

# Gestión de la Demanda en un CESFAM: Una Mirada desde la Práctica de un Médico Familiar

**Gloria Bozzo S.**  
Médico Familiar

## FAMILY MEDICINE HEALTH CENTRE MANAGEMENT: A FAMILY PHYSITIAN PRACTICE VIEW

*This article describes some practical tips to improve the organization and administration of the patient flow in a Family Medicine Health Centre based on international experience and the authors experience in primary care in Chile. It is an introduction to the subject, hoping that some of these ideas can be put into practice in the not too distant future.*

*Key words: administration, patient flow, primary care.*

Correspondencia a:  
Gloria Bozzo S.  
E-mail: gloriabozzo@tie.cl

Recibido: 21 de enero de 2007  
Aceptado: 12 de diciembre de 2007

### RESUMEN

El presente artículo intenta, desde la mirada de una médico familiar clínica, desarrollar algunas propuestas prácticas para mejorar la organización y gestión de la demanda en un CESFAM a partir de la experiencia internacional y la experiencia de la propia autora en el desarrollo de modelos de gestión para la APS chilena. En este artículo no se pretende agotar el tema, más bien introducirlo y, quizás en un futuro no muy lejano, aplicar algunas de las propuestas realizadas.

**Palabras clave:** Gestión, demanda, atención primaria.

### INTRODUCCIÓN

Nuestra APS viene arrastrando problemas estructurales desde hace décadas, problemas que no han sido totalmente resueltos por la Reforma y la creación de los CESFAM y que producen altera-

ciones importantes en la atención de salud de nuestros centros de salud.

El exceso de burocratización y la alta demanda de atención en nuestro sistema no le permiten al médico y al resto del equipo de salud destinar tiempo a captar y/o atender problemas de salud desconocidos (morbilidad desconocida) y asumir todas sus competencias (niños, mujeres, enfermos terminales, etc).

Algunos factores, como las dimensiones de los centros de salud, la proporción de profesionales de salud por población asignada, la distribución poblacional, el tipo de actividad asistencial, las habilidades del médico (relación médico-paciente), la composición del equipo de salud, la accesibilidad, el tipo de atención primaria, la motivación, la presión asistencial, el tiempo de consulta y el tipo de remuneración afectan de manera determinante la atención en un CESFAM.

Todo lo anterior, finalmente impacta en la población general que se atiende en las CESFAM y otros centros de salud de APS del país, porque no ve satisfechas sus demandas de atención en salud. A continuación, se presentan propuestas prácticas de organización y gestión de la demanda en un CESFAM a partir de la experiencia internacional y la expe-

riencia de la propia autora en el desarrollo de modelos de gestión para la APS chilena.

### PROPUESTAS PRÁCTICAS PARA MEJORAR LA DEMANDA ASISTENCIAL EN UN CESFAM

La realidad de nuestro sistema es que la empresa pública nos obliga a que no podamos elegir a nuestros compañeros, que trabajemos en centros de salud poco adecuados a las necesidades de los profesionales y de los pacientes, que los recursos sean limitados y que nos vengan dados, que los horarios sean fijos, que los objetivos muchas veces no sean puramente sanitarios y que el aumento de la demanda no necesariamente se traduzca en incremento de recursos.

### ¿Cuál es entonces el objetivo de organizar la atención en el CESFAM?

Básicamente, el de aplicar estrategias de manejo de la demanda asistencial para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, y tener una adecuada resolutivez y accesibilidad, dentro de un horario determinado y dedicando al

usuario un tiempo razonable y digno. Existen otros objetivos, no tan centrados en lo asistencial, que en este artículo no se discutirán por razones de espacio.

### Factores que influyen en la consulta médica (Tabla 1)

- **Tamaño del CESFAM:** El problema del tamaño del CESFAM tiene que ver con la comunicación y la transferencia de información entre sus integrantes necesaria para coordinarlos. Es óptimo equipos de cabecera de 6 miembros y difícil en más de 12<sup>5</sup>. Por otro lado, la satisfacción del usuario es mayor en equipos pequeños.
- En centros de salud con una mala comunicación entre sus miembros y una organización deficiente, la gestión particular de la consulta influirá más o menos en la presión asistencial, dependiendo del tamaño del centro<sup>6</sup>.
- **Población asignada:** El número de personas por médico familiar (población asignada) en Europa suele oscilar entre 1.000 y 2.000. En Noruega, por ejemplo, se propone como regla nemotécnica tener una población asignada de 300 pacientes por día de consulta (5 días, 1.500 pacientes), con un tiempo de consulta de 15 min.

Tabla 1. Factores que influyen en la consulta médica

Tamaño del CESFAM
Población asignada
Pirámide poblacional
Población asignada
Accesibilidad
Tipo de actividad asistencial
Aspectos relacionales médico-paciente
Composición del equipo de AP
Frecuencia, demanda y presión asistencial
Tiempo por consulta
Tipo de pago

- Otros autores dan como óptimo 1.750 pacientes y 10 min por consulta con una frecuencia de 3,5 consultas/paciente/año<sup>7</sup>. Sin embargo, no se ha demostrado una correlación entre el tamaño de la población asignada y la demanda asistencial. No así, en cambio, entre la estructura etaria del mismo y la frecuencia de consulta<sup>6,9,10</sup>.
- **Pirámide poblacional y población asignada:** La distribución de la población influye en la demanda clínica (mayor edad mayor morbilidad) y en la burocracia (mayor edad mayor repetición de medicación por enfermedades crónicas). La morbilidad de base y las características socioculturales y económicas también afectan la frecuencia de consulta<sup>6</sup>. Por ello idealmente la población asignada a un equipo de salud debiera ser una pequeña muestra de la pirámide poblacional del territorio de influencia del CESFAM. Ojalá fuera: menos de 15-20% de adultos mayores, más de 15-20% de menores de 14 años y el resto adultos. No siempre es posible tener la población ideal, pero debiéramos hacer esfuerzos para evitar situaciones "artificiales" al momento de asignar las poblaciones a los equipos de salud. El lema podría ser "Adaptar los equipos de salud a la población asignada".
- **Accesibilidad:** La accesibilidad, tanto horaria como geográfica, influye en la demanda clínica y la frecuencia de la consulta, éstas aumentan en la medida que aumenta la accesibilidad y por ello no nos debiera extrañar que el aumentar el número de médicos no solucione el problema de la sobreutilización del sistema<sup>6,10,11</sup>.
- **Tipo de actividad asistencial:** Una de las diferencias entre la atención primaria de la especializada es la mayor variedad de motivos de consulta y de posibles diagnósticos. Se afirma que el 50% de las consultas en AP incluyen al menos un 30% de diagnósticos. La mayor resolutivez de la

AP mantiene o incrementa la demanda (más procesos atendidos) a costa de disminuir la frecuencia de consulta a nivel primario y la demanda en otros niveles<sup>6,12,13</sup>.

- **Aspectos relacionales médico-paciente:** El 50-60% de la frecuencia de la consulta (frecuentación) es autoinducida por el médico<sup>6,14,15</sup>. Estudios realizados sobre esta materia nos señalan que algunas de las causas de este fenómeno son:
  - intereses del médico (pago por consulta), incentivos por objetivo
  - papel del médico (paternalista)
  - miedo a las demandas (medicina defensiva)
  - motivaciones trascendentes (altruismo, afán de servicio, consideración social, etc)
  - influencia de la industria farmacéutica
  - edad del médico (cuanto más joven más pruebas complementarias)
  - sexo (las mujeres realizan más visitas preventivas y psicosociales)
  - la formación del médico (el médico familiar utiliza menos recursos)
  - insatisfacción laboral (mayor utilización de pruebas, medicación y derivaciones a otros niveles)
  - déficit de recursos comunicacionales
  - modelo biomédico
- **Composición del equipo de atención primaria:** La distribución del personal influye en la organización del CESFAM y, por ende, en la consulta. Los equipos con escaso personal administrativo en un sistema muy burocratizado condicionan que los médicos acaben haciendo de administrativos (ineficiencia asignativa). Es frecuente que el médico como máximo responsable de la población asignada a él acabe subvencionando la carencia de personal y frente a las indefiniciones funcionales de estos, realizando actividades burocráticas y rutinarias que pudieran ser realizadas por personal administrativo o de enfermería.

## FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

- *Frecuencia, demanda y presión asistencial:* Frecuencia asistencial es el número de veces que acuden los pacientes a la consulta en un año. En Chile la tasa de consulta (otra manera de llamar al indicador) es de 2 consultas/año en población general (dentro del ideal que es entre 2 y 3). Sin embargo, existen países como España cuya tasa de consulta llega a 6 consultas por año. La demanda es la expresión de la necesidad de atención (número de episodios diferentes que atiende el médico y no el número de consultas que realiza). La presión asistencial sería el número de consultas que realiza el médico en un día<sup>16</sup>.
- *Tiempo por consulta:* El tiempo por visita o consulta está relacionado con el tipo de asistencia que recibe el paciente en AP. Un sistema burocratizado como en mucho de nuestros centros de salud de AP, donde el médico cumple la función de secretaria de la atención especializada, crea visitas frecuentes y rápidas en la repetición de medicación, licencias médicas o interconsultas. En Chile el promedio de tiempo por consulta médica es de 10 min, en Inglaterra es entre 8 y 10 min, en España 6,7 min (el más bajo de Europa según la European Commission, 2000<sup>19</sup>), en Alemania 7.6 min, en Suiza 15,6 min y en EEUU es entre 18 a 21 min<sup>7</sup>. Algunos autores como Borrell<sup>15</sup> consideran que el tiempo mínimo para una correcta entrevista sería de 7-8 min de promedio sólo para la anamnesis, sin englobar la exploración física. Se admite que si el médico utiliza más del 60% del tiempo total de la entrevista, en detrimento del tiempo de escucha, obtendrá escasa o poco relevante información, pudiendo llegar a un diagnóstico equivocado. Otros autores como Morell y Roland<sup>8</sup> señalan que 10 min es el tiempo mínimo para alcanzar un mínimo de calidad en la atención del paciente.

No cabe duda que las causas de la sensación de "falta de tiempo", son diversas y tienen que ver, en buena medida, con la gestión de la consulta clínica<sup>15,17,18</sup>.

- *Tipo de pago:* Cuando los profesionales o centros de salud/centros médicos reciben pago por acto no es de extrañar que aumenten su propio rendimiento, que se asocien o contraten más personal, que deriven a otros profesionales, con el objetivo siempre puesto en captar pacientes para así incrementar los ingresos. En el caso del personal independiente o centros de salud/centros médicos con cobro por capitación (actual sistema de financiamiento de los CESFAM), intentarán mantener un número constante de pacientes adscritos pero lo suficientemente sanos para que no consulten en exceso. De ahí que la estrategia sea mantener una buena relación con los pacientes sin incrementar la utilización del centro, fomentando los comportamientos saludables y el autocuidado. Sin embargo, como efecto negativo podría darse el caso de seleccionar las personas más sanas para constituir la población adscrita<sup>19</sup> (selección adversa). Esto último es uno de los defectos que se les atribuye a las ISAPRES que seleccionan sus afiliados, dejando al sector público la población con más riesgos y problemas de salud. Por otro lado, la fórmula que se utiliza para calcular el per-cápita, que es el principal instrumento de asignación de recursos en la salud primaria municipal chilena, no da cuenta de todas las variables involucradas en la atención de salud de las personas adscritas a los centros de salud municipales. Esto, finalmente, provoca en muchas comunas del país un déficit de recursos para salud, siendo más notorio en las comunas más pobres. Es por ello que diversos autores proponen la revisión de la fórmula del per-cápita para incor-

porar otras variables sociodemográficas y de salud en su cálculo y así dar cuenta de los cambios que nuestra población ha sufrido en los últimos decenios<sup>19</sup>.

En el caso de los salarios de los funcionarios de la APS en Chile, estos son independientes del número de pacientes que tengan adscritos al centro, de ahí que su ideal se encuentre en atender al mínimo de población posible y tener pocas consultas. Los incentivos tampoco están puestos para que el personal se motive en atender y mantener la población sana, salvo excepciones donde los equipos de salud están motivados por otros aspectos no monetarios. Este tema depende del Estatuto de Atención Primaria que actualmente rige en nuestro país.

Resumiendo, las situaciones que influyen mayormente en la gestión de la demanda asistencial en un CESFAM son: el tamaño del centro, características del personal (edad, capacitación en Salud Familiar, integración voluntaria o forzosa al CESFAM) y la motivación personal (incentivos monetarios y no monetarios). La motivación del personal por sí sola es capaz de mejorar la gestión de la consulta y la relación con el equipo por sector. Aunque la población adscrita por sector no es determinante sobre la presión asistencial, sí afecta la atención que recibe el paciente en el tiempo destinado para la consulta, por lo que es conveniente mantener poblaciones por médico inferiores a 2.000 personas. En Chile, por la estructura y organización actuales del sistema de salud, probablemente una cifra razonable sería alrededor de 3300 personas por cada 44 hrs médicas.

### Propuestas de mejoras

Como se ha dicho en reiteradas ocasiones, la APS, aparte de atender a las personas (perspectiva clínica), tiene una proyección más general, incluyendo a la

familia y comunidad. En este contexto el médico familiar y el equipo de salud de AP tienen la responsabilidad de maximizar sus esfuerzos para que estos se apliquen de la manera más equitativa y justa posible, con el fin de evitar la "ley de los cuidados inversos", vale decir "reciben más atención quienes menos la necesitan y viceversa"<sup>20</sup>. Ello hace que el médico familiar y el equipo no actúen de manera estática, sino que estén acomodándose continuamente a la demanda (epidemiología del momento). Por ejemplo, una epidemia de gripe hará que se prioricen las consultas espontáneas sobre las previamente establecidas, y que las consultas sean más rápidas.

A continuación se harán propuestas para tres niveles diferentes del sistema:

- MINSAL/Municipios
- Equipos de salud
- CESFAM

### Propuestas dependientes del MINSAL y municipios (Tabla 2)

En Chile, el sistema de salud público (dejamos, a propósito, fuera de esta propuesta al sistema privado) provee asistencia universal a todos los ciudadanos adscritos a este sistema, a través de una organización compleja, muchas veces desarticulada que determina una sa-

tisfacción usuaria baja (según diversas encuestas realizadas los últimos años<sup>21</sup>). Esto debido, entre otras causas, a defectos estructurales y organizacionales<sup>22</sup> que la Reforma de Salud está intentando cambiar y que influyen directamente en el clima organizacional de los CESFAM, en las consultas y en la percepción de los usuarios. Algunas propuestas son:

1. Autogestión de los CESFAM, eso significa que los CESFAM reciban directamente sus recursos y den cuenta del uso de ellos a quien(es) se los otorga(n) según acuerdos previamente establecidos y aceptados por ambas partes. Este modelo es utilizado en varios países europeos con buenos resultados;
2. Reducir el tamaño de los CESFAM (15.000 a 20.000 personas);
3. Corregir el cálculo de profesionales y no profesionales necesarios para la adecuada atención de la población;
4. Revisión de la fórmula de cálculo del per-cápita;
5. Retribuciones salariales de acuerdo a otros parámetros, además de la escala de sueldo fijada por el Estatuto de APS;
6. Generar coherencia en los objetivos, para evitar conflictos motivacionales entre incentivos económicos y aquellos trascendentes propios de los profesionales de la salud;
7. Mayor coordinación entre niveles para evitar que la APS sea la secretaria de la atención especializada;
8. Voluntad de eliminar "burocracia inútil" (repetición de recetas, interconsultas repetidas para un mismo caso) para gestionar la "burocracia necesaria" (registros, historia clínica);
9. Mejorar la comunicación entre niveles. Definir, regular y garantizar que la interconsulta a otro nivel no es una derivación;
10. Voluntad de formar a todo el personal de APS en Salud Familiar y reconocer al Médico Familiar como el especialista para la AP chilena.

### Propuestas dependientes de los equipos de salud:

Un 15-20% de las personas son responsables del 75-80% de las consultas en un centro de salud y un 25% no acude en todo el año<sup>6</sup>. Por ello es importante, desde la consulta, influir en los siguientes aspectos:

1. Educación sanitaria sobre molestias menores, automedicación responsable (Ej: manejo de la fiebre en niños).
2. Educación sobre qué hacer frente a la enfermedad (Ej: cuándo acudir al SU o esperar a tener una hora en el CESFAM).
3. Autorresponsabilización en el tratamiento de enfermedades crónicas (Ej: autocontrol de la glicemia en pacientes diabéticos).
4. Información al paciente sobre expectativas sobredimensionadas (Ej: chequeo de salud no incluye "exámenes de todo").
5. Información al paciente sobre aquellos aspectos somáticos cuya base es psicológica.
6. Información sobre el hecho que el paciente no siempre tiene razón, uso y no abuso del sistema.
7. Ayudar a contener la incertidumbre. Enseñar a los pacientes que una mayor utilización de exámenes no significa mayor salud. Todo examen practicado innecesariamente es peligroso: peligros de fijar diagnósticos (lumbalgia), sobrediagnóstico y iatrogenia<sup>10,11</sup> (en EEUU este problema está incrementando los costos de salud a niveles alarmantes y es la tercera causa de muerte en ese país<sup>23</sup>).

### Propuestas dependientes del CESFAM

El objetivo no es agotar todas las posibilidades, sino más bien entregar algunas ideas que puedan ser útiles a los equipos de salud al momento de organizar su trabajo en el CESFAM. Algunas de estas ideas ya están siendo implementadas en algunos centros de

**Tabla 2. Propuestas de mejoras dependientes del MINSAL y Municipios**

Autogestión de los CESFAM
Reducción de tamaño de los CESFAM
Corrección del cálculo del personal de los CESFAM
Revisión del cálculo per-cápita
Retribución salarial con otros parámetros
Coherencia en los objetivos sanitarios
Coordinación entre niveles
Eliminar "burocracia inútil"
Formación del personal en Salud Familiar
Reconocimiento del Médico Familiar como el especialista de la AP chilena

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

salud, pero como pilotos. Lo ideal es que sean aplicadas como parte de una estrategia global de organización del modelo de atención en los CESFAM.

**Servicio de admisión (conocido tradicionalmente como SOME)**

Lo primordial: Un servicio de admisión competente.

Objetivo: Gestionar las actividades administrativas de los pacientes (clientes externos) y de los profesionales (clientes internos) de la manera más eficaz y eficiente.

Funciones:

- + es la cara (imagen) del CESFAM
- + garantiza la accesibilidad a los servicios sanitarios
- + regula los contactos de los usuarios con el centro
- + canaliza las necesidades sanitarias de los usuarios
- + punto de información del CESFAM
- + lugar de recepción de las opiniones de los usuarios
- + sirve a las gestiones administrativas de los profesionales

Cómo: algunas ideas (Tabla 3)

- Dividir el servicio estructural y funcional de cara al público (lo que se conoce como front office) de la atención telefónica (back office) que debe ser suficiente, oculta del público y con sistema de manos libre
- Informatizar el CESFAM para tener un manejo más fluido de los datos de los pacientes, de las agendas de

**Tabla 3. Propuestas de mejoras para el servicio de admisión**

Dividir el servicio estructural y funcional
Informatizar el CESFAM
Reforzar con personal extra en las horas de mayor demanda asistencial
Sistema de control de exámenes solicitados a los pacientes
Organizar las agendas médicas en "unidades de tiempo"

los profesionales, de las citaciones para exámenes complementarios, de las consultas con especialistas (eso requiere un sistema de conexión con la red secundaria y terciaria disponible), entrega de recetas de crónicos (si se logra una informatización integral del centro)

- Reforzar con personal extra las horas de mayor demanda si todos médicos atienden a la misma hora. De no ser así evitar el inicio de las consultas médicas en forma simultánea.
- Organizar un sistema que permita saber en qué van los exámenes realizados a los pacientes, ya sea en el CESFAM o en el hospital para evitar que los pacientes acudan a citas innecesarias
- Dividir las agendas en "unidades de tiempo", por ejemplo de 10 min cada unidad, lo que permite asignar tiempos diferentes a los pacientes según el tipo de consulta. Esto implica necesariamente llegar a ciertos acuerdos como la duración de las distintas atenciones (morbilidad adulto/niños, salud mental, crónicos) y el manejo de los pacientes sin cita previa o retrasados. Idealmente el paciente debiera salir del CESFAM con su próxima cita ya concertada o con las indicaciones claras de cuando solicitar una nueva cita<sup>24</sup>.

Cómo: algunas ideas para gestionar la consulta médica (Tabla 4)

- Utilizar el teléfono:
  - + horario diario en el que el médico sea accesible telefónicamente

**Tabla 4. Propuestas de mejoras para la consulta médica**

Utilizar el teléfono
Sacar la burocracia fuera de la consulta
Controlar a los pacientes "hiperfrecuentadores"
Citar a todos los pacientes crónicos
Informar/educar a los usuarios

+ control programado de crónicos vía telefónica

+ comunicación de pruebas normales que no requieren revisita

- Sacar la burocracia fuera de la consulta:

+ delegar a admisión todo lo posible y razonable de los pacientes de la población a cargo

+ entregar recetas de crónicos para varios meses

- Controlar a los pacientes "hiperfrecuentadores": estos pacientes corresponden al 20% de la consulta por lo que todo lo que se haga con ellos (salvo "deshacerse" de ellos derivándolos) disminuirá la presión asistencial y mejorará el rendimiento del médico a cargo.

+ protegerlos de pruebas complementarias innecesarias

+ protegerlos de los especialistas

+ controlar la demanda con citaciones obligatorias (el médico pone el plazo no el paciente)

+ no cambiarles la hora

- Concertar citas/citar a todos los pacientes crónicos

- Utilizar la epidemiología:

+ adecuar la agenda (aprender a reestructurar la agenda cuando la realidad nos excede pasando pacientes "demorables" a días posteriores; asegurarse siempre de dejar espacios para citar diariamente; garantizar "espacios colchón" (sin cita) el lunes antes de iniciar la consulta (para imprevistos) y durante la mañana y la tarde de todos los días de la semana (para recuperar retrasos)

+ actuar sobre el tiempo dedicado (dedicar más horas cuando se incrementa la demanda en épocas de epidemia a expensas de actividades extraasistenciales; modificar el tiempo por consulta en diagnósticos presumibles (gripe)

- Informar/educar a los usuarios: si logramos tener una población a cargo informada y educada, por ejemplo, en automedicación responsable,

autorresponsabilidad en enfermedades crónicas, y manejamos las expectativas sobredimensionadas que muchas veces nosotros mismos creamos en la población, sin duda tendremos tiempo para hacer todo lo que corresponde hacer en y con nuestros pacientes.

**Equipo:**

Lo primordial: un equipo "afiatado".  
Objetivo: solucionar "todos" los problemas de la población a su cargo (población asignada).

**Funciones:**

- + atención de pacientes en el CESFAM o domicilio
- + control de pacientes crónicos
- + elaboración y seguimiento del diagnóstico de salud de la población asignada
- + todas aquellas funciones que se desprendan de los objetivos y metas propuestas anualmente.

**Cómo:** algunas ideas (Tabla 5)

- Es fundamental que exista un espacio temporal diario en que cada miembro del equipo si quiere pueda comunicar al resto los problemas que van surgiendo. Si tras estos contactos surge la necesidad de programar una reunión se deberá hacer con el tiempo suficiente para que todos estén enterados y no haya problemas con la atención de los pacientes. Existen diversas estrategias que se pueden aplicar para conseguir esto. Por ejemplo, dejar diariamente un espacio en la mañana y/o en la tarde para un "cafecito" donde los miembros

**Tabla 5. Propuestas de mejoras para el equipo**

Tiempo diario para compartir entre colegas
Evitar médicos dedicados a urgencias y pacientes sin citas

de los equipos se encuentren y puedan interactuar. Para evitar problemas con la atención estos momentos se pueden programar a horas distintas para cada equipo, pudiendo ser coordinados los horarios por el Director del CESFAM o la persona que se designe para esto. También puede ser, determinar una hora a la semana para un "petit comité" donde se haga un rápido repaso de los pacientes crónicos de la semana, de los pacientes bajo alguna terapia "especial", casos sociales, etc.

- Evitar tener un médico dedicado a las "urgencias" o atención de pacientes sin cita, porque esto impide que éste se implique en el control de su agenda, le resta tiempo para atender a su propia población y fomenta la existencia de listas de espera en la AP<sup>25-27</sup>.

**CONCLUSIONES**

Podríamos resumir lo expuesto con las siguientes recomendaciones:

**Macrogestión**

Disminuir el tamaño de los centros. Retribución caritativa y por objetivos. Incentivos a los equipos de salud con poblaciones asignadas. Corregir la burocracia estructural. Provisión de recursos según necesidades.

**Mesogestión**

Mejorar la comunicación entre niveles. Responsabilizar a "cada actor de su actuación". Aumentar la resolutiveidad de los CESFAM. Optimizar circuitos y agendas.

**Microgestión**

Adecuar la gestión de la consulta a los recursos del centro, el tamaño, el ambiente, la demanda...

Citación en la consulta.  
Sacar la burocracia de la consulta (crear circuitos).  
Compartir enfermos crónicos dentro del equipo.  
Educación del paciente en autocuidado y utilización del centro.

**REFERENCIAS**

- 1.- PRITCHARD P. Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
- 2.- GONZÁLEZ DAGNINO A. Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud. Atención Primaria SEMER, 1990.
- 3.- MARTÍN ZURRO A, RECASENS H, GARCÍA CARDONA F. Organización de las actividades en Atención Primaria. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF (eds). Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 1999 Harcourt Brace de España, cuarta edición.
- 4.- TORRES M, PÉREZ G, QUIROZ M, CONCHA M, SOLARI V, CANALES M. Brote familiar de E. Coli entero hemorrágica O-157 H: 7 con SHU, en Quilicura: enfoque epidemiológico. Rev Chil Med Fam 2006; 7 (1): 39-43.
- 5.- STOTT N C. William Pickles. When something is good, more of the same is not always better. Br J Gen Pract 1993; 43: 254-8.
- 6.- STARFIELD B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
- 7.- RUIZ R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC.Ed; 2004.
- 8.- MORELL DC, RONALD MO. How can good general practitioners care achieved? BNJ 1987; 294: 161-2.
- 9.- WILKIN D, METCALFE D H. List size and patient contact in general medical practice. BJM 1984; 289: 1501-5.
- 10.- BELLON SAAMEÑO J A. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Ges-



FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

- tión 1997; 3: 108-29.
- 11.- BELLON SAAMEÑO J A. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el profesional y la organización (II). C&P-Sesiones Clínicas 1998.
  - 12.- GARCÍA OLMOS L, GÉRVAS J, GARCÍA CALLEJAS A, et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. Aten Primaria 1997; 19: 469-76.
  - 13.- GARCÍA OLMOS L, GÉRVAS J, GARCÍA CALLEJAS A, et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (II): utilización. Aten Primaria 1997; 20: 87-9.
  - 14.- BELLON SAAMEÑO J A. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el profesional y la organización (II). C&P-Sesiones Clínicas 1998.
  - 15.- BORRELL Y CARRIÓ F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1989.
  - 16.- BELLON SAAMEÑO J A. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el profesional y la organización (I). C&P-Sesiones Clínicas 1998.
  - 17.- EUROPEAN COMISIÓN. European Communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Eurostat. Luxemburgo, 2000.
  - 18.- BELLÓN J A, MOLINA F, PANADERO A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas en atención primaria. Aten Primaria 1995; 15: 439-44.
  - 19.- VARGAS V, POBLETE S. Incrementar la equidad en Atención Primaria: revisión de la fórmula per-cápita. Rev Chil Med Fam 2006; 7 (2): 76-83.
  - 20.- HART J T. The inverse care law. Lancet 1971; 1: 405-12.
  - 21.- [http://www.lyd.com/noticias/encuesta\\_salud\\_mayo\\_04.ppt](http://www.lyd.com/noticias/encuesta_salud_mayo_04.ppt)
  - 22.- [http://www.cepchile.cl/dms/lang\\_1/doc\\_3136.html](http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_3136.html)
  - 23.- STARFIEL B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000; 284 (4): 483-5.
  - 24.- BORRELL F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria 2001; 27 (5): 343-5.
  - 25.- RUIZ A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto @p COM 2001. Barcelona.
  - 26.- RUIZ A. La organización de un equipo de atención primaria. Centro de Salud 1999; 592-606.
  - 27.- BORRELL F. Reuniones de coordinación del equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión 1995; 1: 7-13.