

# **GRUPO DE CONSENSO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

**SEMERGEN**

**CEM**  
Confederación  
Estatad de  
Sindicatos  
Médicos

## ***UN MODELO DE ATENCIÓN EN CRISIS***

**DOCUMENTO DEFINITIVO**

**Aprobado en Gijón el 10 de noviembre de 2000**

# GRUPO DE CONSENSO DE ATENCIÓN PRIMARIA



## UN MODELO DE ATENCIÓN EN CRISIS

A lo largo de los últimos años se han ido produciendo cada vez con mayor frecuencia manifestaciones que revelan un creciente estado de insatisfacción y de descontento entre los profesionales de Atención Primaria, que contrasta con las valoraciones, generalmente optimistas, de las Administraciones Públicas y de los responsables de la atención sanitaria al referirse a la situación de la Atención Primaria en nuestro país. Esta situación revela un divorcio entre las visiones, expectativas, y planteamientos entre los responsables de planificar y gestionar los servicios y los responsables de atender día a día las necesidades y demandas de la población desde los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Esa diferente visión puede explicarse en parte por las transformaciones sociales y culturales que tienen lugar cada vez con mayor rapidez en la propia población, originando necesidades y demandas que exigen al Sistema de Salud respuestas cada vez más ágiles, adaptando y adecuando su organización y su estructura para darles respuesta.

Indudablemente, los profesionales de los EAP, debido a su contacto cotidiano con la población, perciben con mayor intensidad la necesidad de redefinir sus propias atribuciones y competencias y la organización de los EAP. La experiencia acumulada tras más de 15 años de funcionamiento de los EAP los sitúa además en una posición privilegiada para analizar sus problemas y deficiencias y proponer soluciones, propuestas que a nuestro juicio deberían ser consideradas en su justa medida por las Administraciones Públicas para lograr el objetivo común, que es mejorar la atención sanitaria que se presta a los usuarios.

Los profesionales de los EAP se enfrentan en su realidad cotidiana a un modelo organizativo caracterizado por una sobrecarga de actividades puramente asistenciales, muchas veces meramente burocráticas, que les impiden actuar de forma resolutoria y en definitiva acaban suponiendo ineficiencia para el Sistema de Salud y desánimo y desmotivación para los profesionales<sup>28,29,30</sup>. Debemos señalar que si esta frustración hasta ahora no se ha percibido con claridad por parte de los gestores ni por parte de la población, es debido a que las deficiencias organizativas de los EAP se han ido supliendo por la actitud *voluntarista* de sus profesionales, actitud que tarde o temprano resultará insostenible, mermando la calidad de la atención que se presta al ciudadano.

En consecuencia, consideramos que ha llegado el momento de realizar un esfuerzo para adecuar numerosos aspectos de la actividad laboral de los miembros de

los EAP a su cometido, que es responder a las necesidades actuales de los ciudadanos prestándoles servicios sanitarios que respondan a sus expectativas con la necesaria calidad asistencial. Con ello no sólo se logrará una mayor satisfacción de los usuarios, componente ineludible del concepto de calidad en la prestación de atención sanitaria, sino también otro de sus componentes fundamentales: devolver a los profesionales la ilusión y la motivación para realizar su trabajo de una forma digna y satisfactoria.

## **LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Como la calidad asistencial va a ser nuestro punto clave de referencia, merece la pena realizar un somero análisis y un comentario global sobre los principales conceptos que la sustentan.

- El primer referente es el denominado triángulo de calidad, constituido por:
  - ✓ La competencia profesional
  - ✓ La optimización de los recursos disponibles
  - ✓ La satisfacción del usuario<sup>1</sup>
- El segundo referente son las denominadas dimensiones de la calidad:
  - A) Competencia profesional:
    - a) El aspecto científico-técnico
    - b) La relación interpersonal<sup>14</sup>
  - B) Aceptación y expectativas del paciente:
    - a) Aspectos organizativos
    - b) Efecto sobre su salud
    - c) Trato recibido

Conviene recordar que la satisfacción del paciente está en estrecha relación con la satisfacción del profesional (cliente interno)

  - C) Accesibilidad (facilidad para obtener un servicio). Barreras económicas para la accesibilidad: organizativas, emocionales, culturales, económicas, etc.
- El tercer referente<sup>2</sup> son:
  - a) La estructura
  - b) El proceso
  - c) Los resultados

### ESTRUCTURA:

Se compone de

- Lugar físico y recursos materiales
- La organización
- Las características estables del profesional

### PROCESO:

Actividades que el profesional realiza

## RESULTADO:

Logros obtenidos en salud y satisfacción del paciente

Una buena estructura (los cimientos del edificio de la calidad) no garantiza un buen proceso ni un buen resultado, pero es una condición imprescindible para ello.

Este es el primer aspecto a tratar, delimitando claramente sus parámetros de calidad, ya que de poco sirve plantearse un buen proceso (N.T.M., definición de competencias, etc.), si éste no se sustenta en una buena estructura.

La barrera principal para la mejora de la calidad asistencial es conseguir los cambios de actitudes (muy difíciles) y los cambios organizativos.

Necesitamos cambiar la cultura de la organización, ya que para lograr la satisfacción del paciente hay que mejorar la organización y la motivación del profesional<sup>3</sup>.

Tres serían pues los parámetros básicos que definen una buena estructura (una vez resuelto lo físico: edificio y materiales): La existencia de una delimitación de las cargas máximas asistenciales, la existencia de una buena formación continuada y la coordinación con los diferentes miembros del equipo y con los otros niveles asistenciales.

Por tanto, nuestro primer objetivo será definir una estructura óptima de calidad para conseguir un nivel de calidad asistencial considerado como mínimamente aceptable.

## **LA ORGANIZACIÓN**

La organización es uno de los puntos clave para la mejora de la calidad. Los puntos básicos a tener en cuenta en la organización de los equipos de atención primaria serían<sup>5</sup>:

1. Primar la globalidad sobre lo focal:
  - Fomento del trabajo en equipo
  - Fomentar la relación y coordinación primaria / especializada
2. Corregir los “cuellos de botella” que producen los desequilibrios de trabajo entre las unidades asistenciales, reorientando los recursos de las unidades de bajo rendimiento hacia las de alto rendimiento.

Uno de los aspectos fundamentales en la creación de los equipos de atención primaria fue la introducción de las tareas preventivas y de promoción de la salud, así como las de docencia e investigación y los espacios vitales para poderse organizar el trabajo en equipo, además de los puramente asistenciales<sup>22</sup>.

Actualmente los EAP tienen la capacidad técnica para asumir funciones que anteriormente se han realizado en el nivel hospitalario, y tienen además que adaptarse a las nuevas demandas que van surgiendo en la sociedad (cuidados paliativos, atención domiciliaria, etc.), con lo que se genera una carga de trabajo enteramente nueva, que exige adecuar los recursos destinados a Atención Primaria de forma que puedan desempeñar estas funciones sin que se resienta su calidad.

En el modelo organizativo actual de los Centros de Salud, la asignación de recursos (como el tiempo que el profesional dedica a cada paciente) está determinada principalmente por la mayor o menor presión de la demanda y no por las necesidades reales de cada proceso, pudiendo originar inequidades en la prestación de la atención sanitaria según el grado de saturación de cada EAP. Los modelos organizativos que contemplan la asignación de recursos per cápita y emplean modelos retributivos basados en el pago por procesos, además de prestar una atención más equitativa, resultan más eficientes (ref.: Barbara Starfield). La única forma de evitar estas inequidades en un modelo asistencial como el de nuestro país es establecer para cada recurso un mínimo exigible por debajo del cual no se garantiza la calidad, lo cual conduce a la definición de un tiempo mínimo de consulta por paciente, y en consecuencia, un tope de usuarios asignados a cada médico.

Para ello hay que delimitar unos tiempos máximos para las tareas asistenciales, como mucho del 60% al 75% de la jornada laboral<sup>22</sup>.

Por ello, hay que definir y respetar los diferentes escenarios laborales dentro de la jornada:

1. Espacios asistenciales, que nunca deben pasar del 60 al 75% del tiempo
2. Espacios organizativos
3. Espacios de formación y docencia
4. Espacios de promoción de la salud comunitaria
5. Espacios “de relax”, de vital importancia para crear la necesaria “buena atmósfera de equipo”, donde se abran los imprescindibles canales de comunicación informal<sup>5</sup>.

Es fundamental establecer reservas libres de asistencia, tanto en la primaria como en la especializada, para un adecuado encuentro e imprescindible coordinación.

Por todo lo anterior es imprescindible establecer topes máximos de asistencia directa al paciente, y en ningún caso superar dentro de una jornada de 8 a 15, las 5 horas, incluyendo aquí la consulta de demanda, la consulta programada, y las visitas domiciliarias.

## **LA NECESIDAD DE DEFINIR LAS CARGAS MÁXIMAS ASISTENCIALES**

En el apartado anterior ya establecíamos unas cuantas razones para delimitar el tiempo máximo que se podía emplear en la asistencia directa al paciente en una jornada de 7 horas seguidas, ya que era imprescindible que la asistencia no *ahogase* otros espacios vitales, en una organización que debería estar centrada en la mejora de la calidad asistencial.

Pero además el médico, como ser humano y como todo trabajador, tiene unos límites físicos y psíquicos para realizar con un rendimiento adecuado su importante trabajo, y nunca debe llegar a la saturación y a la extenuación, con los graves peligros que esto provoca, como el aumento importante de cometer errores médicos (trabajamos con seres humanos), disminución de la capacidad resolutive y el consiguiente aumento de afectados por el “síndrome del profesional quemado” (burn out).

Dejando un tiempo para las visitas domiciliarias, no se debería de pasar de las 4 horas de consulta, distribuyéndose este tiempo a lo largo de la jornada laboral, de forma que se ofreciese una buena accesibilidad al paciente y un buen rendimiento del profesional.

## **UN TIEMPO ADECUADO PARA CADA VISITA**

Uno de los recursos más importantes de los que dispone el médico de familia es el tiempo.

Uno de los problemas más graves, que además produce una elevada presión asistencial, es el no dedicar un tiempo suficiente a cada paciente para resolver y orientar mínimamente los problemas que nos consulta.

Por ello, nuestro objetivo primordial es definir este *parámetro tiempo / paciente*, por debajo del cual, NUNCA deberíamos aceptar trabajar.

Hay ya bastantes referencias bibliográficas sobre este tema que os delimitan perfectamente la cuantía de este parámetro que buscamos. Vamos a nombrar a continuación algunas de las más interesantes:

- Las presiones ejercidas sobre los médicos para aumentar la productividad, tienen una influencia negativa en el tiempo utilizado para tratar al paciente y en la forma de realizar la entrevista clínica<sup>15,24</sup>.
- La adquisición de información que trae el paciente, por parte del médico, se ve influenciada en primer lugar por el tiempo disponible<sup>10</sup>.
- La práctica de medidas preventivas se enormemente influenciada por el tiempo disponible<sup>17</sup>.
- Los médicos se involucran más en los aspectos psicosociales a medida que dura más la visita y permite al paciente un tiempo de expresión mayor<sup>19</sup>.

- Los pacientes difíciles responden mejor cuando se les da tiempo para madurar sus respuestas<sup>20</sup>.
- Los pacientes de edad avanzada, las primeras visitas, los problemas psicosociales y los pacientes plurimedicados, requieren todos ellos un tiempo de atención notablemente mayor que el habitual<sup>8</sup>.
- Hay relación directa entre el tiempo dedicado al paciente y su satisfacción, bajando ésta bastante cuando se le dedica un tiempo inferior a 15 minutos y llegando a ser muy baja cuando baja de los 5 minutos<sup>11</sup>.
- Es importante para la satisfacción del paciente dedicar algo de tiempo a la conversación informal o charla (el denominado *chatting*)<sup>11</sup>.
- Un trabajo británico llegó a la conclusión de que es una frivolidad dedicar sólo 7 minutos por paciente, pues considera que en este escaso tiempo, ni el médico es capaz de tener un razonamiento coherente de lo que le pasa al paciente, ni el paciente de expresar correctamente su demanda<sup>10</sup>.
- Para realizar una adecuada educación sanitaria, se precisan una media de 18 minutos<sup>23</sup>.
- Más de 3,8 pacientes por hora incrementan notablemente la derivación a los especialistas<sup>15</sup>.
- Se recomienda no pasar de los 4 pacientes por hora<sup>25</sup>.
- El tiempo recomendado para cada paciente es de diez minutos<sup>10,12</sup>.
- Con frecuencia, la diferencia entre estar bien o acabar exhausto es tan sólo de 30 a 60 minutos<sup>7</sup>.
- Los factores más relacionados con el síndrome de *burn out* son la alta presión asistencial, la desigual distribución de las cargas de trabajo y un escaso tiempo para atender a cada paciente<sup>7</sup>.

## ACTITUDES, APTITUDES Y ORGANIZACIÓN DEL MÉDICO

Es frecuente observar cómo las distintas Administraciones responsabilizan al médico de la propia presión asistencial y pensamos que este hecho merece una detenida reflexión.

Hay que recordar que el mayor predictor del uso de los servicios sanitarios lo da el número de pacientes que tiene el médico y la tipología de éstos pacientes (los llamados *case-mix*); siendo el modo de organización del sistema sanitario y la forma de actuar del médico otras variables importantes<sup>26</sup>.

Sin duda, la forma de trabajar del médico influye en la frecuentación pero, como vemos, sólo es una parte de esa influencia y no precisamente la más importante.

No obstante, el estilo de trabajo de cada profesional merece también una detenida reflexión. El parámetro que nos interesa analizar como Sociedades Científicas al servicio del paciente es el de la competencia profesional, sin olvidar que, como decíamos antes, ésta tiene dos componentes: el científico-técnico y el relacional.

Sin duda, hay actuaciones competentes que disminuyen la frecuentación, como la capacidad resolutoria del médico, la educación sanitaria, etc. Pero hay otras actuaciones, también competentes, que la aumentan, como la aplicación de medidas preventivas, la toma de precauciones, la satisfacción del usuario (la satisfacción predispone al uso), la escucha, la receptividad, la cordialidad, etc.<sup>14,18</sup>.

Es verdad que las actuaciones incompetentes como la poca capacidad resolutoria por falta de formación, la medicina defensiva, la práctica de la complacencia, etc. aumentan la frecuentación. Pero también ciertas prácticas inadecuadas como la rigidez, la intolerancia, la frialdad, la pérdida de confianza del paciente hacia el médico, etc. hacen que el paciente consulte menos o que se cambie de profesional.

En lo que respecta al médico, tendríamos que valorar tres aspectos que conviene diferenciar en la influencia sobre la frecuentación de sus pacientes: sus actitudes, sus capacidades (aptitudes) y su organización.

Las capacidades del médico pueden mejorarse día a día con una buena formación continuada. Las actitudes muy en relación con el estilo propio son muy difíciles de cambiar pero, en ocasiones, pequeños cambios producen importantes efectos en la calidad asistencial.

Así pues, donde realmente merece la pena actuar para la mejora de la calidad asistencial, es sobre la organización. Actualmente solemos gastar un 40% del tiempo de nuestras consultas en tareas burocráticas<sup>5</sup> y, con una buena organización, podríamos ganar un 50% de ese tiempo, por lo que merece la pena analizar esta cuestión<sup>4</sup>.

Conviene que estas medidas sean asumidas por todo el equipo, con criterios comunes de actuación que eviten los voluntarismos y las acciones individualizadas que marcan una gran variabilidad. Estas acciones podrían ser:

- Educación sanitaria:
  - ✓ De procesos agudos (todo el equipo)
  - ✓ Fomento de la autonomía de los pacientes crónicos (enfermería)
- Fomentar el "no venir a la consulta sólo para un papel":
  - ✓ Control de las prescripciones repetidas
  - ✓ Control de las IT prolongadas
- Informatización
- Ayuda del personal auxiliar<sup>8</sup>
- Evitar ser los "secretarios del sistema": que la atención especializada asuma su parte de burocracia.

Nuestra perspectiva tiene que ser la competencia y no sólo la frecuentación de uso. Dicha frecuentación, a quien tendría que preocupar es al gestor y no solamente al profesional.

Fomentemos la competencia, las actividades que produzcan hábitos de buena praxis, independientemente de si esto supone o no un aumento de la frecuentación, que es la perspectiva que tenemos que abordar como Sociedades Científicas.

Para gestionar los recursos humanos sería útil, pero resulta muy costoso, tener una información detallada de la tipología de pacientes y de los sistemas organizativos de cada profesional. Un concepto global muy útil y asequible que nos da una idea clara sobre el uso de los servicios para poder planificar los recursos humanos es la frecuentación de la zona, es decir, media del número de visitas por paciente y año.

En Inglaterra, esta frecuentación es de 5 visitas / paciente-año<sup>10</sup>. En España, en las zonas suburbanas donde nuestros servicios son el único referente sanitario para amplias capas de la población y donde nos jugamos el ser o no ser de la sanidad pública, esta frecuentación de zona está por encima de las 6 visitas / paciente-año<sup>7</sup>.

### **TAMAÑO Y TIPOLOGÍA ADECUADA DEL CUPO MÉDICO PARA UNAS MÍNIMAS CALIDAD ASISTENCIAL Y CAPACIDAD RESOLUTIVA**

Para gestionar de forma adecuada el tamaño de un cupo médico de pacientes, lo lógico sería conocer la edad y patología de éstos, es decir, los case-mix<sup>26</sup> pero, para ello, haría falta un soporte de registro muy elaborado y costoso, ya que estaríamos hablando de al menos 50 categorías diferentes de paciente (actualmente sólo se gestiona con el parámetro mayor o menor de 65 años, a todas luces insuficiente).

No obstante, y teniendo una visión global sin tener en cuenta los sesgos que suponen algunas circunstancias (como los producidos por los pacientes que se cambian de médico<sup>27</sup>), podríamos basarnos en estos tres parámetros:

- 1. Tiempo mínimo para cada visita**
- 2. Número de horas máximas de consulta diaria**
- 3. Frecuentación de la zona**

A partir de aquí, es cuestión de pactar los mínimos de calidad asistencial, especialmente en el tiempo dedicado a cada visita, ya que el número de horas tiene un límite físico y funcional, y la frecuentación es la que es en función de la realidad sociocultural.

### **¿QUÉ ESTRATEGIA DEBEMOS PLANTEAR?** “Aplicando matemáticas”

El primer planteamiento que nos hacemos es:

**¿Se cumple el objetivo mínimo de calidad (claramente insuficiente) de los 6 minutos por visita que los gestores nos proponen?**

a) Suponiendo que dispusiésemos de las **4 horas** de consulta y las utilizásemos exclusivamente en la demanda asistencial, sin tener en cuenta ni la consulta programada ni las visitas domiciliarias, y disponiendo de 247 días laborables, a una frecuentación media de 6 visitas / paciente-año, tendríamos:

4 horas x 60 minutos = 240 minutos  
240 minutos x 247 días = 59.280 minutos al año  
59.280 minutos / 6 visitas = 9.880 visitas  
9.880 visitas / 6 visitas.paciente.año = **1.647** pacientes a asignar por médico

b) Si consideramos que reservamos **una hora** para la realización de programas específicos de la cartera de servicios, nos quedarían **3 horas** para la consulta a demanda y entonces tendríamos:

3 horas x 60 minutos = 180 minutos  
180 minutos x 247 días = 44.460 minutos por año  
44.460 minutos / 6 minutos por visita = 7.410 visitas  
7.410 visitas / 6 visitas por paciente = **1.235** pacientes a asignar por médico

c) La bibliografía nos dice que **el tiempo medio adecuado para cada visita no debería bajar de 10 minutos**, y siguiendo el razonamiento anterior:

4 horas x 60 minutos = 240 minutos disponibles diariamente para la asistencia  
240 minutos x 247 días al año = 59.280 minutos por año disponibles para la asistencia  
59.280 minutos / 10 minutos por cada visita = 5.928 visitas al año  
5.928 visitas al año/ 6 visitas por paciente al año = **988** pacientes a asignar por médico.

La realidad nos dice que la mayoría de los médicos de este país superan con mucho estas cifras que acabamos de referir, especialmente en las zonas urbanas y periurbanas con las siguientes y trascendentes consecuencias:

**CONSECUENCIAS DEL EXCESO DE PACIENTES POR MÉDICO:**

- Aumento de la posibilidad de cometer errores médicos, por prisa o cansancio.
- Escaso tiempo dedicado a dar información al paciente, al consentimiento informado, al registro adecuado en la historia clínica, letra poco entendible en la receta, con las graves consecuencias en demandas legales que eso conlleva.
- Empeoramiento de la relación médico-paciente, por los mismos motivos.

- Disminución de la capacidad resolutive, especialmente si se añaden nuevas tareas a realizar en el ya precario tiempo disponible, adquiriendo malos hábitos de trabajo y desprestigio para nuestra especialidad
- Mayor derivación a otros niveles asistenciales y la consiguiente sobrecarga de éstos.
- Ahogo de otros espacios vitales para nuestro trabajo y la buena marcha del equipo, como son la prevención y promoción de la salud, formación e investigación, tiempos para la organización creación de “buena atmósfera” en el equipo.

En resumen, precariedad en la prevención, en la formación, y en el trabajo en equipo.

Es necesario delimitar ya las cargas máximas asistenciales, creando nuevos puestos de trabajo; de modo que los médicos dediquemos un mínimo de 8 a 10 minutos por paciente, no pasemos de 25 a 30 pacientes por día y no alcancemos una media diaria de más de dos visitas domiciliarias, todo ello sin producir listas de espera.

## CONCLUSIONES

1. Es de vital importancia definir una estructura de calidad (organización, condiciones de la demanda asistencial), para conseguir un mínimo de calidad en nuestro trabajo.
2. El trabajo en equipo, las labores de prevención, la promoción de la salud, la docencia e investigación y la coordinación con la Atención Especializada, características todas ellas de la Atención Primaria, necesitan unos espacios y unos tiempos dentro de la jornada laboral independientes de la pura asistencia para poder cumplir su misión, evitando que estos sean ahogados por una excesiva demanda asistencial.
3. El tiempo es el recurso más valioso del que dispone el médico de Atención Primaria para ofrecer una calidad asistencial razonable. Cuando éste es escaso, generalmente por una alta presión asistencial, el riesgo de aparición del síndrome de burn out es alto.
4. Es necesario establecer un mínimo de tiempo dedicado a cada visita, que la literatura especializada cifra en torno a uno 10 minutos.
5. Este parámetro, junto con el de horas máximas dedicadas a la asistencia en una jornada laboral ordinaria y el índice de frecuentación de la zona, marcan de una forma diáfana el número máximo de pacientes que un médico de primaria puede y debe atender.

Las **cifras de referencia** propuestas serían:

10 minutos dedicados por paciente Un máximo de 25 pacientes atendidos por día No pasar de 1.200 personas adscritas por médico
---

6. Lógicamente estamos hablando de un cupo medio estándar, teniendo que adaptar este número de pacientes a variables como: grado de envejecimiento, nivel socioeconómico y cultural de la zona, dispersión geográfica, etc.
7. Los criterios mínimos de calidad (tanto el tiempo mínimo como el cupo máximo) no deben ser nunca considerados como promedios de los valores de varias consultas diferentes, sino como valores que no pueden sobrepasarse en ningún caso individual, es decir, no deben entenderse como criterios para la asignación de recursos a una determinada zona, sino como un umbral por encima del cual se deteriora la calidad de la atención hasta un límite inaceptable.
8. Ante la necesidad de racionalizar la presión asistencial, se hace necesario la toma de medidas como por ejemplo:
  - **Creación de nuevos puestos de trabajo**
  - **El nivel de sustitución por ausencias** del médico habitual, por enfermedad, formación continuada, vacaciones, días de libre disposición, asuntos familiares, etc, tiene que garantizar estos parámetros organizativos de calidad, por lo que en la mayoría de las ocasiones, este nivel de sustitución tiene que ser del 100%
9. El escaso tiempo del que dispone actualmente el médico de familia para atender a sus pacientes no puede verse mermado por una carga burocrática tan alta como la actual, que llega con frecuencia al 40% del tiempo. Se impone la necesidad de tomar medidas para disminuir de forma sustancial el tiempo dedicado a estos menesteres, como las siguientes:
  - No ser “los secretarios” del sistema, es decir, que la Especializada asuma su parte de burocracia.
  - Establecer la ayuda del personal auxiliar
  - Informatización
  - Minimizar los trámites burocráticos innecesarios
10. Ante la ausencia de un marco legal que garantice el mínimo de calidad exigible en la prestación de atención sanitaria, tanto por parte de los usuarios como de los profesionales, éstos criterios de calidad deben formar parte de los mecanismos de evaluación e incentivación de la actividad profesional (contrato programa).

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Otero Pruime A y Col. Mejora de la calidad en Atención Primaria. Martín Zurro 4ª Edición Barcelona 1999. Pág. 399-417.
2. Donabedian A. La calidad en la atención médica. La Prensa Médica. Mexicana México 1984.
3. Mira JJ y col. Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. Rev: Papeles del Psicólogo 1999 nº 74, pág. 3-11.
4. Bellon Saemeño J.A. Cómo reducir la utilización de las consultas en atención primaria y no morir en el intento. X Taller Nacional de entrevista clínica y comunicación asistencial. El Escorial (Madrid) 1999.
5. Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de atención primaria. Rev:” Centro de salud” Vol 7 N° 10 pag: 592- 606.
6. Saura Llamas J. Los médicos de familia y el tiempo de consulta ¿es imposible llegar a 8 minutos?. Jano APS opinión, 19- 25 de noviembre 1999, vol. LVII nº 1320.
7. Borrel i Carrio F. “ La guerra de las agendas”. Jano APS opinión 5-11 de noviembre 1999 Vol. LVII nº 1318.
8. Blumenthal D y col. The duration of ambulatory visits to physicians. The journal of family practice, Vol. 48, nº 4 1999.
9. Barker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients satisfactions with consultations. British Journal of General Practice. October 1996.
10. Pereira Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. British Journal of General Practice. December 1998.
11. Cross D. Patient satisfaction with time spent with their physician. The Journal of family practice, vol. 47, nº2 ( Aug) 1998.
12. Kurt C Stange y col. Illuminating the “ Black Box”. The Journal of Family Practice vol. 46, nº 5 ( May) 1998.
13. Martín Zurro A y col. El modelo de Atención Primaria de Salud: balance y perspectivas. Revista Atención Primaria, vol. 25 nº1 Enero del 2000.
14. Arborelius E y col. Patients comment on video- recorded consultations \_ the “good” GP and the “bad”. Scandinavian Journal of Social Medicine 20: 213-6 NOT AV, 1992.
15. Camasso M.J and Camasso A.E. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. Social. Science & Medicine 38(5): 733-748, 1994.
16. Ridderikhoff J. Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach. Methods of information in Medicine. 32: 73-8 Availa, 1993.
17. McCormick, WC. And Inui, T.S Gediatic preventive care. Counseling Techniques in practice setting. Clinics in Gediatic Medicine 8:215-28 NOT A, 1992.
18. Anderson, L.a. and Zimmerman, m.a. Patient and physician perceptions of their relationship and patients satisfacion: a study of chronic disease managerment. Patient Education & Couseling 20(1): 27-36, 1993.
19. Marvel, M.K. Involvement with the psychosocial concerns of patient. Observation of practicing family physician on a university faculty. Archives of Family Medicine 2(6): 629-633, 1993.
20. Doring, L.A. Communication problems of the chronically ill. Australian Family Physician 21: 791-13 NOT AV, 1992.
21. Morrell, D.C y col. The “five minute” consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. British Medical Journal 292: 870- 873, 1986.

22. Martín Zurro A. Organización de las actividades en atención primaria. 4ª edición, pág 51. 1999.
23. Beisenker, Med. Care 1987, 28:19
24. Dugdale, D.C, Epstein, R.M., and Penttilant, S. Time, the patient-physician relationship, and manager care. Journal of General Internal Medicine, 1997.
25. Dugdale D.C, Journal of General Internal Medicine, 1999, 14: 535
26. Prados Torres A. Sistemas de clasificación de pacientes en atención primaria. Revista "El Médico", 24 de Mayo 1996, nº 608, pág 46-57.
27. Hernández Corral t. Y col. Análisis del fenómeno de adjudicación de cartillas en un centro de salud urbano, causas y consecuencias. Revista "Centro de Salud", septiembre 1993, vol 1 nº 7.
28. Gil Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997, 81-95.
29. De Pablo González R, Suberviola González F, Prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos de atención primaria. Revista "Atención Primaria", vol. 22, nº 9, 30 de noviembre 1998.
30. Olivar Castillon C, et al, factores relacionados con la satisfacción laboral y desgaste profesional en los médicos de Asturias. Revista "Atención Primaria" vol 24, nº 6, 15 d octubre de 1999