

Características de la demanda sanitaria médica en atención primaria de un área de salud de la Comunidad Valenciana (estudio SyN-PC)

V. Pedrera Carbonell^{a,b}, D. Orozco Beltrán^{a,b}, V. Gil Guillén^{a,b,c}, I. Prieto Erades^{a,b}, M. I. Moya García^b
y C. Sanchís Escudero^a

Objetivo. Cuantificar con datos primarios los tipos, motivos y diagnósticos de consulta, la actividad preventiva y el diagnósticos de enfermedad por aparatos.

Validar el registro en la historia clínica, y en la hoja de trabajo del médico (SIGAP), los tipos y motivos de consulta.

Diseño. Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se recoge la actividad asistencial realizada en consulta durante dos días de enero de 2002.

Emplazamiento. Todos los Centros de Salud del Área 17 de la Comunidad Valenciana.

Participantes. Muestra representativa de 2.051 pacientes pertenecientes a 20 consultas médicas de un equipo de atención primaria de los centros anteriormente reseñados, seleccionadas por muestreo estratificado por centros de salud.

Mediciones principales. Se recogió la actividad generada durante la jornada laboral estructurándola en: *a)* actividad asistencial (horario, edad, sexo, código de historia, tipo y motivo de consulta, especificando la actividad asistencial, preventiva o burocrática); *b)* actividad generada por el motivo principal de la visita (anamnesis, exploración y pruebas complementarias); *c)* plan de actividades (medidas higienicodeietéticas, fármacos y derivaciones); *d)* uso de la historia clínica según apartados SOAP, y *e)* interrupciones en consulta.

Discusión. El estudio de la actividad asistencial y su correlación con la actividad registrada en la historia clínica con datos primarios permite una aproximación fiel a nuestra realidad asistencial. Estos resultados pretenden poner de manifiesto, por un lado, la utilidad de las auditorías de historias clínicas como método de cuantificación de la actividad asistencial, así como detectar los patrones de consumo de recursos sanitarios, paso previo para la gestión de forma eficiente en atención primaria.

Palabras clave: Gestión clínica. Atención primaria. Área de salud. Demanda asistencial. Actividad asistencial.

CHARACTERISTICS OF THE DEMAND FOR MEDICAL ATTENTION IN PRIMARY CARE OF A HEALTH AREA IN THE COMMUNITY OF VALENCIA (SYN-PC STUDY)

Objectives. To quantify with primary data the various kinds of consultations, the reasons for them and the diagnoses; to measure preventive actions and diagnoses using machines. To check the recording of the kinds of consultations and reasons for them in the clinical notes and on the doctor's work-sheet.

Design. Observation, cross-sectional and multi-centre study. Clinical care activity was measured on two January days in 2002.

Setting. All the health centres in Area 17 of the Community of Valencia.

Participants. Representative sample of 2051 patients belonging to 20 primary care medical clinics from the above area, selected by sampling stratified by health centres.

Main measurements. The activity of a working day was recorded and structured as follows: *a)* care activity (scheduling, age, sex, records code, kind of consultation and motive, specifying whether this was care activity, preventive or bureaucratic); *b)* activity caused by main reason for consultation (anamnesis, examination and further tests); *c)* plan of action (hygienic and dietary measures, medication and referrals); *d)* use of the clinical records according to SOAP sections; *e)* interruptions during the consultation.

Results. Study of care activity and its correlation with the actions recorded in the clinical record with primary data enables the reality of health care to be fairly faithfully perceived. These results highlighted the usefulness of clinical record audits to measure health-care delivery and to identify patterns of consumption of health resources, as a necessary pre-condition of more efficient primary care management.

Key words. Clinical management. Primary care. Health area. Care demand. Health-care delivery.

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

^bDoctor en Medicina.

^cProfesor titular Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández.

Unidad de Investigación y Docencia del Área 17. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Elda. Alicante. España.

Correspondencia:
Víctor Pedrera Carbonell
Avda. Costa Blanca, 66,
Bv-23,
03540 Alicante. España.
Correo electrónico:
pedrera_vic@gva.es

Manuscrito recibido el 24 de julio de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de septiembre de 2003.

Introducción

La morbilidad diagnosticada en los registros de atención primaria constituye la pieza nuclear para conocer de qué enferma nuestra población, ya que los registros hospitalarios están muy sesgados por la enfermedad poco prevalente. Sin embargo, existe muy poca experiencia en el mundo sobre los registros en atención primaria; por ello, todos los investigadores coinciden en que habría que buscar un mecanismo por el cual tuvieran más agilidad, más consistencia y presentaran más validez y utilidad clínica¹⁻⁴. Por otro lado, conocer los tipos de consulta (con cita previa o sin ella, urgente, en domicilio, programada o a demanda) y los motivos (clínico, administrativo, recoger pruebas) es imprescindible para el establecimiento de prioridades a la hora de planificar los tiempos y la distribución de tareas en los equipos de atención primaria. A pesar de la importancia que tiene el conocimiento sobre la morbilidad y los tipos de consulta en atención primaria, la mayoría de los estudios analizan esta información mediante la revisión de documentos secundarios, fundamentalmente la historia clínica o las diferentes hojas de registro de la actividad asistencial. No existen datos fiables sobre la validez de estos documentos secundarios para registrar la realidad asistencial y es probable que el sesgo en el registro sea lo suficientemente elevado como para invalidar cualquier conclusión extraída de ellos.

Por todo ello, resulta justificado el diseño de un proyecto de investigación dirigido a obtener estos datos de forma primaria, es decir, mediante la observación directa en consulta. Ello va a ser un elemento principal y un punto de reflexión a la hora de mejorar tanto en la planificación sanitaria como en la gestión clínica en la búsqueda de una mayor eficiencia y de una gestión clínica basada en la evidencia⁵⁻⁷. Esto va a ayudar a conocer el grado de registro de la actividad asistencial en los registros más comúnmente utilizados en atención primaria, como la historia clínica y las hojas de actividad asistencial y, por tanto, conocer la validez de los datos obtenidos con estas fuentes secundarias^{8,9}.

Por ello, se planteó como objetivo de nuestra investigación obtener los datos de la realidad asistencial a partir de un documento primario basado en la observación directa en consulta y validar la información registrada en los documentos secundarios, como la historia clínica y la hoja de actividad asistencial.

Objetivos

En nuestro estudio, que hemos dividido en 4 fases (fig. 1), se plantean como objetivos primarios dos estimaciones descriptivas de los parámetros poblacionales, y dos objeti-

vos secundarios, que pretenden analizar y comparar diferentes características:

Primarios

- Cuantificar en un área de salud, con datos primarios, los tipos de consulta, los motivos y los diagnósticos de consulta, así como la actividad preventiva y los diagnósticos de enfermedad por aparatos.
- Cuantificar el registro en la historia clínica de los tipos y motivos de consulta.

Secundarios

- Relacionar los tipos, los motivos y los diagnósticos en el área con los datos demográficos, el tiempo de consulta, la existencia o no de historia clínica, el centro docente, el centro informatizado, el tipo de centro, la actividad asistencial y preventiva, y con una medida que aumenta el cumplimiento terapéutico (dar tratamiento por escrito).
- Verificar si existe un sesgo en el registro en la historia clínica y en el registro en la hoja del Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP), analizando la Hoja de Trabajo u Hoja de Cita Previa que cada profesional maneja en su consulta.

En los objetivos secundarios se comparan los resultados obtenidos con los datos primarios del estudio SyNPC entre los tipos, los motivos y los diagnósticos de consulta, y también se comparan éstos con otras variables consideradas de interés, como las sociodemográficas, la existencia o no de centros docentes, la existencia o no de informatización, la utilización o no de historias clínicas o el tiempo asistencial. Otro punto del análisis pretende comparar los resultados del estudio SyN-PC con la información que de esa actividad queda registrada por parte de los médicos en la historia clínica.

Por todo ello, el contraste de hipótesis que se plantea en los objetivos secundarios es el de la auditoría de historias clínicas. La hipótesis nula (H_0) considera que lo que se observa en la actividad asistencial de la consulta queda reflejado en la historia clínica, y constituye la hipótesis de igualdad; la hipótesis alternativa (H_1) considera que lo que se observa en la actividad asistencial de la consulta no queda reflejado en la historia clínica. Esta última hipótesis reflejaría, en el caso de que se rechazara la H_0 , que los médicos no cumplimentan correctamente la historia clínica y, por tanto, no es un instrumento útil para conocer la actividad asistencial. El mismo proceso se realiza para validar la hoja de actividad asistencial.

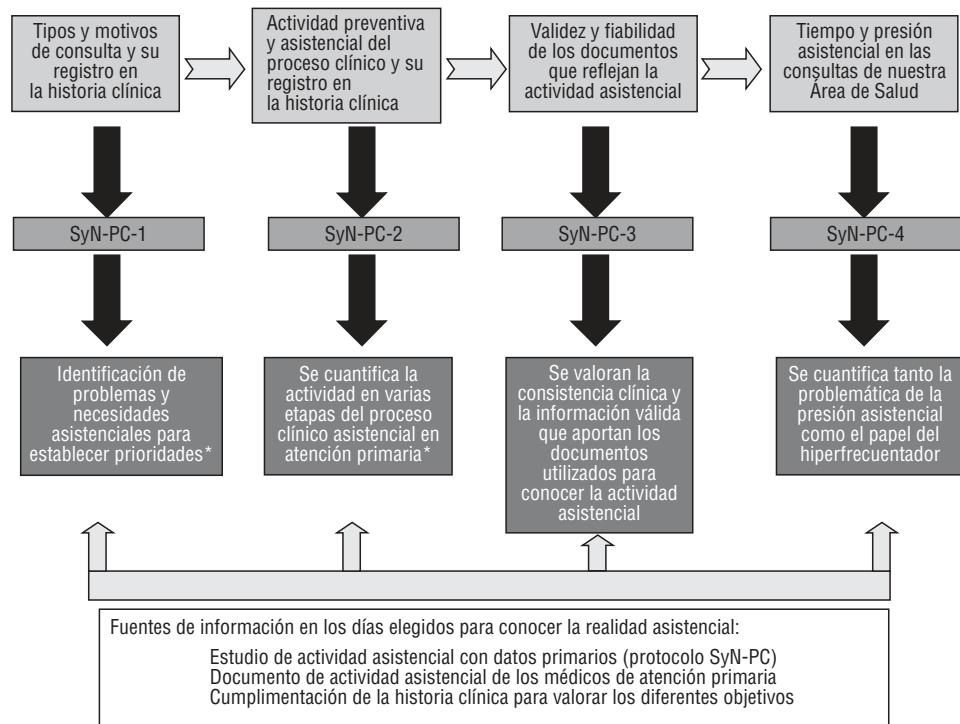
Métodos

Diseño y ámbito del estudio

El diseño del estudio es observacional-transversal multicéntrico y se ha realizado en 2 días de la misma semana en los 12 centros de

**FIGURA
1**

Proyecto de investigación SyNPC con datos cuantitativos: Análisis de la situación y necesidades de la práctica clínica en atención primaria.



*Quantificación del sesgo de infrarregistro en la HSAP.

**TABLA
1** Estructura poblacional del Área
17 en diciembre de 2001

Zona	Centro de salud	0-14 años	15-64 años	> 64 años	Total
1	Aspe	2.966 17,6%	11.143 65,9%	2.789 16,5%	16.898
	Hondón Nieves	164 11,7%	852 60,6%	389 27,7%	1.405 18.830
	Hondón Frailes	16 3,0%	355 67,4%	156 29,6%	527
2	Biar	580 16,5%	2.278 64,7%	663 18,8%	3.521
	Benejama	188 11,3%	1.060 63,9%	410 24,7%	1.658
	Cañada	124 11,5%	687 63,7%	267 24,8%	1.078 6.514
	C. de Mirra	32 12,5%	134 52,1%	91 35,4%	257
3	M. Española	4.049 16,4%	17.195 69,8%	3.395 13,8%	24.639
	Avda. Sax	1.413 14,0%	6.700 66,3%	1.990 19,7%	10.103 34.742
4	Acacias	2.774 13,9%	13.865 69,5%	3.301 16,6%	19.940 19.940
5	Monóvar	1.737 14,4%	7.875 65,1%	2.485 20,5%	12.097 12.097
6	Novelda	4.038 16,8%	16.176 67,3%	3.804 15,8%	24.018
	Romana	187 10,7%	1.077 61,4%	491 28,0%	1.755 25.773
7	Petrer	5.278 18,2%	19.929 68,6%	3.854 13,3%	29.061 29.061
8	Pinoso	1.075 17,5%	3.863 62,9%	1.199 19,5%	6.137 7.502
	Algueña	99 7,3%	906 66,4%	360 26,4%	1.365
9	Sax	1.524 17,5%	5.862 67,2%	1.341 15,4%	8.727
	Salinas	165 14,5%	746 65,7%	225 19,8%	1.136 9.863
10	Villena I	2.927 16,2%	11.828 65,3%	3.367 18,6%	18.122
	Villena II	2.472 16,8%	10.256 69,5%	2.022 13,7%	14.750 32.994
	La Encina	13 10,7%	41 33,6%	68 55,7%	122
Totales		31.821 16,1%	132.828 67,3%	32.667 16,6%	197.316

TABLA
2Recursos humanos del Área 17
en el momento del estudio

Plantilla del Área 17	Total
Médico de familia	107
Pediatra	34
Enfermera	116
Matrona	15
Trabajador social	8
Higienista dental	4
Técnico de radiología	1
Auxiliar administrativo	46
Auxiliar de enfermería	32
Celador	41

salud pertenecientes a 9 poblaciones del Área de Salud 17 de la Comunidad Valenciana (3 centros urbanos, 5 centros semiurbanos y 4 centros rurales).

Emplazamiento y recursos del área

El Área de Salud 17 coincide con los límites de las Comarcas del Alto y Medio Vinalopó, situadas al noroeste de la provincia de Alicante. Se compone de 17 municipios agrupados en 10 zonas básicas, todas ellas dotadas de un centro de salud en la población cabecera y consultorios auxiliares en las otras poblaciones. En el centro geográfico del área se encuentra la ciudad de Elda, cabecera del área de salud en la que se encuentra ubicado el hospital comarcal. La población del área se distribuye de la siguiente forma (tabla 1): el área 17 está compuesta por 10 zonas básicas de salud, todas ellas dotadas de un centro de salud principal y uno varios consultorios auxiliares dependientes del mismo; esta área dispone asimismo de 8 puntos de atención continuada (PAC), ubicados en las distintas zonas básicas de salud que dan cobertura a la totalidad del área de salud. En la tabla 2 se exponen de forma resumida los recursos humanos del área^{10,11}.

TABLA
3

Tipos de consulta, según la metodología de Casajuana

Actividad asistencial en el centro. Gestión de la demanda	Necesidades	
	Asistenciales	Administrativas
	Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad	Tareas burocráticas
<i>Naturaleza de la consulta</i>		
Previsible Se puede prever su contenido	Revisión de las enfermedades crónicas y agudas Recogida de pruebas Actividades preventivas	Partes de IT Recetas de crónicos Hojas de transporte sanitario Informes programados Certificados
Imprevisible No se puede prever su contenido, surge sin ser esperada, catalogada como urgente por parte del paciente o el profesional	Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas Altas hospitalarias	Solicitud de informes Hojas de analítica, de interconsulta, de transporte sanitario Certificados Recetas de alta hospitalaria

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes que acudieron a las visitas médicas los días seleccionados al azar en los centros de salud determinados. En la labor de campo se incluyó a todos los pacientes valorados en la consulta, el domicilio, en el servicio de urgencias o telefónicamente por el médico seleccionado durante los días del estudio.

Muestreo y cálculo del tamaño muestral

La selección de los médicos para el estudio se obtuvo por muestreo aleatorio simple de las claves médicas de todos los profesionales de los centros. Se calculó un tamaño muestral representativo con la siguiente fórmula de variables cualitativas para poblaciones finitas:

$$N = Z_{\alpha/2}^2 p (1-p)/e^2 \quad (\alpha = 0,01; p = 0,50; e = 0,03)$$

A continuación se modificó con la fórmula del cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas utilizando una población de 197.3316 habitantes según el censo del área. El estudio presentaba la muestra requerida cuando tenía 2.029 pacientes. Cuando se realizaron los 40 días de consulta, se consiguió la muestra suficiente al alcanzar 2.051 pacientes¹².

Labor de campo

La recogida de datos la obtuvieron, dirigieron y coordinaron 4 médicos formados en investigación clínica y epidemiología, ayudados en el trabajo de campo por los residentes de medicina familiar y comunitaria del área, previa preparación para la cumplimentación correcta del protocolo del estudio en la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17. Estos 20 residentes se asignaron por sorteo aleatorio, realizado el 13 de diciembre de 2001, a las 20 consultas seleccionadas por centros¹³.

Prueba piloto

La prueba piloto se realizó con dos MIR, que estuvieron durante una jornada completa con un médico tutor, cada uno de ellos en un día diferente. El día de la prueba, tanto los MIR como el tutor completaron el protocolo de recogida de datos tal como se había explicado en la reunión previa.

Elegidos 10 puntos al azar, se calculó el índice kappa entre el médico de la consulta y los residentes, que oscilaba entre 0,7 y 0,8,

por lo que se aceptó el protocolo para la realización del trabajo, ya que este índice fue considerado sustancial según la interpretación de Landis y Koch.

Días elegidos y protocolo del estudio

El trabajo de campo se realizó durante 2 días consecutivos de la primera quincena de enero de 2002. Se llega al acuerdo de que el horario de recogida de datos fue de 8-14,30 h por la mañana y de 14,30-21 h por la tarde. En el protocolo de recogida de datos de la actividad asistencial se reflejaron, para cada paciente, los datos relativos a su identificación, el tipo de consulta que plantea, los motivos de consulta, la actividad asistencial que se realiza en consulta con relación al motivo principal, y el plan de actividades planteado para cada paciente; además, se anotan las interrupciones que pudieran surgir en el transcurso de la consulta, así como la duración de la misma y la utilización o no de historias clínicas por parte del médico.

Estudio de la actividad recogida en la hoja de trabajo (SIGAP)
Además de los datos recogidos según el protocolo, se analizaron todas las hojas de trabajo u hojas de cita previa que cada profesional maneja en su consulta. En esta hoja de trabajo se refleja la actividad a realizar en la jornada, aparecen los pacientes citados con cita previa y presenta un cuadro resumen que se completará al terminar la tarea diaria. Esta hoja es la base para cumplimentar con los datos el SIGAP. La información del SIGAP se origina en cada una de las consultas de atención primaria para calcular los datos globales para el centro y se envía a la Dirección de área, donde se codifican los datos de toda el área; posteriormente, éstos se envían a los Servicios Centrales en Valencia, concretamente al Servicio de Análisis de la Actividad Asistencial de la Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud.

Trabajo de historias clínicas

Una vez codificados los registros y creada la base de datos, se detectaron los casos en los que se ha trabajado con historias clínicas. Con esta nueva muestra de historias clínicas usadas en consulta se calculó un nuevo tamaño muestral para la revisión de las mismas.

Tamaño muestral

Para el cálculo del tamaño muestral representativo de las historias clínicas que se auditarián se utilizó la fórmula de variables cualitativas con corrección de la muestra para poblaciones finitas:

$$N = Z^2 pq/e^2 (a = 0,05; p = 0,50; e = 0,03)$$

Partiendo de 760 historias clínicas utilizadas según el trabajo de campo, tras hacer los cálculos se obtuvo un tamaño muestral representativo de 284 historias clínicas para auditar.

Muestreo y labor de campo

Se hizo un muestreo aleatorio simple en función del número total de historias, utilizando una tabla de números aleatorios. Tras conseguir el tamaño muestral calculado, se revisaron las historias clínicas. La labor de campo la realizaron los 4 médicos que desarrollan su trabajo en la unidad de investigación.

Variables principales

Se recogió toda la actividad generada durante la jornada laboral estructurándola en los siguientes apartados:

– Actividad asistencial: hora de entrada y salida, edad, sexo, código de historia, tipo de consulta, motivo de consulta, especificando la actividad asistencial, preventiva o burocrática.

- Actividad generada por el motivo principal de la visita: anamnesis, exploración y pruebas complementarias.
- Plan de actividades: medidas higiénico-dietéticas, fármacos y derivación.
- Uso de la historia clínica por apartados SOAP.
- Interrupciones en consulta.

Se aplicó la metodología de Casajuana¹⁴ para categorizar los tipos de consulta en asistencial, administrativa, previsible e imprevisible, así como sus combinaciones (tabla 3).

Ánalisis estadístico y estrategia de análisis

Para la tabulación y el tratamiento estadístico de los resultados obtenidos en el estudio se recurrió al sistema de clasificación CIAP-2. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 10.0. En función del tipo de variable se aplicaron los tests estadísticos necesarios, fundamentalmente el de la χ^2 para variables cualitativas y la t de Student y el ANOVA para variables cuantitativas, así como la correlación y la regresión. Igualmente, se realizaron análisis multivariantes. Se fijó la significación estadística en $p < 0,05$, y se calcularon los límites de confianza del 95% de las variables más importantes^{12,15}.

Discusión

Tanto en el estudio de la actividad asistencial como en el de las historias clínicas, los resultados son generalizables al Área 17 de Salud de la Comunidad Valenciana a través de dos fuentes de datos primarios: la actividad asistencial recogida cuando el paciente acude a la consulta y el registro por parte del médico de dicho proceso en la historia clínica y la hoja del SIGAP.

Otra de las cuestiones metodológicas planteadas fue conocer si esta investigación cumple los requisitos de un estudio de cuantificación de frecuencias, y para ello nos basamos en las directrices de la escuela canadiense, que establecen las siguientes recomendaciones: amplios tamaños muestrales, respetar los criterios estadísticos, validez de los instrumentos y cálculo de su utilidad clínica, control de las pérdidas, mediciones independientes y personal preparado^{15,16}.

Tanto en la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17 como en la Unidad de Epidemiología Clínica del Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández, se intentó responder a todas estas preguntas enunciadas por la escuela canadiense, en los aspectos relevantes de diseño, tamaño y muestreo, así como en los aspectos metodológicos concernientes a los sesgos y la validez de los instrumentos de medida. Para ello, se formó a los investigadores que llevaron a cabo la labor de campo en la realización de entrevistas y la recogida de datos primarios. Una vez acabado el curso de formación, se realizó un ensayo piloto en el Centro de Salud de Novelda entre el médico de atención primaria y las personas que iban a recoger los datos, con resultados excelentes

tanto en la validez como en la consistencia clínica, y donde se obtuvo un índice kappa sustancial según la interpretación de Landis y Koch. La validación y la fiabilidad del cuestionario utilizado han sido motivo de investigación por parte de otro integrante de nuestro grupo de trabajo y presentado en formato de otro estudio, y se obtuvieron unos resultados muy buenos, con sensibilidades y especificidades por encima del 80%, un índice kappa por encima de nivel moderado e indicadores de utilidad clínica con niveles de evidencia tipo B y A, con lo que se acepta tanto el protocolo utilizado para recoger la actividad asistencial como el diseñado para recoger el sesgo de infraregistro en la historia clínica.

A la pregunta de qué sesgos se han podido cometer en este estudio, y siendo críticos en la investigación, según las características del estudio, consideramos los siguientes:

1. Un error aleatorio al no trabajar con toda la población.
2. Un sesgo de selección, al no reclutar a los pacientes que representen a toda la población. Pero el objetivo del estudio no es analizar el global de las consultas del cupo, sino cuantificar los tipos y los motivos de éstos. Debido a que el estudio se hizo durante el mes de enero, cuando se cuantifiquen los motivos de consulta es posible que haya una sobremedición de la patología respiratoria. Somos conscientes de este sesgo, que posteriormente se va a tratar, ya que el estudio se va a completar realizando un día por estación para valorar el comportamiento estacional de los diferentes motivos de consulta. Por ello, los resultados de los motivos de consulta son sólo generalizables para el invierno.
3. Un sesgo de medición si utilizamos instrumentos poco sensibles, porque las personas que recogen los datos no registran bien la realidad o el médico de atención primaria, que se siente investigado, mejora la anotación habitual de los datos en los sistemas de registro y su práctica clínica el día seleccionado de la investigación. En el primer caso se procuró una concordancia en la medición entre los distintos observadores, como ya se ha descrito anteriormente. En el segundo caso asumimos ese posible sesgo, con la conclusión de que, de todas formas, los resultados obtenidos serían los mejores posibles.

Obviamente, la mayoría de estos sesgos fue minimizada en la fase de diseño y en el protocolo se intentó el factor sorpresa para disminuir la variabilidad por parte de los médicos de su actividad asistencial. Asumiendo los sesgos que puedan influir en la validez interna, no conocemos ningún estudio que se aproxime más al conocimiento de la realidad asistencial y, a pesar de las dificultades metodológicas, que hemos tenido que minimizar, el diseño utilizado nos acerca mucho a los verdaderos parámetros asistenciales¹⁷.

Con los resultados obtenidos en este estudio pretendemos, por un lado, poner de manifiesto la utilidad de las auditorías de historias clínicas como método de cuantificación de

la actividad asistencial y, por otro, al igual que en el estudio M-PAR-5¹⁸, detectar los verdaderos patrones de consumo de recursos sanitarios, paso previo e imprescindible a la hora de gestionar de forma eficiente la actividad de los médicos de atención primaria^{19,20}.

Finalmente, queremos destacar que los criterios de evaluación seleccionados para esta investigación fueron fruto de muchas reuniones de consenso por parte de personas que tienen mucha experiencia en nuestra área de salud en la actividad asistencial, ya que en ella participaron tanto los coordinadores de equipo como diferentes médicos de reconocida experiencia, tanto en la vertiente clínica como investigadora. Todo ello indica que los criterios de evaluación seleccionados por consenso han sido adecuados.

Bibliografía

1. Martín-Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de la salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000;25:48-58.
2. Rubio MI, Adalid C, Cordon F, Solanas P, Maso D, Fernández D, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Aten Primaria 1998;22:627-30.
3. Blumenthal D, Causino N, Chang YC, Culpepper I, Marder W, Saglam D, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. J Fam Pract 1999;48:264-71.
4. De La Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en AP. Barcelona: Doyma, 1991.
5. Starfield B. Un marco conceptual para medir la atención primaria. En: Starfield B, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson, 2001; p. 19-35.
6. Sobreques J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. Aten Primaria 2001;28:535-42.
7. Dolsac JI, Cebrán C, Apezteguia J, García FJ, Bastaros JC. ¿Existe el consenso en los sistemas de información de la actividad asistencial en atención primaria? Centro de Salud 1994;2:633-38.
8. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. J Fam Pract 2001;50:427-32.
9. Vidores MP, Cortes PM, Fernández M, Torres L, Tomey I, Iraíder D, et al. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. Aten Primaria 2001;28:298-304.
10. Orden de 27 de diciembre de 1993, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana. DOGV n.º 2175 de 30-12-93.
11. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valencia. Consellería de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, 2000.
12. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Madrid: Mosby/Doyma libros S.A., 1991.
13. Contadiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JI, Boyle P. Preparar un proyecto de investigación. Barcelona: SG editores, 1991.
14. Casajuana J. Gestión de la Consulta. En: Curso de gestión del día a día en el equipo de atención primaria. SEMFYC, 2002.

15. Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F. *Métodos de investigación en atención primaria*. Valencia: Universidad Miguel Hernández, 1999; p. 310-50.
16. Gómez de la Cámara A. *Manual de medicina basada en la evidencia*. Jarpyo editores S.A., 1998.
17. Palazon I, Vitaller J, Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D. *Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria*. Aten Primaria 1998;21:14-22.
18. Jiménez J, Cutillas S, Martín Zurro A, Grupo de Trabajo M-PAR-5. *Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto M-PAR-5*. Aten Primaria 2000;25:653-60.
19. Llor B, Saturno P, Gascon JJ, Sáez C, Sánchez M. *¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria?* Aten Primaria 2001;28:595-601.
20. González MJ, Gómez-Calcerrada D, De Maya MC. *El profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria*. Aten Primaria 2000;26:526-32.