

ORIGINAL

Recibido: 3 de agosto de 2017
Aceptado: 17 de enero de 2018
Publicado: 16 de mayo de 2018

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS MEDIANTE LA CITA AUTOMÁTICA DIRECTA DE INTERCONSULTAS

Manuel Villegas García (1), Julián Alcaraz Martínez (2), Herminia Pascual Saura (3), Juan José González Ortega (3), Antonia Ballesta Cabrero (3), Juan Manuel Moreno Rodríguez (4) y Ángel Baeza Alcaraz (5).

(1) Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia. España

(2) Área VI Servicio Murciano de Salud. Coordinador de Calidad. Murcia. España

(3) Área VI Servicio Murciano de Salud. Dirección Médica. Murcia. España

(4) Área VI Servicio Murciano de Salud. Servicio Informática. Murcia. España

(5) Área I Servicio Murciano de Salud. Dirección Gerencia. Murcia. España

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos. La demora originada para proporcionar una cita y la incertidumbre del tiempo previsto de espera, son causa de descontento en los pacientes. El objetivo de este trabajo fue mejorar la accesibilidad a la consulta de atención especializada en nuestra área de salud, disminuyendo el tiempo medio de espera y reducir el número de reclamaciones por este motivo.

Métodos. Para medir la calidad del servicio prestado, se elaboraron 5 criterios que se evaluaron inicialmente mediante un corte transversal, en diciembre de 2015, en todos los pacientes pendientes de cita en el Área. Así mismo se cuantificaron las quejas y reclamaciones recogidas los 6 meses anteriores a esta fecha. Como intervención, se diseñó e implementó un nuevo circuito en el proceso interconsulta, protocolizando un sistema directo y automático de citación. Este sistema eliminaba además los pacientes sin cita, permitiendo la priorización en los casos preferentes. Al final de 2016 se realizó una nueva medición con la misma metodología. Para el análisis estadístico se han usado la t de Student y la Chi cuadrado.

Resultados. En seis meses se redujo el número de pacientes sin cita de 4.726 a 0. El tiempo medio de espera en consultas externas pasó de 63 a 44,2 días. Los pacientes en espera de más de 50 días pasaron del 41,5% al 74,8%. El número de quejas y reclamaciones debidas a cita en consultas externas pasó de 161 a 80.

Conclusiones. Ha mejorado la accesibilidad al disminuir el tiempo de espera media y se ha eliminado la lista de pacientes sin cita, si bien ha aumentado el número de pacientes pendientes de cita de más de 50 días. Se ha reducido a la mitad el número de quejas y reclamaciones.

Palabras clave: Listas de espera, Atención especializada, Accesibilidad de los servicios de salud.

ABSTRACT

Improvement of the management of outpatient consultations by a direct automatic citation of interconsultations

Background. The delay caused to provide an appointment and the uncertainty of the expected waiting time, are cause for discontent in the patients. The object of this work was to improve the accessibility to the consultation of specialized attention in our health area, decreasing the average waiting time and reduce the number of claims for this reason.

Methods. To measure the quality of the service provided, 5 criteria were developed and evaluated, by means of a cross section, in December 2015 for all patients pending appointment in the Area. Likewise, the complaints and claims collected during the 6 months prior to this date were quantified. As an intervention, a new circuit was designed and implemented in the interconsultation process, protocolizing a direct and automatic citation system. This system also eliminated patients without an appointment, allowing prioritization in preferred cases. At the end of 2016, a new evaluation was made with the same methodology. For the statistical analysis, Student's t and Chi-square were used.

Results. In six months the number of patients without appointment was reduced from 4726 to 0. The average waiting time for external consultations improved from 63 to 44.2 days. Patients waiting more than 50 days increased from 41.5% to 74.8%. The number of complaints and claims due to appointment in external consultations decreased from 161 to 80.

Conclusions. Accessibility has improved by reducing the average waiting time and eliminating the list of patients without an appointment, although the number of patients pending appointments for more than 50 days has increased. The number of complaints and claims has been halved.

Key words: Waiting list, Specialist care, Health services accessibility.

Correspondencia
Manuel Villegas García
manuel.villegas@carm.es

Cita sugerida: Villegas García M, Alcaraz Martínez J, Pascual Saura H, González Ortega JJ, Ballesta Cabrero A, Moreno Rodríguez JM, Baeza Alcaraz A. Mejora de la gestión de las consultas externas hospitalarias mediante la cita automática directa de interconsultas. Rev Esp Salud Pública. 2018;92:16 de mayo e201805102.

INTRODUCCIÓN

Dado el carácter público, universal y gratuito del Sistema Nacional de Salud (SNS), la lista de espera constituye un factor clave regulador de la demanda. Sin embargo, un tiempo de espera excesivamente prolongado en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad influye negativamente en la percepción y confianza que los usuarios depositan en los distintos Servicios de Salud⁽¹⁾. La incertidumbre causa angustia, particularmente en los pacientes preocupados porque la enfermedad puede estar progresando y las oportunidades de intervención se pueden perder⁽²⁾. Esto puede comprometer la equidad que establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS⁽³⁾. Hay estudios donde se ha determinado que las personas incluidas en estas listas a menudo sufren un riesgo adicional e incluso un aumento de la morbilidad debido a retrasos de tratamientos^(4,5). Así pues, los esfuerzos para el control y actuación sobre las listas de espera dirigidos a la obtención de la máxima eficiencia, son un imperativo ético y legal^(6,7).

En general, se admiten dos tipos de listas de espera de pacientes, las de espera para las consultas y las de espera para las pruebas complementarias o servicio derivado de las mismas (radiología, cirugía)⁽⁸⁾. En este trabajo nos vamos a centrar en las primeras.

Se han utilizado diferentes estrategias para el control de las listas de espera para consultas externas, como son la utilización de protocolos de derivación⁽⁹⁾, imposición de barreras⁽⁸⁾ o el establecimiento de niveles de prioridad para adecuar los tiempos a las necesidades de atención^(10,11).

El Área VI de salud es una de las IX áreas de salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y atiende a una población de 246.436 habitantes (censo a 31 de diciembre de 2015). Abarca 15 zonas básicas de salud y acoge asimismo a las poblaciones del área VII y área IX en las especialidades de hematología y oncología médica⁽¹²⁾.

En las consultas externas del hospital y el centro de especialidades se realizaron durante el 2015 un total de 140.468 primeras consultas de las que 103.342 correspondieron a atención primaria y 37.126 a interconsultas entre las distintas especialidades hospitalarias.

La demora originada para proporcionar una cita y la incertidumbre del tiempo previsto de espera, han sido objeto en los últimos años de múltiples reclamaciones y propuesto como objeto principal de mejora en las encuestas de satisfacción de nuestros usuarios⁽¹³⁾. Por esta razón identificamos el proceso de interconsulta como una oportunidad de mejora para responder mejor a las necesidades de los usuarios y de los propios médicos que solicitaban la ITC.

El objetivo de este trabajo fue mejorar la accesibilidad a la consulta de atención especializada en nuestra área de salud, disminuyendo el tiempo medio de espera y reducir el número de reclamaciones por este motivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Se trató de un ciclo de mejora de calidad del procedimiento de interconsulta.

Población diana: Pacientes incluidos en lista de espera para especialidades hospitalarias de nuestra área.

Entorno o ámbito que indica dónde se ha hecho el estudio: Se estudiaron todas las consultas externas de especialidades médicas y quirúrgicas del Hospital, pero la derivación provenía tanto de estas consultas como de Atención Primaria.

Fuente de datos: La información sobre listas de esperas se obtuvo del cuadro de mandos de Control de Gestión del centro y las quejas y reclamaciones del Servicio de Atención al Usuario.

Fases del estudio:

1. Evaluación inicial. Se realizó un análisis de la situación de las listas de espera en consultas externas a 31 de Diciembre de 2015 en el área de salud, con los tramos de espera por Servicios y número de pacientes pendientes de cita desagregando para su análisis aquellas que provenían de servicios hospitalarios y las originadas en atención primaria. Estudiamos además las reclamaciones de junio a noviembre de 2015 debidas a gestión de cita y el acceso a una primera consulta.

2. Análisis del proceso. Entre enero y mayo de 2016, se llevó a cabo el análisis del circuito de petición y respuesta a las interconsultas entre servicios en el ámbito de consultas hospitalarias, esquematizándolo en su correspondiente diagrama de flujo. Se analizaron las causas de la demora, estimándose el tiempo invertido en cada uno de los puntos intermedios del proceso (tiempo de respuesta de los Servicios una vez recibidas las solicitudes, tiempo estimado para asignar la cita y localizar al usuario).

3. Construcción de indicadores. Se definieron los siguientes indicadores:

- Número de pacientes en espera estructural pendientes de una primera consulta por cada 1.000 habitantes, donde la población del denominador corresponde a la población de la base de datos de tarjeta sanitaria a la fecha de corte.

- Tiempo medio de espera: Promedio de días naturales que en el momento del estudio llevan esperando los pacientes pendientes de una consulta o una prueba, calculados como la diferencia en días naturales entre la fecha de corte y la fecha de entrada en lista de espera.

- Porcentaje de pacientes sin cita asignada: Pacientes incluidos en lista de espera sin cita asignada, respecto al total de pacientes, en porcentaje

- Porcentaje de pacientes con más de 50

días de espera: referido a los pacientes incluidos en lista con más de cincuenta días de demora entre la fecha de indicación y la fecha asignada para la consulta, respecto al total de pacientes, en porcentaje.

- Número de quejas y reclamaciones respecto a retrasos de citas de consultas externas (primera consulta): Quejas recogidas por el servicio de atención al usuario del Área en los seis últimos meses (de junio a noviembre).

4. Intervención. Se realizó junto a los responsables de los distintos servicios un análisis del origen de la situación de “pacientes sin cita” llevándose a cabo una serie de actuaciones con objeto de su desaparición antes de Junio de 2015. Posteriormente se diseñó un plan de acción con objeto de desarrollar un flujo óptimo de las interconsultas que diera respuesta a las necesidades de los usuarios y los profesionales, además de proporcionar a tiempo real la situación de listas de espera, proporcionando datos para una gestión proactiva de la misma. Para el mismo y después de presentar el proyecto en la Comisión Asistencial de Área, se realizaron entrevistas al personal administrativo y sanitario de los distintos servicios y unidades hospitalarias, estableciendo las variables e indicadores que nos iban a permitir evaluar el subproceso. A continuación se revisó la estructura de agendas de cada servicio, al tiempo que se redefinieron las prestaciones de aquellas agendas que iban a recibir interconsultas.

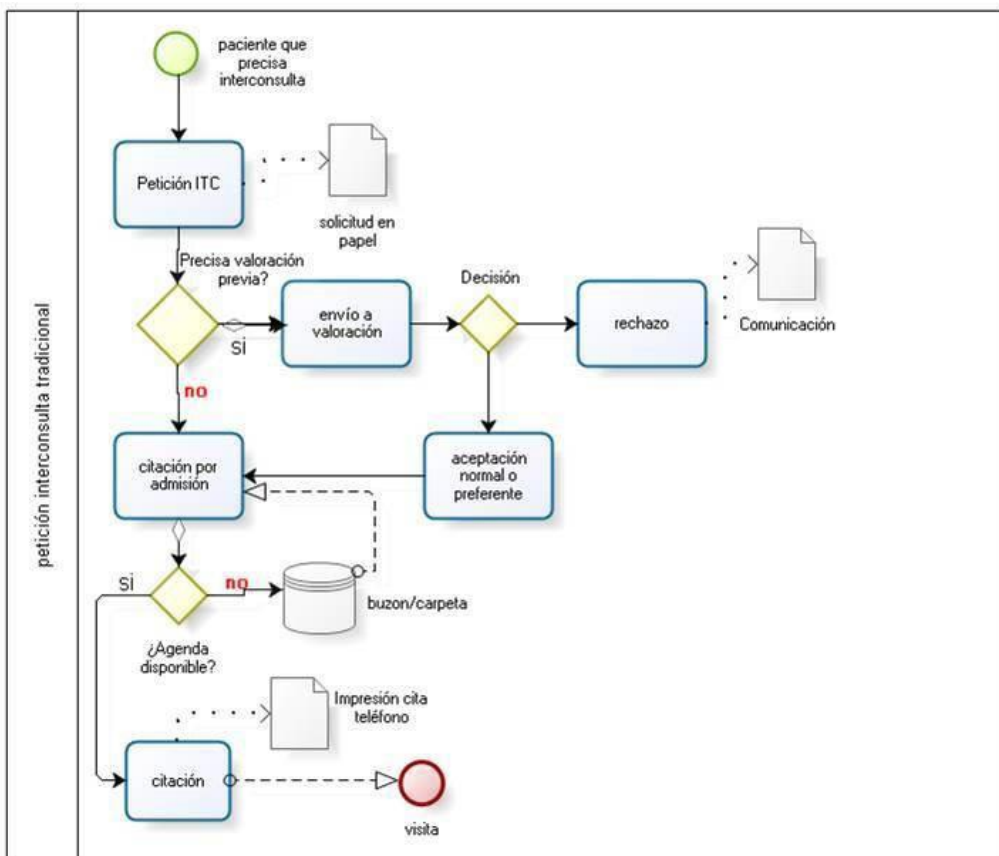
El formulario de interconsulta fue normalizado para todos los Servicios dentro de la estación clínica “Selene”, Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud (SMS), a través de la cumplimentación de un formulario con dos campos de texto libre: “breve resumen de la historia clínica” y el “motivo de la interconsulta”.

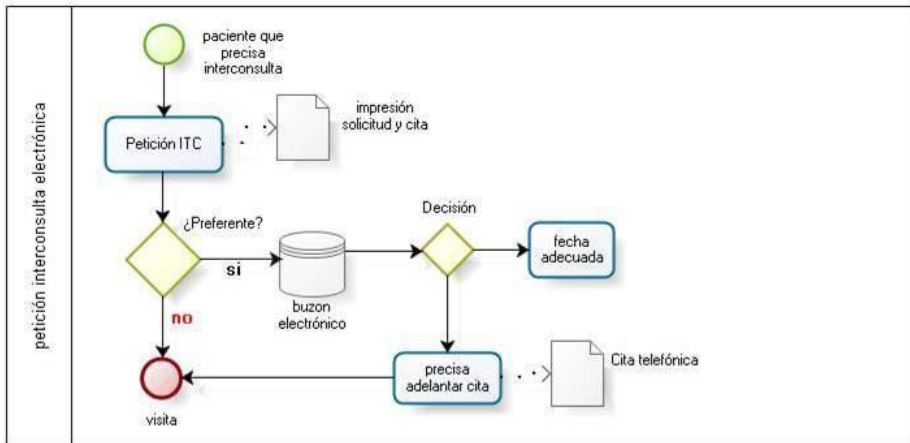
Dentro de los servicios y en base al funcionamiento de los mismos se aprobó y estableció la posibilidad de ITC específicas a Subunidades.

Como resultado se creó un circuito específico para estas ITC que se desplegaban como un submenú en las ITC de los servicios, llevando asociado la creación de prestaciones de ITC específicas de las Unidades, con el compromiso por parte del servicio de analizar y vigilar la aparición de demoras en las mismas que escaparan de los objetivos de demora del SMS. El médico que solicitaba

la ITC una vez rellenado el formulario, aceptaba e imprimía la solicitud, generándose al mismo tiempo el volante de citación con la fecha hora y lugar de la misma, siendo éste el primer hueco disponible. Si el usuario deseaba cambiar la fecha u hora de la cita podría cambiarla en admisión, desapareciendo de la demora considerada como estructural (ver figura 1).

Figura 1
Flujograma tradicional (arriba) y modificado (abajo) de interconsultas.
Ambito de Consulta Externa





Además se estableció un circuito para valoración de las peticiones consideradas como preferentes. Independientemente de que el usuario se llevara en mano la cita automática, la solicitud preferente se incorporaba a un buzón electrónico, donde un responsable del servicio podía, si lo estimara conveniente, adelantar la fecha de la misma, notificando dicho interés al servicio de admisión para que se encargara de citar en los huecos de las agendas destinados a ello (con la prestación de ITC preferente) y comunicar al usuario la modificación de la cita previa, anulando la dada con anterioridad.

Tras un periodo de comunicación con la difusión de un documento informativo, el 1 de Junio se desplegó la petición de Interconsulta en Selene retirando las peticiones en papel de las consultas.

5. Reevaluación. A finales de 2016 se procedió a realizar un nuevo análisis de la situación: situación de las listas de espera, estudio de las incidencias detectadas y su resolución, así como la evolución de las reclamaciones hasta entonces.

Análisis estadísticos: Los resultados se expresaron en porcentaje e intervalo de

confianza, media y desviación típica y en el caso del primer criterio, número absoluto y porcentaje respecto a población del área. Se compararon las medias de los tiempos medios de espera mediante el test de la t de Student y los porcentajes de pacientes sin cita, con espera superior a 50 días con el de la Chi cuadrado. Se consideró significativa la diferencia si la p era menor de 0,05. Las reclamaciones se expresaron en número absoluto.

RESULTADOS

En el análisis inicial se detectó que cuando el médico cursaba la petición como preferente, la solicitud tardaba en torno a cuatro días en estar disponible para su valoración por parte del servicio, y hasta seis días más tarde dicha solicitud no regresaba al servicio de admisión. La petición de ITC se introducía en el sistema informático y se citaba si había disponibilidad en las agendas genéricas del Servicio. Si no había, la solicitud quedaba pendiente de cita e incluso pendiente de registro cuando existía una demora notable, escapando entonces al control de gestión.

Con este flujo de trabajo, la situación de partida a final del 2015 mostraba 12.661

pacientes registrados en espera en nuestras consultas, el 5,14% de la población de referencia, con un intervalo de confianza del 95%(IC95%) de 4,66-5,52%, de los cuales el 34,6% (IC95%= 33,8-35,4%) no tenían cita asignada y el 41,5% (IC95%= 40,7-42,3%) tenían una espera superior a 50 días. El tiempo medio de espera para la primera consulta era de 63 días con una desviación típica (DT) de 32,17. La situación de la lista de espera por

Servicios en nuestra Área de Salud se detalla en la **tabla 1**.

Desde Junio a Noviembre de 2015 hubo un total de 133 quejas y reclamaciones referidas al acceso a nuestras consultas de las cuales 90 eran por una primera consulta (**tabla 2**).

En los Servicios que aglutinaban el mayor volumen de “pacientes sin cita” se realizó una serie de actuaciones que se detallan en la

Tabla 1
Situación de la lista de espera en Consultas a fin de 2015
y acciones específicas adoptadas en algunas de ellas

Servicio	Pacientes en espera ¹	% en espera ²	Tiempo de espera ³	% sin cita ⁴	% > 50 días ⁵	Acción
REH	2248	0,91	90,7	88,8	8,8	Aumento de oferta
TRA	2186	0,89	57,1	26,8	44,3	Aumento de oferta en las subunidades
DER	1747	0,71	31,7	0	77,1	-
NRL	1196	0,48	139,8	94,1	4,3	Contrato del neurólogo
DIG	944	0,38	38,2	0	92,2	-
OFT	714	0,29	19,0	0	40,3	-
CAR	490	0,20	31,3	0	65,7	-
NML	421	0,17	26,5	91,4	1,0	Aumento de oferta en la Unidad de Sueño
CIR	420	0,17	27,9	0	58,8	-
END	367	0,15	35,9	0	76,6	-
ANE	308	0,12	86,7	0,3	79,5	Aumento de oferta en la Unidad del Dolor
URO	305	0,12	21,0	0	24,6	-
ALG	303	0,12	25,4	0	50,2	-
HEM	282	0,11	61,4	100	0	-
ORL	273	0,11	10,6	0	0	-
PSQ	186	0,07	23,9	0	40,3	-
REU	178	0,07	28,2	0	67,4	-
MI	93	0,04	15,5	0	17,2	-
Total	12661	5,14	63	34,6	41,5	-

REH: Rehabilitación, TRA: Traumatología, DER: Dermatología, NRL: Neurología, DIG: Digestivo, OFT: Oftalmología, CAR: Cardiología, NML: Neumología, CIR: Cirugía General, END: Endocrinología, ANE: Anestesia, URO: Urología, ALG: Alergia, HEM: Hematología, ORL: Otorrinolaringología, PSQ: Psiquiatría, REU: Reumatología, MI: Medicina Interna; ¹ Número de pacientes en espera estructural para la primera visita; ² Porcentaje de pacientes en espera respecto a población de referencia; ³ Tiempo medio de espera para la primera consulta, en días; ⁴ Porcentaje de pacientes en lista de espera sin fecha de cita asignada; ⁵ Porcentaje de pacientes en lista de espera con espera superior a 50 días.

tabla 1. La evolución de los pacientes pendientes de cita y su comparativa con los años previos la vemos en la **figura 2.**

En diciembre de 2016 se contaba con 12.920 pacientes en espera para primera consulta, todos con cita asignada (5,17% de la población, IC95% =4,69-5,55%). El 74,8% (IC95%= 74,1-75,5%) tenían una espera superior a 50 días. El tiempo medio de espera para la primera consulta había bajado a 44,2 días (DT=16,5), 18,8 días de media menos que el año anterior (**tabla 3**).

Las diferencias en el primer criterio no

eran estadísticamente significativas pero en los 3 siguientes era menores de 0,001.

En los mismos meses del año 2016 las quejas y reclamaciones debidas a primeras consultas habían disminuido a 43 (52% de reducción), si bien también las sucesivas habían bajado de 43 a 24, como vemos en la **tabla 2.**

El ahorro estimado en horas de espera para los usuarios fue de al menos 8.000. A esto habría que sumar las horas de trabajo ahorradas por personal administrativo en el sistema de citación y registro.

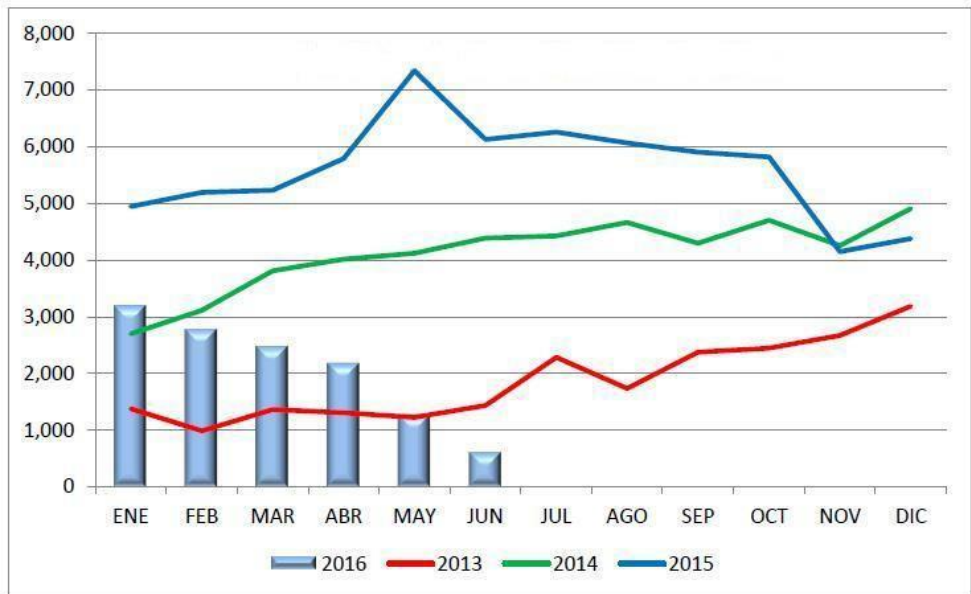
Tabla 2
Número de quejas y reclamaciones entre los meses de junio y noviembre de 2016 y su comparativa con el 2015

Tipos de quejas y reclamaciones		2015 (N)	2016 (N)
Información y Gestiones Administrativas	Lista de Espera en consulta	28	13
	Lista de espera, acceso a la 1ª consulta	90	43
Reclamación/Queja	Retraso en la fecha de consulta próxima (2ª consulta o sucesivas)	43	24
	Total	161	80

Tabla 3
Diferencias en los indicadores de accesibilidad analizados 2015-2016

Indicadores	2015	2016	diferencia	p
Nº de pacientes en espera estructural para primera consulta	12661	12920	259	>0,05
Tiempo medio de espera (días)	63	44,2	-18,8	<0,001
% de pacientes sin fecha asignada	34,6%	0%	-34,6%	<0,001
% de pacientes con espera >50 días	41,5%	74,8%	33,3%	<0,001

Figura 2
Evolución del número de pacientes pendientes de cita. Años 2013-2016



DISCUSIÓN

No hay muchos estudios que muestren conclusiones firmes acerca de la eficacia de las intervenciones para la reducción de los tiempos de espera⁽¹⁴⁾.

Se dispone de poca información en materia de gestión del proceso asistencial de interconsultas, pero en cambio si hay estudios relativos a este proceso, desde el punto de vista clínico y circunscrito al ámbito de hospitalización^(15, 16, 17) o relativos a las consultas desde atención primaria⁽¹⁸⁾.

Un sistema de citación por cita directa frente a Programa Mostrador solo ha sido

evaluado previamente en atención primaria⁽¹⁹⁾, y no utilizado en el ámbito de consulta externa hospitalaria por los recursos limitados y el interés por priorizar determinadas situaciones.

Dentro de las estrategias propuestas para la gestión de listas de espera, los cambios estructurales parecen tener más sentido que las medidas coyunturales⁽⁴⁾. En este sentido, abordamos el proceso asistencial de interconsulta en su conjunto, analizando el circuito general, poniendo en marcha la cita automática y directa de estas interconsultas con objeto integrar y almacenar de forma estructurada en la historia clínica del paciente, tanto la solicitud como el informe de respuesta

y que pueda con ello estar a disposición de los profesionales, tanto en el entorno de atención especializada como en el de atención primaria. Además esto mejora la comodidad del paciente que no necesita desplazarse para obtener su cita. La modificación del circuito permitió eliminar actuaciones que no aportaban valor al proceso, tanto en el personal administrativo como facultativo. Un tiempo que puede ser destinado a otras funciones. El sistema nos permite además, tener un conocimiento detallado de las derivaciones en cuanto a número y calidad de la derivación.

El primer problema que tuvimos que soslayar fue resolver el número considerable de usuarios “pendientes de cita”, una situación nada recomendable que suele encerrar con cierta frecuencia problemas estructurales de recursos. El trabajo en los primeros meses fue irremediamente dirigido a resolver esos problemas, no sin dificultades. El abordaje fue muy variable según los Servicios, desde un simple aumento de la oferta proporcionada de las consultas, al rediseño de circuitos o la creación de un nuevo abordaje de algunas de las patologías más prevalentes.

El siguiente obstáculo a solventar fue la necesidad de establecer un circuito específico para las peticiones preferentes, la aparición de un buzón con las mismas, la formación de los responsables de su control y el ajuste en la estructura de las agendas que permitiera su funcionamiento.

Respecto a la situación a fin de 2016, lo primero que llama la atención es el aumento del número de pacientes en tramos de espera elevados (74,8% con 50 días o más de demora). Evidentemente está justificado en parte por la desaparición de la situación de “pacientes sin cita”, al que se sumaron los pacientes sin registro. Por otra parte, los días que transcurrían desde que se realizaba la petición hasta que se mecanizaban en los servicios, pasó a contar como tiempo de espera (hasta que no se realizaba la cita, no contaba) lo que también penalizó nuestra lista de espera.

Sin embargo, el tiempo medio de espera ha disminuido en casi 19 días respecto del año previo, lo que se traduce en la resolución al menos parcial de los problemas de demora estructural en ciertas Unidades y que estaban pasando desapercibidos en gran medida dentro del cajón de sastre que suponen los “pacientes sin cita”. En un estudio previo en la Comunidad Valenciana, se conseguía reducir de 37 a 34 días en un año la espera para consultas externas médicas, aumentando de 48 a 50 la de especialidades quirúrgicas⁽¹⁰⁾.

Las quejas y reclamaciones por parte de nuestros usuarios respecto a retrasos de citas de consultas externas ya han disminuido de forma notable en estos primeros meses, y es de destacar que esta mejora se aprecia en las referentes a las primeras consultas, como en las sucesivas, para las que no estaba pensada esta intervención inicialmente. Esto refleja una mejora en la insatisfacción de los usuarios con este problema, aunque no está del todo resuelto. Están previstas acciones puntuales sobre servicios con tiempos de espera altos y consultas virtuales, de los que hay alguna experiencia exitosa ya publicada⁽²⁰⁾.

Como limitaciones en este trabajo podemos señalar que no se ha tenido en cuenta el porcentaje de consultas preferentes en cada periodo de tiempo y su posible influencia. Además, aunque el circuito de cita electrónica se implantó en todos los servicios, la adopción de otras medidas no ha sido uniforme en todos los servicios.

Como conclusiones podemos afirmar que a pesar de mantenerse un número similar de pacientes en espera para primera visita de consultas externas, se ha disminuido la espera media, se ha eliminado la lista de pacientes sin cita, con un aumento de los pendientes de cita de más de 50 días y se ha reducido a la mitad el número de quejas y reclamaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar Antonio, González Nerea, Quintana José M, Las Hayas, Carlota. Priorización de pacientes en lista de espera para prótesis de rodilla y cadera: la opinión de los pacientes. *Gac Sanit.* 2005;19:379-85.
2. Ryu J, Lee TH. The Waiting Game - Why Providers May Fail to Reduce Wait Times. *N Engl J Med.* 2017 Jun 15;376:2309-2311.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº. 128, 29/05/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
4. Bernal E ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gaceta Sanitaria.* 2002;16:436-9.
5. Richards MA et al. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999; 79: 858-64.
6. Boletín Oficial del Estado. Decreto 25/2006, de 31 de marzo. BOE nº 82, 8/04/2006. Disponible en: <http://www.extfiles.murciasalud.es/recursos/ficheros/82823-Borm2006-N82-P10967.pdf> .
7. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio. BOE nº 207, 29/08/2011. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/29/pdfs/BOE-A-2011-14190.pdf> .
8. Peiró S Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2000;4:126-31.
9. Martí. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. *Gac Sanit* 2002;16:440-3.
10. Cano Montoro JG, Medina Ferrer E, Custardoy Olavarrieta J, Pineda Cuenca M, Orozco Beltrán D y Quirce Andrés F. Impacto de una intervención sobre la lista de espera de especialidades médicas en un área de salud. *Aten Primaria* 2002;30: 549-55.
11. San Miguel Inza F, Sánchez Irioso E, Cabasés Hita JM. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. *Gac Sanit.* 2008;22:90-7.
12. Murciasalud. El portal sanitario de la Región de Murcia (Internet) Disponible en: http://www.murciasalud.es/caps.php?op=mostrar_area&id_area=6&idsec=4294.
13. Indicadores de calidad percibida y satisfacción. Atención Primaria. Datos 2014. Comparativo 2010-2014. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=302422&idsec=859>.
14. Ballini L, Negro A, Maltoni S, Vignatelli L, Flodgren G, Simera I, Holmes J, Grilli R. Interventions to reduce waiting times for elective procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 23;(2):CD005610. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005610.pub2/epdf/standard>.
15. Montero Ruiz E y López-Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin. Barcelona.* 2011; 136: 488-0.
16. Foote, J L;North, N H;Houston, D J. Towards a systemic understanding of a hospital waiting list. *Journal of Health Organization and Management.* 2004; 18:140-154.
17. Lee T, Pappius EM, Goldman L. Impact of inter-physician communication on the effectiveness of medical consultations. *Am J Med.* 1983;74:106-12.
18. Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta. *Aten Primaria.* 2000; 26:681-4.
19. Domingo Rodríguez, C; Sainz Trigo, A; Martín Doblado, ML; Jiménez Cañizares, E; Ramírez Briones, MI; Martín Moreno, V. Título: Cita Directa frente a cita por Programa Mostrador. Evaluación desde la Unidad Administrativa. *Centro de Salud.* 2001; 9: 106-113.
20. Olayiwola JN, Anderson D, Jepeal N, Aseltine R, Pickett C, Yan, J and Zlateva I. Electronic Consultation to Improve the primary care –specialty care Interface for cardiology in the medically underserved: A cluster – randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* 2016;14:133-40.