

Creación de nuevos cupos médicos como medida de gestión de la demanda en un centro de salud urbano

Creation of new physician posts as a management measure for the demand in a Cuban health center

M^a Isabel Orna Esteban,^I Luis Cardesa García,^I Carlos Isanta Pomar^{II}

^I Centro de Salud Torrero-La Paz de Zaragoza. España.

^{II} Centro de Salud "San José Centro de Zaragoza". España.

RESUMEN

Introducción: La medida de la creación en atención primaria de nuevos cupos médicos con pacientes provenientes de otros del centro de salud y con el objetivo de disminuir el volumen de pacientes asignados a cada médico, ve reducida su eficacia con el retorno de pacientes a su médico original.

Objetivo: Medir el fenómeno del retorno e identificar las variables discriminantes que influyen en el mismo y así como cuantificar su aporte.

Métodos: Estudio analítico observacional, realizado entre 2007 y 2012, en el Centro de Salud "San José Centro" en Zaragoza, que coincidió con la creación de dos nuevos cupos médicos, a los que se reasignaron de forma aleatoria pacientes procedentes del resto de cupos. Se registraron todos los pacientes que, siendo asignados a un cupo de nueva creación, volvieron por libre elección a su médico original, así como la fecha del retorno después de un seguimiento de un año. Los datos sociodemográficos de los pacientes fueron obtenidos del registro informatizado de tarjeta sanitaria. Con los datos recogidos se realizó un análisis bivalente y un análisis de regresión logística, con el programa SPSS-13.

Resultados: Retornaron a su médico original el 18,3 % (5,3 %- 32,7 %) de los pacientes en un año de seguimiento. Las características influyentes en el retorno han sido: ser mujer, horario de consulta de mañana, nacionalidad española, edad superior a los 45 años y más de seis visitas anuales. La variable profesional médico que atiende también se determina influyente y con efecto superior al del resto de variables explicativas.

Conclusiones: La creación de nuevos cupos a partir de pacientes provenientes de cupos ya existentes solo consigue, de forma parcial desde el punto de vista cuantitativo, el reparto de los pacientes, debido al retorno a sus cupos de origen de un porcentaje de estos pacientes que además presentan características asociadas a una mayor frecuentación.

Palabras clave: Organización servicios sanitarios; demanda; atención primaria.

ABSTRACT

Introduction: The measure of creating in primary healthcare new physician posts with patients from other physicians and with the aim of reducing the volume of patients assigned to each doctor proves a reduction in its effectiveness when the patients returns to their original physician.

Objective: To measure the phenomenon of return with respect to this measure and identify the discriminating variables that influence it and to quantify its contribution.

Methods: Observational analytical study carried out from 2007 to 2012, at San José Centro Health Center, Zaragoza, coinciding with the creation of two new medical posts, and for which patients from the rest of the post were randomly reassigned. After a one-year follow-up, all patients assigned to a newly created post and who returned by free choice to their original physician and at the same time, were registered. The sociodemographic data of the patients were obtained from the computerized registry of the health card. With the collected data, a bivariate analysis and a logistic regression analysis were performed with the SPSS-13 program.

Results: 18.3% (5.3% - 32.7%) of the patients returned to their original physician after a one-year follow-up. The influential characteristics for the return have been: being a woman, morning consultation schedule, Spanish nationality, age over 45, and more than six visits per year. The variable "medical professional at service" is also determined to be influential, and with an effect higher than the other explanatory variables.

Conclusions: The creation of new posts with patients from already existing posts only partially and quantitatively gets to be effective regarding the distribution of patients, due to the return to their posts of origin by a percentage of these patients who also present characteristics associated to a greater frequency.

Keywords: health service organization; demand; primary healthcare.

INTRODUCCIÓN

La presión asistencial es uno de los factores que más preocupan a los médicos de Atención Primaria, ya que incide sobre la calidad de los servicios sanitarios que prestan.¹⁻⁴ Desde que *Anderson y Newman*⁵ desarrollaran su modelo predictivo, es conocida la influencia de los factores género y edad en la utilización de los servicios sanitarios formando parte de los factores predisponentes, que junto con otros factores denominados de necesidad y los facilitadores o de accesibilidad completarían los determinantes en el uso de los servicios sanitarios por la parte de la población.

Una de las soluciones utilizadas por los gestores del Sistema Nacional de Salud para reducir la presión asistencial consiste en la creación de nuevos cupos médicos que permitan un reparto de pacientes de los otros cupos, que así verían reducido su número. Entre los profesionales de Atención Primaria, por una apreciación meramente intuitiva, se cree en la falta de efectividad de este método, por la posibilidad de los pacientes de volver al médico original, amparada por el decreto de libre elección de médico, recogida en la legislación española vigente (Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre), pudiendo incluso incidir negativamente, ya que se podría producir el retorno de los pacientes que más utilizan los servicios sanitarios, mientras que aquellos que no utilizan dichos servicios serían indiferentes a esta medida.

El objetivo del siguiente estudio consiste en evaluar la efectividad de la creación en Atención Primaria de nuevos cupos médicos con pacientes provenientes de otros cupos, analizando el porcentaje de pacientes que retornan al cupo origen, así como las características de estos pacientes.

MÉTODOS

El estudio se realizó en el centro de salud San José, centro de Zaragoza que atiende a una población de 16 802 habitantes mayores de 14 años. Hasta fecha 1 de mayo de 2007 el centro constaba de 8 consultas de medicina de familia en horario de mañanas (de 8 a 17 horas) y 2 en horario de tarde (de 13 a 20 horas). En el periodo comprendido entre el año 2000 al 2012 se han producido dos nuevas incorporaciones de profesionales médicos una en mayo de 2007 y otra en abril 2009, ambos en horario de tarde de 13 a 20 horas, cupos de nueva creación a los que se reasignaron pacientes, procedentes del resto de cupos, seleccionados de una manera aleatoria y teniendo en cuenta el número de pacientes mayores y menores de 65 años con la finalidad de igualar el número de dichos pacientes en todos los cupos. A los pacientes se les enviaba un escrito en el que se hacía constar que desde esa fecha sería atendido en la consulta del nuevo médico y que en el plazo de 3 meses no podría cambiar de cupo.

Los datos para el estudio fueron proporcionados por el servicio de tarjeta sanitaria de la dirección de atención primaria.

Se recogió la información relativa a los 2 618 pacientes reasignados a nuevos cupos, 1 656 pacientes de la reasignación del año 2007 y 962 pacientes de la del año 2009.

La variable principal del estudio es el retorno; determinada por el hecho de volver o no, por libre elección, a su médico anterior después de un seguimiento de un año.

Las variables estudiadas del paciente fueron: edad, sexo, nacionalidad (española o extranjera), y turno de horario (mañana o tarde), profesional médico de cabecera y número de visitas solicitadas a su médico de cabecera, en el año anterior a su reasignación.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y un análisis de asociaciones bivariantes de las variables independientes con la variable dependiente, mediante el estadístico chi-cuadrado, para identificar factores que podrían ser determinantes de forma individual con la decisión del retorno.

Para evaluar la influencia simultánea de las variables independientes sobre la variable dependiente retorno (vuelve o no a su médico anterior), se analizaron varios modelos de regresión logística. Para construir el modelo, se tomaron como candidatas a formar parte del mismo, las variables que presentaron una asociación significativa en el análisis bivariante. Se excluyó el horario médico de atención puesto que está directamente relacionado con la variable profesional médico y se prefirió mantener esta última puesto que aportaba mayor información. No se incluyeron en el modelo interacciones entre variables pues no se encontraron colinealidades relevantes.

Aplicando el método de inclusión de variables por pasos ('Forward Stepwise'), según el criterio de Wald, se obtuvo un primer modelo y posteriormente, se valoró significativo un segundo modelo incluyendo únicamente la variable profesional médico de cabecera anterior.

El análisis se realizó con el programa SPSS-13 facilitado por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Zaragoza.

RESULTADOS

En el año 2007, el número de pacientes asignados al cupo médico de nueva creación fue de 1.656 pacientes. El 18 % (300 pacientes) retornaron a su médico anterior frente al 82 % (1 356 pacientes) que permanecieron con el nuevo médico asignado. Este porcentaje varió de unos médicos a otros con un máximo del 34,4 % y un mínimo del 8,8 % ($p < 0,001$).

En el año 2009, el total de pacientes asignados al cupo médico nuevo fue de 962 pacientes. De ellos, 179 pacientes (18,6 %) retornó a su médico anterior, frente a 783 pacientes (81,4 %) que permaneció con el nuevo médico asignado. Este porcentaje varió de unos a otros con un máximo del 34,4 % y un mínimo del 8,8 % ($p < 0,001$).

En las dos reasignaciones (tabla 1) no se observaron diferencias significativas en el comportamiento del retorno ($p=0,75$), por lo que se han utilizado los dos episodios de reasignación de forma conjunta para el estudio, siendo 2 618 pacientes la suma de reasignados en las dos fases, de los que retornan el 18,3 % (479 pacientes).

Tabla 1. Pacientes en el estudio y etapas de reasignación

Etapas		Total pacientes	Vuelve		No vuelve		Chi-cuadrado	Sig.
			Casos	%	Casos	%		
Reasignación	Primera	1 656	300	18,1	1 356	81,9	0,07	0,75
	Segunda	962	179	18,6	783	81,4		
Total pacientes		2 618	479	18,3	2 139	81,7		

Análisis bivariante

A modo de resumen, las características influyentes de forma individual, con significación estadística y de forma positiva al hecho del retorno, son: ser mujer (Odds Ratio, OR=1,34), horario de mañana (OR=1,27), nacionalidad española (OR=4,60), edad superior a los 45 años y número de visitas anuales superior a 6 visitas (OR=2,7), ver tabla 2.

Tabla 2. Análisis bivariante de las variables dependientes

Variable dependiente	Categorías	Total pacientes	Vuelve		No vuelve		Análisis bivariante			Sig.
			Casos	%	Casos	%	OR	IC (95 %) inferior	IC (95 %) superior	
Sexo	Hombre	1 268	204	16,1	1 064	83,9	0,74	0,61	0,91	0,00
	Mujer	1 343	275	20,5	1 068	79,5	1,34	1,10	1,64	
Horario	Mañana	1 684	329	19,5	1 355	80,5	1,27	1,03	1,57	0,03
	Tarde	934	150	16,1	784	83,9	0,79	0,64	0,97	
Nacionalidad	Extranjera	457	25	5,5	432	94,5	0,22	0,14	0,33	0,00
	Española	2 161	454	21,0	1 707	79,0	4,60	3,03	6,97	
Médico	Profesional 1	224	73	32,6	151	67,4	2,37	1,76	3,19	0,000
	Profesional 2	284	93	32,7	191	67,3	2,46	1,87	3,22	0,000
	Profesional 3	224	18	8,0	206	92,0	0,37	0,22	0,60	0,000
	Profesional 4	281	15	5,3	266	94,7	0,23	0,13	0,39	0,000
	Profesional 5	257	45	17,5	212	82,5	0,94	0,67	1,32	0,731
	Profesional 6	130	20	15,4	110	84,6	0,80	0,49	1,31	0,378
	Profesional 7	217	39	18,0	178	82,0	0,98	0,68	1,40	0,897
	Profesional 8	193	23	11,9	170	88,1	0,58	0,37	0,91	0,017
	Profesional 9	155	18	11,6 %	137	88,4	0,57	0,35	0,94	0,026
	Profesional 10	490	110	22,4 %	380	77,6	1,38	1,09	1,75	0,008
	Profesional 11	163	25	15,3 %	138	84,7	0,80	0,52	1,24	0,313
Edad	<15 años	9	0	0,0	9	100,0	0,00	-	-	0,155
	15 - 44 años	1 413	151	10,7	1 262	89,3	0,32	0,26	0,40	0,000
	45 - 64 años	615	156	25,4	459	74,6	1,77	1,42	2,20	0,000
	65 - 79 años	406	123	30,3	283	69,7	2,27	1,78	2,88	0,000
	80 y más años	175	49	28,0	126	72,0	1,82	1,29	2,57	0,001
Visitas	Menos de 6	1 894	261	13,8	1 633	86,2	0,37	0,30	0,46	0,00
	6 y más visitas	724	218	30,1	506	69,9	2,70	2,19	3,31	
Días en volver	30 días	2 469	336	13,6	2 133	86,4				
	30-90 días	71	67	94,4	4	5,6				
	90-180 días	52	52	100,0	0	0,0				
	Más de 180 días	26	24	92,3	2	7,7 %				
Total pacientes		2 618	479	18,3	2 139	81,7				

La variable profesional médico también se determina influyente en el retorno (Chi-cuadrado = 134,972; 10 g.l.; p=0,000), aunque con signo variable dependiendo del médico de referencia (OR=0,23 hasta OR=2,46).

La media de visitas año es de 6,82 para los pacientes que retornaron y de 4,73 de los pacientes que permanecieron con el nuevo médico asignado con una diferencia de 2 visitas año (1,51 a 2,69) (p=0,000).

Al analizar los días que tardaron los pacientes en volver al cupo original, el 70,15 % de los pacientes que volvieron (479 pacientes) lo hicieron en los 30 primeros días (336 pacientes).

Regresión logística

A pesar de que con este análisis no se llegó a un modelo multivariante satisfactorio, sí que se obtienen valiosas conclusiones a partir de los dos modelos que se consideraron más relevantes ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Modelos de regresión logística

MODELO	Variables incluidas	Método	R ² de Nagelkerke	Prueba de Hosmer - Lemeshow	Especificidad	Sensibilidad	Ajuste global
Modelo 1	Sexo, nacionalidad, médico, grupo de edad y nº de visitas	Hacia delante: Wald. 5 pasos	0,548	0,058	99,7	1,0	81,6
Modelo 2	Médico	Introducir	0,506	0	92,9	15,2	78,7

El primer modelo, que incluye como variables dependientes: edad, sexo, nacionalidad y médico de cabecera anterior, no presenta un buen ajuste puesto que el coeficiente de determinación es bajo (0,548), se acepta la Prueba de bondad de ajuste de Hosmer - Lemeshow (sign. >0,5) y la clasificación correcta de los datos es muy desequilibrada, la especificidad es alta (99,7 %) pero la sensibilidad es muy reducida (1 %). El total de clasificaciones correctas es de un 81,6 %. Pero aunque no es un modelo suficiente, sí podemos aprobar los coeficientes estadísticos resultantes de la regresión que son significativos ([tabla 4](#)) y apoyan las conclusiones obtenidas en el análisis bivalente ([tabla 2](#)).

El sexo mujer, la nacionalidad española y el número de visitas mayor que 6, son características que aumentan la probabilidad de retornar al cupo original frente a otros valores en estas variables. Las variables médico y edad también resultan significativas, pero como son variables cualitativas con varias categorías, en regresión logística se tratan mediante variables ficticias, complicando la interpretación de los OR que se realiza en función de la primera categoría, en este caso el primer profesional médico y los menores de 15 años.

El segundo modelo de regresión logística evaluado sólo tiene como variable explicativa, la variable profesional médico, pero resulta en un ajuste mejor a los datos que el primer modelo, aunque sin llegar tampoco a ser bueno: el coeficiente de determinación es bajo (0,506), no pasa la Prueba de bondad de ajuste de Hosmer - Lemeshow (sign. <0,05). Lo importante de éste modelo es su simplicidad y la mejor clasificación de los datos, más equilibrada (aunque aún insuficiente), la especificidad es alta (92,9 %) y la sensibilidad (15 %) es mejor que la del primer modelo. El total de clasificaciones correctas resulta en un 78,7 %.

Finalizado el análisis por regresión logística, concluimos que no es posible dar con un modelo multivariante explicativo y/o predictivo aceptable y que el efecto de la variable profesional médico es superior al del resto de variables explicativas para revelar el comportamiento del paciente ante la opción de retorno.

Tabla 4. Modelo 1 de regresión logística

Variable dependiente	Categorías	OR ⁽¹⁾	IC (95 %) inferior	IC (95 %) superior	Sig.
Sexo	Hombre	-	-	-	0,03
	Mujer	1,26	1,02	1,56	
Nacionalidad	Extranjera	-	-	-	0,00
	Española	2,71	1,75	4,19	
Médico	Profesional 1	-	-	-	-
	Profesional 2	1,00	0,68	1,46	0,978
	Profesional 3	0,34	0,19	0,60	0,000
	Profesional 4	0,21	0,12	0,39	0,000
	Profesional 5	0,65	0,41	1,02	0,058
	Profesional 6	0,55	0,31	0,97	0,040
	Profesional 7	0,66	0,41	1,05	0,078
	Profesional 8	0,39	0,23	0,67	0,001
	Profesional 9	0,43	0,24	0,77	0,004
	Profesional 10	0,94	0,64	1,39	0,763
	Profesional 11	0,77	0,45	1,33	0,356
Edad	<15 años	-	-	-	-
	15 - 44 años	0,07	0,04	0,13	0,000
	45 - 64 años	0,14	0,08	0,25	0,000
	65 - 79 años	0,15	0,09	0,27	0,000
	80 y más años	0,12	0,06	0,22	0,000
Visitas	Menos de 6 visitas	-	-	-	0,00
	6 y más visitas	1,04	1,02	1,06	
(1) El OR tiene como referencia la primera categoría					

DISCUSIÓN

Según los resultados de nuestro estudio, hay características, como el hecho de ser mujer, tener nacionalidad extranjera, edad avanzada y frecuencia de visitas mayor que 6 visitas, que influyen positivamente en la probabilidad de retornar al cupo original frente a otros valores. El volver más mujeres al cupo médico original, coincide con los resultados de otro estudio.⁶ Las mujeres vivirían con mayor angustia su sintomatología, estando más pendientes de sus síntomas somáticos. Afirman tener peor salud mental y física, además de vivir y enfermar más que los hombres, lo que en definitiva les lleva a ser más utilizadoras de los servicios sanitarios.⁷⁻¹³

Los pacientes extranjeros presentan menos riesgo de regresar a su médico original quizás por falta de seguridad, movilidad aumentada y desconocimiento del sistema, que les lleva a que acepten mejor dicha medida.

Los pacientes de mayor edad vuelven más que los jóvenes, probablemente por tener más apego a su médico de cabecera, mayor fidelidad, al tener mayores expectativas y preferencias de continuidad personal obtenidas como resultado de su experiencia anterior, siendo especialmente importante para ellos una relación a largo plazo con un mismo médico de atención primaria.^{5,14} En nuestro estudio solo vuelven en mayor porcentaje los jóvenes cuando su médico original tiene horario de tarde ya que probablemente habían elegido ese horario por motivos laborales.

El porcentaje de pacientes retornados entre los diferentes médicos, según nuestros resultados, presenta una amplia variación, desde el 5,3 hasta el 32,7 %, que refleja la influencia de los factores personales del médico y la relación médico-paciente previa al cambio, que se desprende del modelo estadístico y que favorecerían el retorno del paciente al estar satisfecho o no con la misma.¹⁵⁻¹⁸

La diferencia entre la media de visitas al año, superior en los pacientes que retornan al médico original, nos hace pensar que los pacientes más frecuentadores, por ser más demandantes o por su patología de base y que generan más volumen de trabajo, son los que retornan precisamente, liberando, sólo de forma parcial, la presión asistencial esperada al profesional sanitario que podría anular el efecto de la medida tomada inicialmente para disminuirla.¹⁹ La permanencia de los pacientes más complejos en el cupo original, con disminución de la población total asignada, empeorarían los indicadores utilizados por las unidades de gestión, casi siempre de tipo cuantitativo, al preservarse los mismos numeradores, mientras que disminuirían los denominadores. Este extremo precisaría de un estudio adicional que valorara estos aspectos.

La mayor parte del retorno de los pacientes, se produce en los primeros 30 días, probablemente porque se trata de personas especialmente pendientes de su salud que reaccionan con prontitud ante el cambio de médico, procediendo a la rectificación de la medida.

La creación de nuevos cupos a partir de pacientes provenientes de cupos ya existentes solo consigue de forma parcial desde el punto de vista cuantitativo el reparto de los pacientes, debido al retorno de los pacientes, con características asociadas a una mayor frecuentación, a sus cupos de origen. Es decir, podemos tener menos pacientes pero muy utilizadores, con lo que los indicadores de la gestión clínica no solo no mejoran, sino que probablemente puedan empeorar. El retorno al su cupo original de los pacientes parece depender de forma más importante del médico original, y quizás de algún factor de la relación médico paciente relacionado con la satisfacción del paciente como reflejo de la calidad asistencial,¹⁴ que debería ser motivo de interés y estudio por las autoridades sanitarias pertinentes. No sólo son importantes los grandes números, sino que la viabilidad de un sistema de calidad se juega fundamentalmente entre los actores principales de la actividad asistencial.

En conclusión, mientras persista un sistema donde la igualdad en las retribuciones no venga acompañada de una igualdad de las tareas asistenciales, debería plantearse algunas medidas, o bien encaminadas a un mejor reparto de dichas tareas o bien a retribuir el plus de trabajo ocasionado por cupos más laboriosos. La regulación laboral de los centros de salud debería de contar con leyes que, sin menoscabo de los derechos de los pacientes permita organizar el trabajo de los mismos. Cupos sobresaturados nunca serán beneficiosos ni para los pacientes ni para los profesionales.

Debería investigarse de forma adecuada las diferencias de cada cupo y cuantificarlas adecuadamente para evitar diferencias importantes en las cargas de trabajo, aplicando medidas correctoras oportunas (reducción de la población asignada a cupos determinados, cambios organizativos en las consultas, inclusión de variables de morbilidad en los criterios de apertura y cierre de los cupos, redefinición del papel de enfermería, medidas informativas y educativas para la población, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;6:1-6.
2. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload and patient assessment of care. *Br J Gen Pract*. 2001;51:644-650.
3. Gurthrie B. Continuity in UK general practice a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor. *Fam Practice*. 2002;19:496-9.
4. Andersen R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q*. 1973;51:95-124.
5. Brugos Larunbe A, Guillén Grima F, Mallor Giménez F, Fernández Martínez de Alegría C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria*. 2003;32(32):23-9.
6. Artieda M, Iribarren MJ, Blesa M, Carrera P, Barrera E. Cambios de médico en la población adulta de un centro de salud urbano. *Aten Primaria*. 1997;19:343-50.
7. Redondo Sendino A, Guayar Castellón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*. 2006;6:155.
8. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an análisis of a community study of middle-aged and older australians. *Social Science and Medicine*. 2004;59:2121-9.
9. Shalev V, Chodick G, Heymann AD, Kokia E. Gender differences in healthcare utilization and medical indicators among patients with diabetes. *Public Health* 2005;119:45-49.
10. Yount KM, Agree EM, Rebellon C. Gender and use of health care among older adults in Egypt and Tunisia. *Social Science and Medicine*. 2004;59:2479-97.
11. Keene J, Li X. Age and gender differences in health service utilization. *Journal of Public Health*. 2005;27:74-9.

12. Kazanjian A, Morettin D, Cho R. Health care utilization by Canadian women. *BMC Women's Health*. 2004; 4(Suppl)1:S33.
13. Mold JW, Fryer GE, Roberts AM. When do older patients change primary care physicians? *JABFP*. 2004; 17: 453-60.
14. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*. 2001; 51: 712-8.
15. Martín-Fernández J, Cura González MI, Gómez Gascón T, Fernández López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*. 2012; 42: 196-203.
16. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients perspectives. *British Journal of Gen Practice*. 2009: 116-133.
17. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures and little data. *JGIM*. 2000; 15: 509-513.
18. Robles R, Gili M, Gelabert J, Lluïl M, Bestard F, Vicens C, et al. Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in Primary Care. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009; 37: 320-325.
19. Jani BD, Blane DN, Mercer SW. The role of empathic in therapy and the physician-patient relationship. *Forsch Komplementmed*. 2012; 19: 252-7.

Recibido: 2017-06-18.

Aprobado: 2017-09-15.

M^a Isabel Orna Esteban. Centro de Salud Torrero-La Paz de Zaragoza. España.
Dirección electrónica: isabel_orna@hotmail.com