

Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales

Juan Antonio Guerra de Hoyos^a e Isidoro A. de Anca Contreras^b

Antecedentes. Se conoce bastante del perfil de los hiperfrecuentadores (HF) y los costes de sus demandas, pero su opinión sobre los motivos de su conducta ha sido poco investigado.

Objetivos. Identificar las razones autopercebidas de la conducta de los HF.

Diseño. Análisis cualitativo de transcripciones registradas en vídeo de reuniones con grupos focales.

Emplazamiento. Dos centros de salud del Servicio Sanitario Público de Andalucía en Sevilla.

Participantes. Participaron 12 mujeres y 15 varones, 9 personas entre 45 y 65 años y 18 mayores de 65 años, con una media de 55 visitas al centro en el último año. Los grupos fueron realizados en Sevilla entre el 26 de noviembre y el 12 de diciembre de 2003.

Método. Análisis inductivo de las transcripciones de entrevistas de grupos focales.

Resultados. Las razones principales de los HF para acudir a atención primaria son la percepción de problemas (psicológicos, físicos) junto con la creencia de encontrar ayuda efectiva en los servicios sanitarios. Factores como la relación con los profesionales o la organización de los servicios se perciben como factores que predisponen dificultan o facilitan la utilización, y un apoyo familiar o social escaso se considera importante para buscar ayuda en atención primaria.

Conclusiones. Los servicios sanitarios deberían tener en cuenta estos motivos autopercebidos al diseñar e implementar sistemas de apoyo para utilizar la demanda de forma más racional y efectiva, basándose en nuevas tecnologías (información y consultas por internet y teléfono) y en la cooperación de otros profesionales (farmacéuticos, enfermeras).

Palabras clave: Hiperfrecuentadores. Necesidades y demanda de servicios sanitarios. Investigación cualitativa. Grupos focales.

MOTIVES THAT CONDITION USE OF THE HEALTH SERVICES BY OVER-USERS: STUDY WITH FOCUS GROUPS

Background. Much is known about the profile of over-users and the cost of their demands, but their personal views about the reasons for their behaviour have been little examined.

Aims. To identify the reasons over-users give for their behaviour.

Design. Qualitative analysis of transcriptions of video-recorded focus group meetings.

Setting. Two urban primary care clinics of the Andalusian Health Service in Seville, Spain.

Participants. Twelve women and 15 men; 9 between 45 and 65 years old and 18 over 65. Average of 55 attendances at the health centre (HC) during the previous year. Group meetings were held in Seville between November 26, 2003 and December 12, 2003.

Methods. Inductive analysis of focus group interview transcriptions.

Results. Most over-users attend their HC because of perception of problems (psychological, physical) and their belief that they will find effective help from the health services. Factors such as their relationships with health staff or organisation of care are perceived as barriers or facilitators of health service use. Low family and social support are perceived as important factors in seeking help in primary care.

Conclusions. Health services should bear in mind these motives of over-users, on designing and introducing support systems to manage demand more rationally and effectively. These systems could be based on new technology (internet and telephone information and consulting) and the cooperation of other professionals, such as pharmacists or nurses.

Key words: Over-users. Health service needs and demand. Qualitative research. Focus groups.

^aMedicina de Familia. Medicina Interna. Distrito de Atención Primaria Sevilla. Departamento de Medicina Basada en la Evidencia. Sevilla. España.

^bEnfermería. Ciencias de la Información. Unidad de Atención al Ciudadano. Distrito de Salud de Atención Primaria. Sevilla. España.

Correspondencia: J.A. Guerra. Calle de la María, 26. 41008 Sevilla. España. Correo electrónico: med010042@saludalia.com.

Manuscrito recibido el 30-7-2006. Manuscrito aceptado para su publicación el 5-11-2006.

Introducción

En las últimas décadas, en los países desarrollados la esperanza de vida se eleva a la vez que la utilización de servicios sanitarios. En la atención primaria (AP) en particular se observan incrementos del 17% (Encuesta Vasca de Salud, período 1992-1997) para un mismo número de habitantes^{1,2}, con problemas de coste, demoras en la cobertura de servicios, desencuentro entre oferta-expectativas, dudas sobre coste-efectividad, equidad, calidad de los servicios y alta presión asistencial (la de España es de las más altas de Europa)³⁻⁸. Algunos servicios públicos comienzan a abandonar el sistema de provisión basado en necesidades y recursos para aplicar un enfoque de «tratamiento de la demanda», en un intento de racionalizarla, identificar los tipos, los motivos y el abordaje más apropiados, incidir en los usuarios, los profesionales y la organización, con especial énfasis en proporcionar información real y equilibrada a los pacientes para conseguir su participación responsable, cambiar el marco social desde los derechos sanitarios a los compromisos compartidos (sobre qué se financia, quién, cómo y cuándo se utilizan los servicios) y una selección que escalone los cuidados con líneas de apoyo y la participación de enfermeras, farmacéuticos y médicos^{3,5,9-11}.

El crecimiento de la demanda se relaciona con múltiples factores, cuya influencia se explica por modelos centrados en las características del individuo¹² o en la interacción de redes sociales¹³. El modelo de Andersen¹², el más utilizado en los servicios sanitarios¹⁴, establece factores predisponentes, factores facilitadores o barreras y factores de necesidad de cuidados, que disparan la decisión de utilizar los cuidados sanitarios. Según algunos autores, las características de la población explicarían el 50% de las variaciones de utilización, y factores del profesional y la organización el otro 50%¹⁰. En cambio, otros autores atribuyen el 82% de la frecuentación a la edad y el estado de salud^{15,16}. Estas diferencias, unidas a variaciones de diseño y rigor metodológico en los estudios, hacen necesario conocer las características de cada población y de su sistema de provisión de servicios para diseñar estrategias de utilización de la demanda que garanticen su calidad y sostenibilidad¹⁷⁻²².

Los hiperfrecuentadores (HP) (definidos en algunos estudios como > 14 años y con más de 8 visitas/médico/año y en otros por un número de visitas superior a 2 desviaciones estándar de la media de frecuentación)¹⁵ son una parte importante de la demanda, ya que suponen el 12-21% de los pacientes de AP y causan el 46-50% de las consultas^{16,23,24}. En estudios cuantitativos se ha descrito los determinantes fundamentales de su conducta y un perfil de personas de edad media, predominio femenino y múltiples problemas de salud (físicos crónicos y de salud mental), mientras

que los factores del profesional o de la organización son factores favorecedores^{8,18,22,24-27}.

Encontramos pocos estudios con metodología cualitativa en nuestra población en los que se haya abordado la visión personal de los HF sobre sus percepciones, actitudes o conducta. Este diseño puede ayudar a comprender cómo piensan, sienten y actúan los HF al complementar la visión del profesional, el investigador y el sistema sanitario para orientar la organización de los cuidados^{28,29}.

Diseñamos una investigación con grupos focales para conocer los motivos, que según los propios HF, condicionan la utilización de consultas de AP, con el objetivo final de que dicho conocimiento ayude a organizar la demanda y la calidad de la asistencia a este grupo particular de pacientes.

Métodos

Tipo de diseño

Técnica de grupo focal (5 grupos) basada en las opiniones de los pacientes recogidas a través de la discusión en grupos pequeños.

Ámbito

Dos centros de salud de la ciudad de Sevilla, con un nivel socio-económico medio-bajo y una población cercana a 45.000 usuarios. Muestreo intencional no probabilístico.

Población

Se seleccionó e incluyó a varones y mujeres mayores de 45 años, sin limitación por tipo o características de la enfermedad, con 2 perfiles preestablecidos (basados en las variables descritas²⁵⁻²⁷) según la edad y la afiliación al Servicio Andaluz de Salud (SS-PA): a) varones y mujeres de 45-65 años, no pensionistas, y b) varones y mujeres > 65 años, pensionistas. Se conformaron 2 grupos por perfil y 4-12 participantes por grupo. Se añadió un quinto grupo para completar el perfil de > 65 porque sólo participaron 3 personas en uno de los grupos. Se realizaron sesiones de discusión de 1,5 horas, grabadas en vídeo, con un guión previo de preguntas relacionadas con las posibles causas de la conducta agrupadas en categorías.

Las reuniones fueron conducidas por un moderador con experiencia en conducción de grupos, no conocido previamente por los participantes, y se recogieron las impresiones de un observador durante y después de las reuniones. Se evitó comunicar las opiniones de los investigadores a los participantes, ya que se buscaba su participación e interrelación espontánea (tablas 1 y 2).

Variables

Las variables de segmentación fueron la edad y la filiación; no se incluyó el sexo, pero en la selección se buscó un número equilibrado de varones y mujeres.

TABLA 1
Características sociodemográficas y perfiles

Varones, n/total	15/27
N.º asistentes /total convocados	27/50
N.º visitas último año (media)	55
Perfil edad 45-65 años	9/27
Perfil edad > 65 años	18/27

Análisis e interpretación

La valoración de las transcripciones se llevó a cabo en 3 fases (básica, intermedia, global) mediante la identificación de fragmentos de texto relevantes, la confección de un listado de conceptos, categorías y tipologías, y el análisis de contenidos relevantes por grupos y categorías buscando similitudes y contrastes en cada transcripción y en el conjunto. Se realizaron una elaboración y una síntesis independientes (por el moderador y el observador) con posterior ordenación, puesta en común y elaboración del marco y la hipótesis, que se contrastaron con las transcripciones y fueron validadas por otra investigadora respecto al marco teórico del estudio y con una nueva búsqueda actualizada de estudios.

Resultados

Se obtuvo información de 5 grupos, realizados entre el 26 de noviembre y el 12 de diciembre de 2003, de los cuales 3 grupos eran de edad > 65 años y 2 de 45-65 años. En total había 27 personas (tabla 1) con 55 visitas (media) en el último año.

La información recogida se presenta en 4 bloques (tabla 2) que se corresponden con los del guión de la entrevista (presentación, 4 bloques de preguntas sobre determinantes de conducta y resumen final de motivos más importantes), las hipótesis y el marco explicativo.

Percepción de la enfermedad o problema

El motivo por el que se acude al centro de salud se valora siempre como importante; las enfermedades cardiovasculares son más importantes que otras (dolor o problemas psíquicos) que afectan a la calidad de vida, pero la gravedad relativa de los diferentes problemas influye poco en su conducta (tabla 3, categorías 1-4). La edad avanzada y los problemas crónicos/múltiples se consideran razones lógicas e importantes para acudir más veces al centro de salud (tabla 3, categorías 5-8). Tanto los problemas físicos como los psicológicos se valoran como aceptables y lógicos, aunque los profesionales puedan considerar estos últimos como poco justificados (tabla 3, categorías 9-14).

Organización de la atención sanitaria (tabla 3, categorías 15-23)

Los entrevistados se manifestaron contentos con la atención recibida (sobre todo con los profesionales) y señalaron aspectos mejorables (urgencias en el centro de salud, esperas, trámites de bajas laborales, medicación y atención especializada), pero opinaron que estos factores influyen poco en la decisión de acudir al centro de salud; asimismo, las dificultades de accesibilidad pueden influir poco en el número de consultas, aunque provocan incomodidades y una mejor organización aumentaría algo la asistencia al centro de salud, aunque se compensaría al simplificar los trámites. El nivel económico no se considera importante para acudir, aunque podría influir en la utilización de los servicios privados.

TABLA 2
Categorías y subcategorías

Percepción de la enfermedad	(1) Gravedad de la enfermedad o problema
	(2) Carácter agudo o crónico
	(4) Único o múltiple
	(5) Acceso al médico
Organización sanitaria	(6) Acceso a la enfermera
	(7) Gratuidad de la asistencia
	(8) Otras
Relación con el médico y la enfermera	(9) Confianza
	(10) Actitud
	(11) Otras
Personalidad, cultura y otros factores del paciente	(12) Relevancia atribuida según personalidad
	(13) Cultura
	(14) Apoyo de familia y amigos
	(15) Nivel económico
	(16) Confianza en los médicos y la medicina
	(17) Experiencias previas con el sistema sanitario

Relación con el médico y la enfermera (tabla 3, categorías 24-30)

Se considera muy importante la confianza con el médico/enfermera, superior a la relación con los especialistas, ya que produce comodidad y satisfacción pero sin una influencia importante para acudir. Si la confianza no es adecuada, simplemente, cambian de profesional.

Personalidad, cultura y otros recursos (tabla 3, categorías 31-40)

La personalidad, la cultura, las creencias (creer en la medicina, la religión) y la experiencia previa en el centro de salud influyen poco a la hora de acudir a éste, mientras que creer en la organización y tener buenas experiencias tienden a aumentar el contacto; en cambio, la falta de apoyo familiar o de amigos se considera como un factor importante para acudir al centro de salud.

Hipótesis explicativa

Los factores relacionados con la necesidad de cuidados (percepción de necesidad física o psíquica o de apoyo emocional, tipo y duración de la enfermedad) son valorados por los participantes como «fundamentales» para explicar/determinar su conducta, ya que consideran que son una amenaza grave (problemas cardiovasculares), o deterioran su calidad de vida (osteoarticulares) o sus interacciones sociales (problemas emocionales). A éstos se unen (necesarios pero no suficientes) factores facilitadores (conocimiento, accesibilidad a los servicios, experiencias previas, actuación y buena relación con los profesionales) y predisponentes (pensamientos sobre la salud, personalidad, nivel económico, edad, sexo, red social) para tomar la decisión de utilizar los servicios. Algunos de estos pueden

TABLA 3
Categorías y ejemplos ilustrativos

1. Percepción de la enfermedad	
1.1 Gravedad percibida	(1) «La importancia del problema influye, pero depende del tipo de persona, se viene más según la importancia que se le da» (2) «Es indiferente, vengo cuando hace falta, pero si es grave vienes más» (3) «Todo es relativo e importante, todo el que viene es por algo, la presión arterial es muy importante» (4) «Lo mío es muy importante, fractura de columna grave, dolor, lo más malo es la tumoración fibroquística y la epilepsia, en la boca tengo 5 operaciones, la fibrosis quística provoca mucho dolor» (5) «Los ancianos es normal que vengan más, por enfermedades, recetas, son crónicos...» (6) «Es normal que los crónicos seamos los que más venimos» (7) «Tengo una larga enfermedad que me hace venir por los controles, la presión, problemas de coagulación y por el tema de los medicamentos» (8) «Tengo varias cosas, úlcera, corazón...» (9) «Sí, hay gente que viene más de lo que debe..., se asusta, necesita charlar...» (10) «Depende de la mentalidad, por miedo se viene más al médico» (11) «Tengo problemas psíquicos, he sufrido malos tratos y sufro depresión» (12) «Mi problema es interno, necesito ayuda de la seguridad social y también apoyo psicológico, mi vida ha cambiado, aún soy joven y quiero trabajar» (13) «Hay gente que está mala y se queja mucho, es por sugestión» (14) «Venimos al médico por sensatez, en definitiva, tenemos más preocupación sanitaria que los demás»
2. La organización sanitaria	(15) «Si muchas veces no vengo por lo que tarda» (16) «Debe haber menos burocracia, se viene sobre todo por medicación, es un rollo...» (17) «Depende de la enfermedad, aunque con otra organización vendría menos...» (18) «Se tiene que venir más por el sistema de recetas que hay» (19) «Si es más fácil venir, se viene más» (20) «Las urgencias son un coladero, los usuarios no podemos saber si vienen de verdad o no...» (21) «El que sea gratis y fácil de venir, algo influye» (22) «Con más dinero vendría más, hay más vicios, problemas mentales, más depresiones...» (23) «No, vendría menos con más dinero, acudiría al de pago»
3. La relación con el médico y la enfermera	(24) «Si hay que venir se viene» (25) «Si es malaje se viene menos» (26) «Con el pasante no vengo» (27) «No, se viene igual» (28) «Venir se viene igual, con más o menos ganas» (29) «Si es agradable se viene más» (30) «No se viene más, pero sí más tranquilo»
4. Personalidad, cultura apoyo social y otros factores del paciente	(31) «Quien se apoya en la familia viene menos» (32) «Si no tienes apoyo familiar te apoyas en el médico de familia» (33) «Se viene más estando solo» (34) «Hoy día la medicina hace milagros, es eficaz, el médico arregla los problemas» (35) «El seguro es bueno y tiene muchos recursos, hay mucha tecnología, internet...» (36) «Sin fe no se viene al médico» (37) «Confío o no según las medicinas que me manden» (38) «Si me va bien repito» (39) «Aunque haya mala experiencia hay que ir» (40) «Yo por miedo no voy al oftalmólogo» (41) «Como va no influye en que venga más o menos»

actuar como facilitadores/barreras para la decisión de utilización y para mantenerla.

Discusión

En opinión de los HP, el motivo fundamental de su conducta es su necesidad percibida junto con la expectativa de

una respuesta eficaz, en concordancia con el modelo de Andersen¹². Así, actuaciones dirigidas a estos factores podrían ser más efectivas para la demanda que actuaciones sobre factores poco modificables (edad, enfermedades crónicas) o factores de organización (accesibilidad, trámites burocráticos) y del profesional.

En los estudios con entrevistas semiestructuradas de Neal et al²⁹ y Hogdson et al³⁰ se valoran como factores funda-

Lo conocido sobre el tema

- El desajuste entre oferta y demanda es uno de los mayores problemas que enfrentan los servicios sanitarios.
- La demanda generada por los pacientes hiperfrecuentadores supone una parte muy importante de dicho problema.
- Racionalizar la demanda supone actuar sobre el paciente, los profesionales o la propia organización de cuidados sanitarios.

Qué aporta este estudio

- Es el primer estudio empírico, en nuestro contexto, que analiza las opiniones de los pacientes hiperfrecuentadores sobre su propia conducta.
- Actuaciones dirigidas a factores considerados fundamentales por los pacientes, como la percepción de la enfermedad y las expectativas de ayuda, podrían ser más efectivas para racionalizar la demanda que las actuaciones sobre factores poco modificables (edad, enfermedades crónicas) o sobre factores de la organización, como accesibilidad y trámites burocráticos.

mentales la necesidad percibida, las expectativas, la red de apoyo y los aspectos psicológicos, mientras que la accesibilidad y la relación con el profesional modulan la conducta de forma importante. Nuestro estudio difiere en que se concede menor influencia a la accesibilidad y la relación con el profesional. Los HF manifestaron estar muy satisfechos con la atención, lo cual puede haber actuado como un facilitador importante pese a ser valorado escasamente por los HF.

No segmentar por sexos o situación laboral y no haber realizado grupos con personas de baja frecuentación puede limitar la generalización de las opiniones de las personas que participaron en nuestro estudio (centros de salud urbanos, nivel socioeconómico medio-bajo, demanda alta), pero las condiciones de realización del estudio (pocos investigadores, sin financiación específica) nos han impedido ser más ambiciosos en el número de grupos incluidos. Además, nuestro objetivo se centraba en los HF como parte importante de la demanda y no en la población general que demanda los servicios. Reproducir el estudio en pacientes con niveles socioeconómicos altos, personas con baja utilización, profesionales y gestores sanitarios completaría la información sobre la demanda de servicios sanitarios.

A la luz de lo anterior concluimos que, en opinión de los HF, los determinantes principales de su conducta son sus expectativas y necesidades percibidas, y los factores moderadores, los aspectos organizativos y del profesional.

Agradecimientos

Queremos agradecer la ayuda de Dolores Alguacil Herrero, directora del DAP Sevilla, por su autorización y apoyo a la realización del estudio; de Ramón Fernández e Inmaculada Partido, por la grabación de las reuniones, y de las direcciones y unidades de Atención al Ciudadano de los centros de salud Candelaria y Pumarejo de Sevilla por su participación, así como a los pacientes y colaboradores que han participado desinteresadamente en el proyecto.

Bibliografía

1. Simo Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicencia europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
2. Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry*. 2002;180:248-53.
3. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004;33:69-77.
4. Ruiz A. La presión asistencial. *Aten Primaria*. 2004;33:145-8.
5. Bellon J. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293-8.
6. García Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2004;14:42-5.
7. Vedsted P, Sorensen HT, Nielsen JN, Olesen F. The association between daytime attendance and out-of-hours frequent attendance among adult patients in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51:121-4.
8. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med*. 2003;41:309-18.
9. Coiera E. Four rules for the reinvention of health care. *BMJ*. 2004;328:1197-9.
10. Brugos A, Guillen M, Giménez C, Fernández F. 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;32:23-9.
11. Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract*. 2002;19:251-6.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1-10.
13. Pescosolido B. Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *Am J Sociol*. 1992;97:1096-138.
14. Stiffman AR, Striley C, Horvath VE, Hadley-Ives E, Polgar M, Elze D, et al. Organizational context and provider perception as determinants of mental health service use. *J Behav Health Serv Res*. 2001;28:188-204.

15. Arnal JM, Amarin MJ, Castanc Y. Análisis cartográfico de la utilización de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón. Cuadernos de Gestión. 2001;7:73-84.
16. Reid S, Crayford T, Patel A, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. Psychol Med. 2003;33:519-24.
17. Kapur N, Macfarlane G, Creed F. Frequent attenders in general practice. Br J Gen Pract. 2001;51:756-7.
18. Bergh H, Marklund B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2003;21:171-7.
19. Vedsted P, Christensen MB, Sorensen HT, Fink P, Olesen F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? J Public Health Med. 2002;24:53-7.
20. Bellon JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psychol Med. 1999;29:1347-57.
21. Dowrick CF. Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. Br J Gen Pract. 2003;50:361-5.
22. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit. 2003;17:412-9.
23. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. Br J Gen Pract. 1998;48:895-8.
24. Ortega Tallon MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM, Ortega MA. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Aten Primaria. 2004;33:78-85.
25. Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF. A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. J Fam Pract. 2001;50:847-52.
26. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care: a cohort study. Psychol Med. 2004;34:719-28.
27. Mancera J, Muñoz F, Paniagua F, Fernández C, Fernández ML, Blanca FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Aten Primaria. 2001;27:658-62.
28. Mays N. Qualitative research: observational methods in health care settings. Pope C, editor. BMJ. 2004;3:182-4.
29. Neal RD, Heywood PL, Morley S. 'I always seem to be there': a qualitative study of frequent attenders. Br J Gen Pract. 2000;50:716-23.
30. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Ann Family Med. 2005;3:318-23.