típico de la estimación 6,46) (tabla 4).

Discusión

El número de pacientes hiperconsultadores en nuestro centro y el

número medio de visitas solicitadas puede considerarse elevado en comparación con otros estudios^{5,9,11-15}, si bien el concepto de hiperutilizador se define de manera distinta según qué autores, lo que constituye un problema metodológico en la investigación sobre utilización de servicios sanitarios. La intensidad de uso o frecuentación de la consulta del médico de familia (número de veces que la población > 14 años utiliza los servicios o consultas por persona en un período de tiempo) es en nuestro centro de 6,9, superior a la del conjunto del distrito sanitario (5,9) y a la encontrada en otras áreas de atención primaria¹³, y muy similar a la del INSALUD (6,84)¹⁶. La extensión de uso o cobertura (proporción de personas de la población asignada que utilizan realmente los servicios en un determinado período) es del 85,3%, también superior a la publicada⁵, por lo que estamos ante una población que utiliza frecuentemente los servicios de atención primaria, hecho en el que puede influir el nivel socioeconómico¹⁶. Los pacientes hiperconsultadores tienen el perfil coincidente con otros estudios^{5,11,15,17-19}: mujeres de edad media. En algunos estudios no se encontraron diferencias por sexo^{9,20} en los hiperconsultadores o éstas se reducían en edades extremas²¹, con predominio femenino en edades intermedias. Los pacientes hiperconsultadores proceden preferentemente de las áreas geográficas más cercanas al centro de salud, que son además las más pobladas. El número de familiares es bajo, destacando que vive solo un 25% de los hiperconsultadores y otro 25% a lo sumo con otra persona. Este dato es concordante con la conocida relación entre falta de apoyo familiar y social y utilización de servicios sanitarios^{11,12,22}. Otro dato concordante con estudios sobre hiperconsultadores en atención primaria es el porcentaje de pensionistas (58%)¹¹.

Más de la mitad de los hiperconsultadores no constan como incluidos en ningún programa de salud del centro. Este dato puede hacer suponer una deficiencia de registros dada la importante presencia de patologías crónicas entre los pacientes estudiados. También puede influir una inadecuación de los programas del centro a los problemas que presentan, como en el caso de los traumatológicos o los referentes a salud mental, para los que no existen actividades programadas específicas y que otros autores también detectan frecuentemente en hiperconsultadores^{17,23}.

Es de señalar la presencia de problemas de salud que requieren seguimiento entre los pacientes hiperconsultadores (79,8%), planteando el interrogante de si consultan más porque están más enfermos^{9,12}. El número de patologías crónicas determina fuertemente la utilización¹³ y los hiperconsultadores infantiles también presenta mayor morbilidad²⁴. El riesgo relativo de ser hiperconsultador asociado a presentar patologías crónicas se estima entre OR = 3,4⁹ y 4,66¹², aumentando hasta 14,8⁹ en los ancianos.

Parece que la hiperutilización persistente puede no ser necesariamente un comportamiento inadecuado, sino respuesta apropiada a mayores necesidades de atención sanitaria²⁴.

El consumo de medicamentos de forma crónica no lo consideramos excesivo: casi un 60% no toma medicación habitual, con un 18,6% de pacientes polimedicados (4 o más fármacos), considerando la elevada prevalencia de patologías crónicas.

El modelo multivariante no aporta mucha información; dada su baja R, tiene un bajo nivel explicativo, por lo que debería ser completado añadiendo variables inicialmente no consideradas: malestar psíquico^{11,12,14,19,22}, nivel educacional^{11,12}, nivel de renta^{16,18,20}, función familiar^{12,20}, factores sociales

(desempleo, inmigración)^{18,25} y asistencia a consultas programadas^{9,12}. Otros modelos multivariantes propuestos alcanzan también a explicar en poca medida la variabilidad del fenómeno de la hiperconsulta (R, 0,08)²², lo que parece indicar que estamos ante una variable dependiente difícil de descomponer en sus determinantes. Un factor muy explicativo en otros estudios ha sido el número de comorbilidades¹³, que alcanzaba a explicar un 33% de la variabilidad. El modelo propuesto en nuestro estudio nos orienta hacia la significativa implicación en el fenómeno de la hiperconsulta de la edad^{17,21,22,26} y de los motivos de consulta administrativos^{9,14,21}: IT y medicación.

Un posible sesgo de nuestro estudio puede ser el hecho de no contabilizar las visitas programadas realizadas por los pacientes incluidos en los diferentes programas de salud, a pesar de que nuestro objetivo se centra en las consultas a demanda.

Las limitaciones fundamentales de nuestro estudio son deficiencias en los registros, que pueden influir en la baja prevalencia de patologías crónicas, medicación, etc.; la insuficiente inclusión de variables independientes, que condicionan la pobre capacidad explicativa del modelo, y el diseño con datos retrospectivos, que condiciona posibles sesgos de información, por lo que sería más adecuado un diseño prospectivo.

Como aplicación práctica fundamental, coincidiríamos en la necesaria adaptación de los servicios sanitarios también a este tipo de pacientes, replanteando los programas de «crónicos», quizás abordando además otras patologías (traumatológicas, problemas de salud mental) y buscando fórmulas para racionalizar las elevadas cargas burocráticas que soportan las consultas del médico de familia.

Como conclusiones fundamentales, encontramos que los pacien-

tes hiperutilizadores de nuestro centro de salud son mujeres de edad media, con patologías crónicas, que consultan una media de 15 veces al año y siendo determinantes del número de consultas la edad, la medicación y la incapacidad temporal.

Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Francisca Leiva Fernández, técnico de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga, su ayuda en la aplicación del modelo de regresión.

Bibliografía

1. De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Barcelona: Harcourt Brace, 1999; 99-114.
2. Bellón Saameño JA. La consulta del médico de familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo Vallejo FJ, León López FJ, Martínez Cañavete Lopez-Montes T, Torío Durántez J, editores. Manual del médico residente de medicina familiar y comunitaria (2.ª ed.). Madrid: semFYC, 1997; 242-251.
3. García Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista Atención Primaria. Aten Primaria 1994; 14: 1118-1126.
4. Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1996; 4: 229-242.
5. Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E y Grupo de Trabajo sobre la Utilización de Servicios Sanitarios. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. Aten Primaria 1996; 18: 52-57.
6. Artells Herrero JJ, Andrés Martínez J. Análisis prospectivo «Delphi». Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la atención primaria en el siglo XXI. Cuadernos de Gestión 1999; 5 (Supl 1): 33-48.
7. De la Revilla L. Necesidad, demanda y utilización. Modelos explicativos. En: De la Revilla L, editor. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991; 1-9.
8. Delgado Sánchez A. Influencia de la necesidad y otras variables individuales. En: De la Revilla L, editor. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991; 11-19.
9. Fuertes Goñi MC, Álvarez Tutor A, García de la Noceda Montoya MD, Fernández Velilla Ruiz de la Torre M, Echarte Osacain E, Abad Vicente J. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de medicina general. Aten Primaria 1994; 14: 809-814.
10. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria. CIAP-2 (2.ª ed.). Madrid: Masson, 1999.
11. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. Aten Primaria 1996; 17: 100-106.
12. García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 18: 484-489.
13. López Navarrete E, Thomas Carazo E, Bueno Cavanillas A, Lardelli Claret P, Gastón Morata JL. Influencia de la patología crónica sobre la utilización de atención primaria en la tercera edad. Aten Primaria 1997; 19: 92-95.
14. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durantes J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 562-569.
15. Rivera Casares F, Illana Mayordomo A, Oltra Benavente A, Narváez Hostaled M, Benlloch C, Rovira Peña B. Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria. Gac Sanit 2000; 14: 117-121.
16. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martín Galilea MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. Aten Primaria 1999; 23: 110-115.
17. Andersson SO, Mattsson B, Lynoc N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden—a comparative study. Scand J Soc Med 1995; 23: 251-257.
18. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. Fam Pract 2000; 17: 298-304.
19. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psychol Med 1999; 29: 1347-1357.
20. De la Revilla L, De los Ríos A. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Aten Primaria 1994, 13: 73-76.
21. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. Gac Sanit 1995; 9: 343-353.
22. Rubio Montañés ML, Adalid Villar C, Cerdón Granados F, Solanas Saura P, Masó Casadellà D, Fernández Punset D et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicossociales. Aten Primaria 1998; 22: 627-630.
23. Jyvasjarvi S, Keinanen-Kiukaanniemi S, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela SL. Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 141-148.
24. Orueta JF, López de Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. Gac Sanit 2000; 14: 195-202.
25. Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. BMJ 1996; 312: 1008-1012.
26. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Calyden 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: 895-898.