
Absentismo de pacientes citados en las consultas de Atención Especializada en el Consorcio Aragónés Sanitario de Alta Resolución: repercusiones económicas y demoras

Marta Alcolea Guerrero^a y Sophie Gorgemans^b

^aEconomista. Instituto Aragónés de Ciencias de la Salud. ^bTitular de Escuela Universitaria. Universidad de Zaragoza. Departamento de Economía y Dirección de Empresas.

Resumen

Fundamento. El absentismo en las consultas es uno de los principales problemas en los centros de Atención Especializada; su existencia genera ineficiencias económicas y productivas. Encontrar soluciones para mitigarlo supondrá un avance en el camino de prestar un servicio sanitario excelente.

Objetivo. Definir el perfil del tipo de paciente citado que no acude a las consultas de Atención Especializada, estimar la repercusión económica que este hecho supone, su influencia en las demoras asistenciales y aplicar soluciones para intentar mitigar el problema.

Método. Se analizaron 35.500 citas en el periodo comprendido entre mayo y septiembre de 2008 del Consorcio Aragónés Sanitario de Alta Resolución (CASAR) mediante un análisis estadístico descriptivo-bivariado para definir una regresión logística del absentismo, y así determinar el perfil del paciente que no acude a la citación. Se han analizado las características de edad, sexo, nacionalidad, tipo de consultas y especialidad demandada.

Resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de demora, el centro de especialidades, la especialidad médica y la nacionalidad de las personas que practicaban el absentismo.

Conclusiones. Fijado el perfil del paciente que no acude a su cita se han de iniciar las actuaciones en las especialidades donde existe mayor probabilidad de producirse fallos en las citas. Por otro lado, se aconseja la creación de grupos de trabajo para desarrollar los protocolos de actuación de los Departamentos de Gestión de Pacientes (guías de consultas externas) y de Documentación.

Palabras clave: absentismo, consultas externas, primeras visitas, consultas sucesivas, paciente ausente.

Summary

Basis. The non-attendance in outpatient appointments is one of the major problems in hospitals because it generates economic and productive inefficiencies. Recommendations for improving outpatient attendance must help to reach a better health service quality.

Objective. *To determine the main features of the non-attenders in outpatient appointments, estimate economic costs, influence in appointment delays and offer some solutions to reduce this problem.*

Method. *We analyzed 35.500 appointments at CASAR over a five months period (from May to September 2008) with a statistic analysis defining a logistic regression of non-attendance and establish the profile of non-attenders. The main social features studied are age, sex, nationality, and first and successive consultations.*

Results. *The difference between the social features of attenders and non-attenders were small but we found a positive significance between delay, place of the appointment, speciality and nationality and non-compliance with scheduled appointments.*

Conclusions. *We determined the profile of non-attender in the CASAR and proposed some solutions in those specialities where outpatients present higher likely of non-compliance. Furthermore, we advised the creation of some groups to develop measures to improve the communication in the schedule of appointments.*

Key words: *outpatient non-attendance, first and successive consultations, social features of outpatient, failure to attend.*

Introducción

Los pacientes que no se presentan en la consulta de las especialidades médicas suponen ineficiencias productivas y económicas. Los principales problemas que esta ausencia genera van desde el aumento de las listas de espera, la disminución de la accesibilidad^{1,2} y el incremento de la morbilidad³ hasta ocasionar un crecimiento de los costes directos e indirectos.

Destacan como características de la no presencia la gran cantidad de actores implicados en su existencia, la relevancia económica, social (los ciudadanos perciben sus consecuencias, no su existencia) y sanitaria que ocasiona, pues merma la

calidad de la prestación y la satisfacción de los usuarios.

El objetivo principal de este trabajo reside en definir el perfil del paciente ausente en los centros sanitarios del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución (CASAR), con el fin de proporcionar a sus dirigentes una herramienta de ayuda a la toma de decisiones relativas a las medidas más eficientes para mitigar los efectos adversos que ocasiona su existencia.

El CASAR es una entidad jurídica pública, de carácter asociativo y voluntario, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar; está adscrita al funcionamiento de la Administración Sanitaria del Go-

bierno de Aragón desde su creación en 2006⁴. En la actualidad, el consorcio integra 4 centros de alta resolución que se han instalado en las localidades de Jaca, Ejea, Tarazona y Fraga. En su conjunto atiende a una población de referencia de unas 117.000 personas y la distancia hasta el hospital de referencia (Hospital San Jorge, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y Hospital de Barbastro) no supera los 30 minutos. A pesar de su juventud, se observa ya una tendencia parecida a otros centros hospitalarios en el comportamiento del paciente a no presentarse en la cita concertada.

Material y métodos

Se analizaron 35.534 citas entre los meses de mayo y septiembre de 2008 a partir de la base de datos HP - HIS de gestión de consultas de los centros de Jaca y Ejea. La población de referencia se obtuvo a partir del registro de tarjeta individual sanitaria de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo de Aragón del mes de mayo de 2008.

Para determinar la dimensión económica de la problemática se anali-

zaron los costes del personal y de las pruebas diagnósticas no realizadas, datos proporcionados por el Centro de Ejea, que se consideraron extrapolables al resto de los centros.

El análisis exploratorio de los datos se planteó a partir de un análisis estadístico sobre variables categóricas y cuantitativas y, para llegar a los resultados se definieron las siguientes fases metodológicas.

Fase 1: bases de datos

A través del programa SPSS 15.0 se analizaron 21.817 citas correspondientes al centro de Ejea y 13.717 pertenecientes al de Jaca. Los centros de Tarazona y Fraga no pudieron incluirse en el estudio por la no disponibilidad de los datos necesarios.

La edad, el sexo, la procedencia (nacional o extranjero), la especialidad, el tipo de consulta (primera, sucesiva y otras), el tiempo de demora, la hora de la cita, el día de la semana y la asistencia o inasistencia a la consulta fueron las variables que se incluyeron en el análisis.

Fase 2: plan de análisis estadístico

Dos eran los objetivos de esta fase: determinar el perfil del paciente cita-

do en los centros del CASAR y el perfil del paciente que no acude a su cita.

El análisis descriptivo se realizó mediante la distribución de frecuencias de las variables categóricas y la media y desviación típica de las variables cuantitativas. Por otra parte, se definió una regresión logística bivariada del absentismo como variable dependiente; habiendo reconocido previamente las variables que presentaron diferencias significativas (aplicando la prueba de la "t" de Student para las variables cuantitativas, que seguían una distribución normal y la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas).

Fase 3: plan de análisis económico

El objetivo era dar una aproximación del coste, por tiempo de trabajo no utilizado derivado de la ausencia del paciente citado a la consulta, por pruebas diagnósticas no realizadas y por demoras.

Fase 4: *brainstorming* y propuestas de solución

El conocimiento aportado por las fases anteriores y las propuestas de solución de estudios previamente publicados compusieron las bases para

la realización de un *brainstorming*, que se concretó en unas propuestas de solución para el CASAR y en unas conclusiones extrapolables a todos los centros que dispongan de consultas de Atención Especializada.

Resultados

Los resultados obtenidos se estructuran en tres apartados. En el primero se detallan las principales características del paciente que no acude a la citación, los costes (directos e indirectos) que esta ausencia provoca se analizan en el segundo apartado y, por último, se presentan los resultados de la regresión logística del absentismo.

Perfil del paciente ausente

Un 38,3% del total de citas correspondía a pacientes varones, mientras que el 59,2% eran de mujeres. La edad media de los primeros fue de 53,55 \pm 21,7 años y la de las segundas de 50,80 \pm 22,1 años.

Los pacientes de primeras consultas supusieron un 35% y los de consultas sucesivas un 44% de las citas. El 90,7% de los pacientes fue de origen nacional y sólo un 9,3% extranjeros. El 73,2% de las citaciones se

realizó en horario de mañana de forma homogénea de lunes a jueves, siendo el viernes el día que menor número de citas tuvo.

Del total de pacientes citados un 10% no se presentó a la consulta, situándose esta ausencia en un 9,2% en Ejea y en un 11% en Jaca.

La ausencia de las mujeres se situó en un 57,9% y la de los varones en un 38,7%, siendo en un 86,5% de origen nacional y en un 13,5% de origen extranjero. El mayor absentismo se encontró en el tramo de edad entre los 14 y los 64 años (en función de los tramos fijados por la Tarjeta Sanitaria). La edad media de los pacientes que no acudieron fue de $48,7 \pm 22$ años y de los que sí lo hicieron de $52,2 \pm 22,1$ años. Estos datos indican que los pacientes que no acuden a la cita no presentan características sociales muy distintas de los que acuden.

Según la especialidad, coincidieron aquellas con mayor número de citas con las de mayor porcentaje de absentismo, Rehabilitación (17,3%), Traumatología (11%), Oftalmología (10,3%) y Ginecología (13%).

Atendiendo al tipo de consulta las sucesivas tuvieron un absentismo del 10% y las primeras del 11,1%.

La juventud del Consorcio hace que no existan listas de espera como en otros centros de la Comunidad Autónoma que justifiquen una relación causal con el absentismo del paciente.

Se recoge el perfil del paciente del CASAR que no acude a la cita en la tabla I.

Costes económicos de la ausencia

Los costes económicos, consecuencia de la no presencia, en el centro de Ejea, ascendieron a unos 14.000 euros en los 5 meses de estudio. Este coste se obtuvo sumando los del personal sanitario derivados del tiempo de trabajo no utilizado en las consultas y los de las pruebas diagnósticas no realizadas, suponiendo un porcentaje de absentismo del paciente igual que el observado en las consultas de especialidades (6.482 euros y 7.478 euros respectivamente). A pesar de que se planeaba añadir las demoras no se pudo hacer por la naturaleza de los datos proporcionados. La estimación de esta cuantía se hizo considerando el coste semanal de la especialidad según la estructura de personal correspondiente y el número de visitas semanales en la misma

Citas (n = 35.534)	No acude	Porcentaje	Sí acude	Porcentaje	
Total	35.534	3.544	10	31.990	90
Edad	3.401*	48,7±22		52,2±22,1	
Tramos de edad	0-13	131	3,86	1.262	4,09
	14-64	2.288	67,39	18.642	60,40
	65-74	414	12,19	4.666	15,12
	≥ 75	562	16,55	6.293	20,39
Sexo	Hombre	1.371	38,70	12.233	38,20
	Mujer	2.053	57,90	18.979	59,30
Tipo de consulta	Primera	1.366	38,54	10.970	34,29
	Segunda	1.546	43,62	14.003	43,77
	Otras	632	18,00	7.017	17,83
Procedencia	Nacional	3.067	86,50	29.170	91,20
	Extranjero	477	13,50	2.820	8,80
Día de la semana	Lunes	817	23,10	6.619	20,70
	Martes	710	20,00	6.515	20,40
	Miércoles	819	23,10	7.442	23,30
	Jueves	804	22,70	7.456	23,30
	Viernes	393	11,10	3.778	11,80
	Sábado	1	0,00	100	0,30
	Domingo	0	0,00	80	0,30
Horario	Mañana	2.638	74,40	23.373	73,10
	Tarde	906	25,60	8.617	26,90

* El dato de edad se corresponde con los casos perdidos en la base de datos.

Tabla 1. Perfil del paciente ausente.

(tabla 2). Se contó con los salarios (bruto más las cargas sociales), el número de días de consulta a la semana de cada servicio y el personal que trabajaba en cada consulta. Los costes correspondientes al personal no sanitario, calculados en función del salario bruto y la parte patronal de las cotizaciones a la Seguridad Social para todo el periodo de estudio (23 semanas) son de 15.420 euros.

Las pruebas diagnósticas se realizan a través de una empresa de radiodiagnóstico, que se desplaza siguiendo una frecuencia prefijada a los centros del Consorcio con una unidad móvil de radiodiagnóstico. El contrato exige que toda prueba diagnóstica concertada supondrá un coste de al menos el 75% de la tarifa fijada, pese a su no realización por ausencia del paciente (tabla 3).

Especialidad	No acuden en Ejea*	Porcentaje	Coste del servicio a la semana	Visitas a la semana/ servicio	Coste del servicio/ visita	Visitas fallidas/ semana	Coste de las visitas fallidas a la semana
Alergología	73	3,60	514,3	19	27,07	0,68	18,51
Cardiología	39	1,93	514,3	100	5,14	1,93	9,93
Cirugía general	42	2,07	456,1	40	11,40	0,83	9,44
Dermatología	151	7,46	514,3	75	6,86	5,60	38,37
Digestivo	77	3,80	456,1	35	13,03	1,33	17,33
Ginecología	148	7,31	456,1	104,5	4,36	7,64	33,34
Neumología	53	2,62	514,3	26	19,78	0,68	13,47
Neurología	67	3,31	456,1	32	14,25	1,06	15,10
Obstetricia	90	4,44	514,3	38	13,53	1,69	22,83
Oftalmología	184	9,09	456,1	110	4,15	10,00	41,46
Otorrinolaringología	77	3,80	456,1	40	11,40	1,52	17,33
Traumatología	139	6,86	514,3	100	5,14	6,86	35,28
Unidad de Enfermería	239	11,80	225,3	nd	nd	nd	nd
Urología	42	2,07	456,1	30	15,20	0,62	9,44
Total periodo (23 semanas)	1.421	70,17					6.482

* El total de pacientes citados que no acuden en el Centro de Ejea es de 2.025; nd: no disponible.

Tabla 2. Costes por servicio y consultas fallidas.

La demora de los pacientes que no acudieron a la cita fue superior en las primeras consultas que en las sucesivas.

Anualmente, el coste de la no presencia ascendería a 116.258 euros, con un coste unitario por paciente ausente de unos 14,51 euros para los dos centros.

Regresión logística del absentismo

A la vista de los datos recogidos en la tabla 4 las variables en las que

se detectó una diferencia significativa ($p < 0,05$) fueron: el tiempo de demora, la nacionalidad, los servicios de Alergología, Dermatología, Digestivo, Ginecología, Neurología, Rehabilitación y Traumatología, el día de la semana, el tramo de edad y el centro en que se realizó la cita. La variable edad se transformó en categorías según los tramos facilitados desde Tarjeta Sanitaria de la población de referencia. Al realizar la regresión logística se incluye-

		Coste prueba	N° pruebas/día	Coste medio/día	Porcentaje de absentismo	Coste no presencia/prueba	Coste medio del absentismo
Radiología móvil (cobro del 75% en caso de no presencia)	Mamografía: una al mes	41,5	80	3.320	10,00%	31,125	249 € al mes
	RMN: una cada tres semanas	169	40	6.760	10,00%	126,75	507 € cada tres semanas
	TAC: una cada tres semanas	94	40	3.760	10,00%	70,5	282 € cada tres semanas
Total periodo							7.478 €

RMN: resonancia magnética nuclear; TAC: tomografía axial computarizada.

Tabla 3. Costes de las pruebas diagnósticas.

	OR	Sig.	IC 95% para OR			OR	Sig.	IC 95% para OR	
			Inferior	Superior				Inferior	Superior
Tiempo de demora	1,003	0	1,002	1,005	Pediatría	0,412	0	0,256	0,661
Procedencia	0,574	0	0,515	0,639	Tramo edad 0-13	0,954	0	0,937	0,971
Centro	1,208	0	1,114	1,311	Obstetricia	0,997	0,982	0,762	1,304
Alergología	2,221	0	1,704	2,895	Oftalmología	1,136	0,25	0,914	1,413
Cirugía general	1,548	0,002	1,169	2,049	ORL	0,963	0,791	0,727	1,274
Dermatología	1,86	0	1,463	2,365	U. Enfermería	0,874	0,262	0,69	1,106
Digestivo	1,554	0	1,221	1,977	Nefrología	0,843	0,747	0,299	2,379
Ginecología	2,04	0	1,647	2,527	Endocrinología	1,236	0,438	0,724	2,108
Neumología	1,518	0,01	1,107	2,081	Día de la semana	0,984	0,258	0,957	1,012
Neurología	1,845	0	1,397	2,436	Anestesiología	0,607	0,085	0,343	1,072
Radiología	0,556	0	0,405	0,764	Cardiología	1,118	0,468	0,828	1,509
Rehabilitación	2,356	0	1,903	2,916	Medicina Interna	1,306	0,486	0,616	2,768
Traumatología	1,52	0	1,225	1,886	Constante	0,157	0		
Urología	0,683	0,027	0,487	0,957					

ORL: Otorrinolaringología.

Tabla 4. Resultados de la regresión logística.

Variables	Significativas y que aumentan la probabilidad que tiene el paciente de no acudir a la cita
Tiempo de demora	Un aumento de los días de demora incrementa la probabilidad de que no acudan a la consulta los pacientes
Centro de procedencia	Los pacientes citados en Jaca tienen mayor probabilidad de fallar a su cita que los citados en el centro de Ejea
Servicio	Estar citado en los servicios de Alergología, Dermatología, Ginecología y Rehabilitación implica una mayor probabilidad de que el paciente falle

Tabla 5. Variables que aumentan la probabilidad de no acudir a la cita.

Variables	Significativas y que aumentan la probabilidad de que se acuda a la cita
Procedencia	Ser español aumenta la probabilidad de que se acuda a la cita
Servicios	Estar citado para los servicios de Radiología, Urología y Pediatría implica una mayor probabilidad de que el paciente acuda a su cita

Tabla 6. Variables que aumentan la probabilidad de acudir a la cita.

ron categorías más pequeñas (0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, más de 75), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los resultados.

La prueba de Hosmer y Lemeshow, de bondad de ajuste de la regresión logística bivariada, aseguró que el modelo era adecuado (p -valor = 0,136 > 0,05).

Los resultados que se pudieron contrastar se muestran en las tablas 5 y 6.

Discusión

Morera et al² dicen: “Lloyd no encontró diferencias que explicasen el mayor o menor incumplimiento de las citas con relación a la naturaleza, gravedad o duración del problema que presentaba el paciente”, no obstante estos autores y Frankel et al⁵ encontraron pequeñas diferencias entre ausentes y presentados según la gravedad y el tipo de problema clínico, pero afirmaron que

no explicaban la incomparecencia. Sin embargo, concluyeron que la lejanía del domicilio a la consulta influye en el hecho de no acudir.

El perfil del paciente citado es similar al definido en el trabajo de Sañudo et al¹, con la diferencia de que nuestros pacientes pertenecían al medio rural y diferenciamos entre nacionales y extranjeros. El estudio de Gatrad⁶ nos encaminó a introducir la variable nacionalidad, dada la alta tasa de inmigración que teníamos en las zonas de estudio. El estudio de Miralles y Díez⁷ afirma que el incumplimiento de las citas es mayor en la población extranjera; en nuestro caso, el hecho de ser nacional aumenta la probabilidad de que vaya a acudir a la consulta.

Atendiendo al perfil del paciente ausente a las consultas, en Sañudo et al¹ el absentismo es mayor en las consultas primeras que en las sucesivas, mientras que, en nuestro estudio, el comportamiento es a la inversa.

En el caso del Consorcio los servicios con mayor número de citas coinciden con los de mayor ausencia, en comparación con este mismo estudio los servicios con mayor absentismo son Dermatología (19,6%), Rehabilitación (14,8%), Ginecología (14,1%),

Otorrinolaringología (13,5%) y Digestivo (13,5%). En nuestros resultados la especialidad Digestivo no terminó siendo significativa, pero habrá de tenerse en cuenta en posteriores evaluaciones dada la significación que obtiene en otros estudios¹.

En cuanto a las cifras de demora no podemos ser concluyentes en el caso del CASAR, sin embargo parece que aquellas especialidades con mayor demora son las de mayor ausencia del paciente. Este mismo perfil se concreta en el estudio de Sañudo et al¹.

Varios son los factores que influyen sobre la no presencia en el Hospital Río Hortega¹: la edad, la demora, la procedencia urbana y el servicio en el que está citado el paciente. Sin embargo, en el caso de nuestro estudio se han determinado factores que influyen de manera positiva sobre el absentismo, como el tiempo de demora, la nacionalidad, el centro de atención sanitaria y la especialidad en la que se cita al paciente (Alergología, Dermatología, Ginecología y Rehabilitación); pero también se han identificado factores que influyen de manera negativa, como ser nacional y estar citado en unas especialidades concretas (Radiología, Urología y Pediatría).

Existen estudios^{8,9} que aseguran que el incumplimiento se da con más frecuencia en varones jóvenes y los reincidentes, quizás debido a la desmotivación hacia la enfermedad de este grupo de edad; sin embargo, la edad en nuestro estudio no fue concluyente frente al absentismo.

La hora de la cita, el día de la semana, el sexo y la influencia de los periodos vacacionales (utilizado en Negro Álvarez et al⁸) no parecen ser significativos a la hora de explicar la no presencia de los pacientes en los estudios consultados ni tampoco en el nuestro.

Los estudios realizados en nuestra comunidad^{9,10} y los efectuados en otras áreas^{2,8,11-13} afirman que el olvido de los pacientes es el motivo principal por el que dejan de acudir a sus citas; sin embargo, la literatura nos encamina a considerar otras causas de la no presencia, aspectos de los servicios y de la organización^{2,14,15}, la cultura de nuestros pacientes⁶, la relación médico-paciente¹⁵, etc.

Existen motivos evitables y no evitables de la no presencia²; para lograr mitigar el problema habría que analizar la situación del centro y de cada especialidad y, así, determinar los factores que pueden estar incidiendo

sobre el absentismo, clasificarlos e implantar las medidas adecuadas para su rectificación.

El uso de los recordatorios de citas vía teléfono móvil^{3,16} parece ser una medida efectiva para paliar los efectos del absentismo, sin embargo deberían centrarse los esfuerzos en llegar a un consenso entre Atención Primaria y Especializada en cuanto a la derivación de los pacientes¹⁷, y en elaborar unos protocolos de gestión de las citas en los centros de Atención Especializada que incorporen un protocolo de recuperación de la actividad programada y no realizada.

El absentismo genera ineficiencias productivas y económicas en los centros que prestan el servicio de Atención Especializada¹⁷. En nuestro caso también se ha demostrado con una pérdida económica de 13.000 euros sobre el periodo que duró el estudio.

Con fines experimentales se han de iniciar las actuaciones en los servicios que tengan una mayor probabilidad de presentar fallos en sus citas. En el caso de que una misma gerencia gestione varios centros deberá estudiar el problema por separado y conjuntamente, pues los resultados pueden diferir. En este caso habrán de compararse los resultados de las

iniciativas tomadas y la evolución del absentismo por centro y de una manera global.

La juventud del Consorcio es una cualidad que permite la definición de unos protocolos de actuación en su Departamento de Gestión de Pacientes y de Documentación que luchen contra el problema naciente del absentismo desde la búsqueda de la eficiencia en la organización (inclusive para los centros que todavía no han entrado en funcionamiento, como el de Tarazona). Estos protocolos supondrán el aprovechamiento de esa ventaja competitiva que tiene la institución frente a otras más burocratizadas, y cuya flexibilidad ante propuestas de mejora organizativa es mucho más reducida.

Agradecimientos

Este proyecto se ha podido llevar a cabo gracias a Esperanza Aranda (Directora Gerente del CASAR), Pedro Luna (Director Asistencial del CASAR), Carlos Seco (Responsable de Documentación y Admisión del CASAR), José Manuel Cortés (Director Médico de Ejea), Asun Tejero (Administrativa de Documentación del Centro de Ejea), Miguel Moreno

(Jefe del Servicio de Documentación HUMS), Ana Broto (Jefa del Servicio de Admisión del Hospital Clínico Universitario), Manuel Aranda (Jefe del Servicio de Admisión del Hospital Obispo Polanco), Javier Callau Puente (Jefe del Servicio de Admisión del Hospital San Jorge), Marisa Vela (Responsable de Calidad del HUMS), Juan Ramón García Mata (Jefe del Servicio de Calidad del HUMS), Asun Aparicio (Responsable de Atención al Paciente del Centro Médico de Especialidades Ramón y Cajal), Fernando Romero (Responsable de Calidad Royo Villanova), Sonia Montaner (Médico responsable de Admisión Royo Villanova), Chema Abad (Jefe del Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad del Departamento de Salud y Consumo), Carlos Tellería (Jefe del Servicio de Informática del Departamento de Salud y Consumo), M^a Jesús Abad (Técnico del Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad del Departamento de Salud y Consumo), José María Turón (Responsable de calidad sector Alcañiz), Elena Navarro (Administrativa de formación del I+CS), Daniel Bordonaba (Técnico del I+CS) y Esteban de Manuel Kee- noy (Gerente del I+CS).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sañudo García S, González Hernández JM, Gamazo Chillón JC, Albillos Fernández ML, Gayubo Pérez P, De Uribe Ladrón de Cegama F. Pacientes que no acuden a consulta: características, repercusiones económicas y de gestión, y posibles soluciones. Soria: Actas del VII congreso de Economía Regional de Castilla y León; 2003.
2. Morera-Guitart J, Mas-Server MA, Más-Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados en la consulta de neurología de la Marina Alta. *Rev Neurol*. 2002;34(8):701-5.
3. Koshy E, Car J, Majeed A. Effectiveness of mobile-phone short message service (SMS) reminders for ophthalmology outpatient appointments: observational study. *BMC Ophthalmol*. 2008;8:9.
4. B.O.A. Orden del 5 de octubre del 2006 por la que se constituye el Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución.
5. Frankel E, Farrow A, West R. Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. *BMJ*. 1989;298:1343-5.
6. Gatrad AR. Comparison of Asian and English non-attenders at a hospital outpatient department. *Arch Dis Childhood*. 1997;77:423-6.
7. Miralles Martínez A, Díez Tejedor E. Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en la atención neurológica ambulatoria. *Neurología*. 2008;23(6):361-6.
8. Negro Álvarez JM, Campuzano López FJ, Bernal Fernández T, Pellicer F, Martos Calahorro MD, Martínez López R, et al. Incumplimiento de las citas concertadas en los pacientes de una consulta de alergología tras el segundo año de implantación de un ciclo de mejora. *Alergol Inmunol Clin*. 2004;19:195-204.
9. Orueta R, Gómez- Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandre G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *Medifam*. 2001;11:140-6.
10. Romero F, Broto A, Peinado R, Gutiérrez M, Fraj J. El recuerdo de cita y la concienciación del paciente ayudan a optimizar la actividad en consultas externas. 2007
11. Medécigo-Micete C, Constantino-Casas P, Rodríguez-Pacheco JL. Incumplimiento de la cita previa en el primer nivel. Motivos relacionados.

- Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007; 45(3):213-7.
- 12.** Killaspy H, Baerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry.* 2000;176:160-5.
- 13.** Fairhurst K, Sheikh A. Texting appointment reminders to repeated non-attenders in primary care: randomised controlled study. *Quality Safety Health Care.* 2008;17:373-6.
- 14.** Alastuey Jiménez F, Sancho Alfranca MP, Aparicio Clavería A, Sedano Gimeno M, Baranguan Badía MA, Vallespín Meseguer M, et al. Sector Sanitario Zaragoza II, HUMS, C.M.E. Ramón y Cajal, Grupo de Mejora de la Calidad. 2008.
- 15.** Downer SR, Meara JG, Da Costa AC. Use of SMS text messaging to improve outpatient attendance. *MJA.* 2005; 183:366-8.
- 16.** Negro Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Campuzano López FJ, Bernal Fernández T, Pellicer F, Murcia Vivancos MC, et al. Incumplimiento de las citas concertadas en pacientes de una consulta de Alergología. *Alergol Inmunol Clin.* 2002;17:295-302.
- 17.** Guía de gestión de consultas externas en atención especializada. Subdirección de Atención Especializada del INSALUD; 1999.

