



**Viernes 10 de febrero de 2012**

**Taller:  
Aprendiendo a gestionar mejor  
la consulta**

**Ponentes/monitores:**

- **Rafael Jiménez Alés**  
CS La Roda. Servicio Andaluz de Salud. Area  
Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.
- **Francisco Javier Navarro Quesada**  
CS Lucano. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba.

Textos disponibles en  
**[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. Aprendiendo a gestionar mejor la consulta. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 293-300.

## **Aprendiendo a gestionar mejor la consulta**

**Rafael Jiménez Alés**

CS La Roda. Servicio Andaluz de Salud.  
Area Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.  
[alesmismo@gmail.com](mailto:alesmismo@gmail.com)

**Francisco Javier Navarro Quesada**

CS Lucano. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba.

*“No nos atrevemos a muchas cosas porque son difíciles,  
pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas”.*

LUCIO ANNEO SÉNECA (4 a.C - 65 d.C.); filósofo latino.

### **RESUMEN**

En los últimos años estamos asistiendo a un inquietante cambio en las condiciones en las que los pediatras de Atención Primaria (PAP) desarrollan su trabajo y en los problemas extra clínicos que les dificultan llevar a cabo con calidad su labor asistencial diaria.

La utilización desorganizada y a veces caótica de los servicios sanitarios, la “pediatra-dependencia” inducida por otros y la auto-inducida, la absurda carga burocrática, las relaciones disarmónicas con otros niveles asistenciales y otras Consejerías, se están convirtiendo en uno de los principales problemas a los que debe enfrentarse el pediatra. Estas situaciones, repercuten enormemente en la calidad de la atención clínica que damos a nuestros pacientes. Perder el tiempo en resolver problemas tales como una revisión inducida por otros de una patología banal; explicar la diferencia al responsable de turno de la Unidad de Atención al Ciudadano o al usuario despistado, entre un paciente citado, una urgencia y un sin cita; hacer una receta de un producto que no prescribimos nosotros; redactar un informe de una reclamación, y atender el aluvión de “certificoides” e “injustificables” que nos solicitan, hace que eche-

mos en falta tiempo para controlar pacientes que de verdad lo necesitan.

El taller tiene por objeto la toma de conciencia de que, todos estos problemas anteriormente mencionados, y son muchos más, pueden ser resueltos o paliados desde la **micro organización (MO)** de la consulta. Entrar en el mundo de la MO es realmente un problema del y para el profesional que se encuentra día tras día al frente de una consulta de Atención Primaria y, como problema suyo, potenciado seguramente por la mala organización de la macro organización, es él quien debe enfrentarlo, puesto que ni los administrativos, ni los directores, ni los gestores, ni sindicatos, consideran que es misión suya adentrarse en la vida privada de cada micro cosmos que es la consulta de cada profesional.

Nuestra máxima: *“ Hazlo tu mismo, pues nadie lo hará por tí “*

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

### **La labor asistencial del PAP. Competencias. Fortalezas y debilidades del modelo organizativo actual. Amenazas contra la Pediatría de Atención Primaria**

Años atrás el PAP sabía muy bien que formaba parte de la moderna Pediatría Primaria Pública, que una de sus misiones era desarrollar una atención eminentemente preventiva, basada en la evidencia científica, manejando datos epidemiológicos colectivos, gestionando de forma priorizada los recursos escasos y participando en la docencia e investigación. Es lo que debería haber sido: una visión integral de la salud, un auténtico Pediatra de Familia<sup>1,2</sup>. Nos intentaron inculcar el modelo de trabajo en equipo, a resolver el mayor número de problemas con un número escaso de recursos y a convertirnos en el referente pediátrico de la comunidad<sup>1,2</sup>. Sin embargo en los últimos años estamos asistiendo a un desmantelamiento progresivo de la Pediatría de Atención Primaria, muy evidente en las zonas rurales. La miopía organizativa de la administración nos ha conducido a una situación delicada, generando grandes desigualdades en la atención

según las zonas tal como se señalaba en el Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía<sup>3</sup> o en el Plan Estratégico de la Asociación Española de Pediatría (AEP)/ Propuestas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)<sup>4</sup>. El modelo de Unidades de Gestión Clínica en vez de generar estrategias comunes en el equipo de salud ha propiciado aún más, que los PAP sean absorbidos prácticamente por la macro-organización y que se hayan convertido en auténticos **quita-niños**: los niños incordian, molestan e impiden que el equipo funcione bien. Sólo por este motivo y no otros, el PAP es deseado en el Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP). La de pediatra sigue siendo una de las profesiones más demandadas aún en el entorno de crisis actual; aún así, la desmotivación, las escasas expectativas de proyección profesional y la asfíxia laboral muchas veces originada por problemas ajenos al ejercicio de la propia pediatría clínica, han conseguido que el PAP sea una pieza codiciada pero difícil de encontrar. Mucho se ha escrito sobre el modelo de atención a la infancia en los últimos años y muchas dudas han surgido sobre la viabilidad o no de esta estructura asistencial que se mantiene de momento<sup>3,6</sup>.

Ante este gigantesco macrouniverso con su agujero negro que todo lo engulle, existe una manera de sobrevivir: cultivar y potenciar el llamado *microuniverso* de la consulta, la *micro-organización* del microcosmos asistencial que es la consulta de cada profesional, haciendo de *puertas hacia adentro, un califato independiente*.

### **Concepto de micro organización. Del macro universo al micro universo. De la macro a la micro organización.**

Antes de adentrarnos en este mundo de la MO, conviene saber qué es, qué no es, qué pretende y qué no pretende:

La MO es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta y que debería, en su mayoría, llevar a cabo la empresa. Estas actuaciones atienden la normativa legal vigente y buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que cada profesional asuma su labor sin interferencias de otros profesionales de la empresa o ajenos a la misma. Se ocupa

de esas "pequeñas cosas" de las que la macro gestión se olvida, pero que son imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema. No es sólo antiburocracia. La MO entraña una actitud proactiva, esto es, llevar a cabo una iniciativa responsable que fundamentalmente prevenga y, cuando no sea posible, resuelva o palie los problemas del día a día con los que otros nos sobrecargan o que nosotros mismos generamos con actitudes que inducen a la pediatra-dependencia<sup>7</sup>, tanto de la familia, como de otros profesionales del ámbito de la sanidad o ajenos a ella. La MO busca deshacerse de la falacia de control<sup>8</sup>, tanto por exceso (todo tengo que hacerlo yo), como por defecto (ante esto nada puedo hacer), así como disminuir el cociente de frustración<sup>9</sup> tanto del profesional como del usuario, adecuando las expectativas de ambos.

La MO no es un intento de consensuar actuaciones, ni pretende ser una revolución general. No es algo que pueda imponerse ni una solución universal. Tampoco es un pañuelo donde secarse las lágrimas ni una guerra contra todos los demás. Por tanto, la MO no busca convencer a nadie ni impone soluciones. No busca solucionar los problemas de la empresa, ni tan siquiera los de un centro. Tampoco busca hacer amigos... ni enemigos. Ni busca efectos sinérgicos, aunque los tiene y muy potentes (figura 1).

Lo que sí busca es que el profesional se sitúe y haga valer dentro y fuera de la empresa y entre los demás profesionales de la empresa, mejorar las condiciones laborales propias, generar respeto hacia uno mismo y por parte de los demás, rentabilizar el tiempo, mejorar el desempeño profesional y responsabilizar a cada cual de sus funciones propias: familias, profesionales de la propia empresa y de otras, que de una u otra forma, tienen relación con nuestra labor: "que cada palo aguante su vela". Pero lo que sobre todo pretende, es elevar la AUTOESTIMA.

Hemos podido comprobar cómo muchas sociedades científicas, tanto del ámbito de la Medicina de Familia como de la Pediatría de Atención Primaria, han hecho propuestas y manifiestos sobre cuales serían los mínimos que debería cumplir una consulta de calidad en Atención Primaria<sup>10</sup>. Estos documentos hacen referencia por ejemplo a cuáles deberían ser los cupos máximos en pediatría, los tiempos mínimos de atención por paciente, la adecuación de los programas de salud infantil a la realidad asistencial actual, etc... La MO de la consulta pone encima de la mesa estas propuestas, pero va más allá: parte desde estos conceptos de macrogestión a la acción directa a nivel local, es decir, está muy bien que se diga que el cupo máximo en pediatría debería ser de 1000, pero, si yo tengo 1340 ¿qué hago para que desdoble mi

**Figura 1.** Desde la micro a la macroorganización. Evolución de los profesionales y la Administración<sup>1</sup>.



**Tabla 1.** La Carteras de servicios. ¿Qué debemos estar haciendo?

Sí	No
Certificado de enfermedad	"Certificoides" de salud
Justificante de asistencia para trabajo de los padres	"Injustificables" de asistencia para colegios
Hacer nuevas recetas	Hacer otras recetas (pediatra amanuense)
Hacer nuestras derivaciones	Derivar revisiones (pediatra amanuense)
Solicitar espirometrías	Hacer espirometrías
Solicitar test diagnósticos	Hacer test diagnósticos
Ordenar nuestra consulta	Dejar que otro ordene nuestra consulta
Criticar el mal funcionamiento	Sufrir el mal funcionamiento
Visitas a domicilio con indicación	Visitas a domicilio a petición
Atender urgencias ante ausencia DCCU	Suplir el DCCU en su presencia
Atender primero a los citados: "esperoterapia a pseudourgencias"	Atender primero a pseudourgencias
Proponer mejoras	"Virgensita" que me quede como estoy
Hacer programada a hiperfrecuentadores	Ver a salto de mata a hiperfrecuentadores
Ver a salto de mata a hipofrecuentadores con problemas importantes que dudemos vayan a volver	Citar en programada a riesgo de que no vuelvan
Delegar en enfermería (niño sano, seguimiento obesidad, hipertensión, controles constantes TDAH, items observación CHAT)	Acaparar todo para eso tenemos más años de carrera y con un fonendo y dos palabras lo solucionamos todo
Delegar en administrativo (obtención de citas, buzón de demanda administrativa –recepción de informes, recogida de analítica para especialistas, renovación de recetas–)	Llevarse la tarea administrativa a la consulta
Consulta telefónica y por e-mail	latrogenia exploratoria y "poyaquismo"
Web 2.0/tabla de anuncios de corcho	Mantener en la ignorancia
Defender al menor	Arrinconar al menor
Informar a la familiar para que sea quien decida	Paternalismo. Pediatra-dependencia
Asesorar a la familia sobre la información que debe obtener de otros profesionales	Suplantar a otros profesionales dando nuestra "versión" de la información
Asesorar sobre derechos y deberes	Evitar estos temas
Ofrecerse para dictar hojas de reclamaciones, asesorar sobre legislación y lugar idóneo de presentación	Decir "reclame usted"
Confecionar nuestra agenda (base de gestión de la demanda)	Acatar sin rechistar una agenda hecha por y para otro
Revisar material fungible, medios diagnósticos y terapéuticos y solicitar lo que falte	No pedir nada, no sea que tengamos que usar
Solicitar formación en las áreas que consideremos prioritarias	No formarse
Investigar	Quejarse del compañero que investiga
Docencia	Quejarse del compañero docente
Implicarse en la gestión	Quejarse amargamente del director
Hablar, negociar, escribir con registro de entrada si es necesario	Quejarse amargamente del director
Salir "de paseo" (al cole, al insti, a la guardie, al ayuntamiento, a la asociación de vecinos) solicitando permiso para ello	Quedarse en la consulta que está climatizada

DCCU: Dispositivo del Cuidados Críticos y Urgencias

cupo? ¿O cómo lo gestiono si a pesar de todo no lo desdoblamos? La MO propone pasar de lo escrito a la acción verdadera y dota de armas de todo tipo al interesado<sup>11-13</sup>, al propio profesional afectado, para que nazca en él la idea de "si no lo hago yo, nadie lo hará por mí". La MO utiliza además un arma muy poderosa pero muy poco valorada: el cliente. El cliente es nuestro amigo. El paciente se convierte en un mecanismo de transmisión altamente eficaz a la hora de promover nuestras reivindicaciones. El fin: organizar nuestro microuniverso e intentar cada día estar más satisfechos con nuestra labor. El enemigo para el cambio: nosotros mismos. Nos hemos acomodado, solamente nos quejamos y no hacemos nada mínimamente atrevido o eficaz para cambiar la situación, esperando que compañeros, sindicatos o asociaciones nos resuelvan la papeleta. Adoptamos una cartera de servicios que, más que impuesta por la administración sanitaria, es heredada del anterior profesional o, en el peor de los casos, dejamos que la diseñen los propios usuarios en conjunción con otras administraciones, entidades privadas y el resto de compañeros, convirtiéndonos en amanuenses al servicio de los demás. Y lo hacemos, a pesar de reconocer que esta cartera es absurda, y dejamos de lado la que, todos reconocemos, deberíamos llevar a cabo (tabla 1).

¿Qué problemas tiene el PAP que no sean los estrictamente clínicos? Pues muchos y variados, a veces no reconocidos u olvidados o endosados a la administración como responsable de los mismos. En éste se centra precisamente la MO de la consulta: externaliza los problemas cuando así lo cree necesario, haciendo que *cada palo aguante su vela*, al tiempo que diseña estrategias particulares buscando el beneficio propio y el de su *amigo*, el cliente. Son un ejemplo de problemas no clínicos que abordaría la MO:

1. **La hiperdemanda y mala utilización de los servicios sanitarios.** Generalmente, como cualquier trabajador, el pediatra se queja constantemente de la gran demanda que debe afrontar todos los días y sobre todo se queja de un tipo de demanda: la que consideramos inmotivada, bien porque podría solucionarla otro profesional en cuyo área de competencias está incluido ese tipo de demanda, o bien porque se trata de algo completamente banal que no sería motivo de consulta en un sistema en el que el mal uso estuviese penalizado, o bien porque ha llegado a nosotros en el día y el momento menos adecuado por el mal funcionamiento de los servicios que gestionan la cita previa que no están diseñados para discernir entre lo urgente y lo demorable, entre lo importante y lo banal.
2. **La falacia de control.**- Tiene dos vertientes:
  - La falacia de control **por exceso**, podría definirse de forma resumida en la creencia de que caen bajo nuestra responsabilidad determinadas actuaciones de las que en absoluto somos, y por tanto no deberíamos sentirnos, responsables. Podríamos decir que uno de nuestros problemas es una hipertrofia de nuestro sentido de la responsabilidad o *hiperresponsabilidad*.
  - La falacia de control **por defecto**, puede definirse como la creencia de que hay cosas que están en absoluto fuera de nuestro control y que, por tanto, no podemos hacer nada por cambiar. Sin embargo, sí que entra dentro de nuestra responsabilidad cambiarlas, por lo que incurrimos en un delito para con nosotros mismos de *omisión del deber de socorro*. La MO de la consulta, es un claro ejemplo de toma de control por uno mismo.
3. **El cociente de frustración.** Este término ha sido usado, sobre todo en economía, para expresar el cociente entre una serie de operaciones comerciales posibles y las finalmente conseguidas. Ha sido también llamado coeficiente de frustración. Su aplicación al campo de la conducta es obvio: el cociente de frustración sería el cociente de las expectativas y los logros. También este cociente hay que aplicarlo a nuestros usuarios y a nosotros mismos: cuanto más esperemos y menos obtengamos, nuestro cociente tenderá a subir y, por tanto, nuestra frustración y nuestro estrés. Otro tanto le ocurre a nuestros pacientes, cuando esperan de nosotros soluciones que no les proporcionamos.

## Pertinencia de la actividad e impacto esperado

*"Hay dos maneras de llegar al desastre: una, pedir lo imposible; otra, retrasar lo inevitable".*

Francisco Cambó (1876-1947); político y estadista español.

El PAP trabaja en minoría en el equipo básico de salud, aislado de otros pediatras y suele tener, realmente, muy pocas oportunidades formativas específicas en su especialidad: la Atención Primaria. La gestión y organización de la consulta en todas sus facetas es, según las encuestas realizadas a los PAP por la AEPap, la preocupación número uno para el profesional que atiende al niño en el primer nivel asistencial. Es también, para los gestores de nuestra administración sanitaria, una de las debilidades que presenta la pediatría / los PAP, por ejemplo en Andalucía, junto con la escasa formación de éstos en cuanto a habilidades en la comunicación y la falta de conocimientos en gestión de la consulta (**proyecto de desarrollo estratégico de la pediatría de Atención Primaria en Andalucía**). El trabajo desorganizado genera una serie de efectos perniciosos que se extienden a todos los ámbitos de la atención: el lugar de trabajo, los compañeros, los usuarios y por supuesto al propio profesional. El no poder atender al niño con el suficiente tiempo y con la suficiente tranquilidad es una fuente importante de desazón y frustración en el profesional que lo atiende, lo cual repercute directamente en la calidad de la atención prestada y en su eficiencia. Saber analizar los factores que influyen en la organización de la propia consulta, conocer aquellos factores modificables que nos hagan trabajar en mejores condiciones, sin quemarse y ofreciendo calidad, son los objetivos a alcanzar para poder cubrir nuestras necesidades en este terreno. Salimos de las facultades sin saber gestionar, sin saber manejar habilidades de comunicación con los pacientes y ello repercute luego en nuestro trabajo diario. Este taller pretende cubrir ese vacío formativo.

El **impacto** que esperamos obtener con este tipo de actividades es que el PAP sea capaz de abordar situaciones de trabajo poco organizado, asuma las funciones

que le son propias, evite la burocratización innecesaria de su consulta, evite la inducción a la pediatra-dependencia o la trate cuando es inducida por los demás, encuentre las claves mediante las cuales sepa gestionar estas situaciones aprendiendo a analizar aquellos factores intrínsecos y extrínsecos que están generando un trabajo innecesario excesivo y pueda ofertar una calidad de atención sin estresarse o quemarse, es decir, potenciar la **accesibilidad** al PAP de quienes realmente lo necesitan, sin menoscabo de la calidad en la atención prestada.

Esperamos que bajen las cifras de *burn-out* y bajas laborales secundarias a estrés laboral y que mejore la satisfacción del profesional en su actividad diaria y la satisfacción del usuario en la atención recibida. Esperamos que el pediatra utilice las vías adecuadas para comunicar a la administración situaciones de desorganización y condiciones laborales inaceptables y que disminuya la conflictividad profesional-dirección en este terreno. Esperamos también que, con esta actividad, tras discutir y mostrar diferentes técnicas, actitudes y habilidades en el terreno de la organización de la consulta, el trabajo que realiza el PAP se oriente al ciudadano, hacia una atención sanitaria e integral, hacia una atención al individuo y a la familia, cuidando de la relación con los niños y familiares, mejorando la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos, mejorando las habilidades de comunicación, haciendo una gestión mas eficiente del tiempo de consulta y que a la vez potencie la continuidad de la atención que presta a sus pacientes apoyándose en el registro de las historias de salud, preparando al pediatra para que desarrolle y adopte una actitud de progreso y mejora profesional.

¿Qué grados de evidencia vamos a manejar? Los autores, una vez revisada la bibliografía pertinente, no conocen ningún estudio bien o mal diseñado que asegure que, ninguna de las propuestas a manejar en la actividad, sea más o menos eficaz. Utilizaremos la escasa y ambigua legislación que al respecto existe, la experiencia del moderador, de los propios ponentes y asistentes, por lo que, cualquier recomendación que realicemos, será de *fuerza D* y con un grado de evidencia 5, ya que los autores nos consideramos simplemente "expertos" en el aborda-

je de este tema, por nuestra trayectoria en primaria y los problemas a los que nos hemos tenido que enfrentar, resueltos en la mayoría de ocasiones desde el empirismo, esto es, desde el ensayo y error; o dicho de otro modo, acudiendo a David Hume para resolver los problemas a los que David Sackett no da respuesta.

### Entonces, todo esto ¿de qué va?

Seguiremos un guión que aborde los problemas a los que nos hemos de enfrentar:

Plantearemos y trabajaremos técnicas de control de la **hiperdemanda**: gestión de la accesibilidad (teléfono, correo electrónico, control de la agenda -se puede-), autocombustión de la demanda mediante refuerzos positivos y negativos, la gestión del "poyaquismo", instructivos en consulta, etc.

Abordaremos los problemas generados por la **hiperresponsabilidad**: las recetas que debieron hacer otros, las revisiones del especialista, los *injustificables* y los *certificados*, teniendo en cuenta el derecho del usuario contemplado en la Ley General de Sanidad y el sentido común y evitando la redacción de pseudocertificados y limitándonos a certificar aquello de lo que tenemos certeza.

En tercer lugar abordaremos la **omisión del deber** sobre esos temas que, creemos, no dependen de nosotros, pero de los cuales somos los principales responsables: material del que disponemos (instrumental, fármacos para abordar una emergencia, documentos de consulta, internet), formación que necesitamos (cómo solicitarla, dónde conseguirla) y la información al usuario sobre sus derechos y deberes, en lo que se ha dado en llamar la "externalización" de los problemas de la organización.

Por último, trataremos de cómo disminuir el **cociente de frustración** en los usuarios, pues el tema del cociente de frustración en nuestro colectivo se suele abordar en talleres específicos que abordan el síndrome del médico quemado. En lo referente a los usuarios intentaremos aclarar las expectativas que los usuarios tienen

hacia nosotros y el tipo de respuestas que les damos, a fin de poder plantear medidas que hagan más realistas dichas expectativas, al tiempo que abordamos respuestas alternativas a las que solemos dar y que pueden reencauzar dichas expectativas, informando, orientando y si es necesario, dirigiendo al usuario para que las vea colmadas.

## CONCLUSIONES

*"No hay nada más espantoso que la ignorancia activa".*

Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832); poeta y dramaturgo alemán.

La situación actual refleja la existencia de una macroorganización que no se detiene en los detalles que hacen funcionar al sistema: el perfil de los profesionales que atienden a un determinado paciente, los medios materiales con los que cuenta, la formación que reciben, ni los engranajes mediante los que funcionan. La administración sólo entiende de datos de macrogestión y sólo aborda los problemas que repercuten en estos datos. Cualquier problema que afecte a una consulta concreta será *activamente ignorado*.

Por tanto, los problemas individuales del día a día, aquellos cuya verdadera existencia es cuestionada no solo por la administración, sino por los propios compañeros no afectados, debemos afrontarlos individualmente y compartirlos con otros compañeros que se encuentren en la misma situación o que ya los resolvieron, pues serán los únicos a los que les interesen y puedan intercambiar con nosotros herramientas para solucionarlos, para paliarlos o para asumirlos como irresolubles. El taller, por tanto, busca compartir experiencias y aprender juntos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bras i Marquillas J. Dar peces y enseñar a pescar ¡Cuánto trabajo, madre mía! Aten Primaria. 2005;36: 69-70.

2. Bras i Marquillas J. También existe la pediatría de "los niños con una sola cabeza". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:15-6.
3. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Área de Consultoría. 2007. Proyecto de Desarrollo Estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía [fecha de acceso 21 nov 2009]. Disponible en [www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPApa.pdf](http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPApa.pdf)
4. Domínguez Aurrecochea B. Plan Estratégico de la AEP. Análisis y propuestas de la pediatría de AP. Propuestas de AEPap (abril 2010). AEPap [fecha de acceso 8/08/2010]. Disponible en [www.aepap.org/pdf/aportacion\\_AEPap.pdf](http://www.aepap.org/pdf/aportacion_AEPap.pdf)
5. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N, Mateo Rodríguez I. Proyecto de desarrollo estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10 Supl 2:S81-94.
6. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:115-32.
7. Jiménez Alés R. La pediatra-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. *Pediatr Integral*. 2011;15 Supl:S97-100.
8. Jiménez Alés R. La falacia de control. *Pediatría y salud* [blog en internet]. 1 Abril 2009 [fecha de acceso 27 oct 2011]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2008/03/la-falacia-de-control.html>
9. Jiménez Alés R. Y en el principio fue... el cociente de frustración. *Pediatría y salud* [blog en internet]. 12 Mar 2008 [fecha de acceso 27 oct 2011]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html>
10. Buitrago Ramírez F. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. *Aten Primaria*. 2001;27:217-9.
11. Grupo de Trabajo de Temas Profesionales. Propuesta de mínimos exigibles para la organización de una consulta de calidad en pediatría de atención primaria. AEPap [fecha de acceso 22 nov 2009]. Disponible en [www.aepap.org/pdf/manifiesto\\_calidad.pdf](http://www.aepap.org/pdf/manifiesto_calidad.pdf)
12. Jiménez Alés R. Pediatría y familia. [fecha de acceso 27 oct 2011]. Disponible en <http://www.netvibes.com/alesmismo>
13. Jiménez Alés R. Pediatría para usuarios: todo lo que tu pediatra no tiene tiempo de explicarte en la consulta. [blog en internet]. [fecha de acceso 27 oct 2011]. Disponible en <http://alesmismo.wordpress.com>