

Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel

F.J. Rodríguez Alcalá, J. Chacón Fuertes, M. Esteban Tudela, N. Valles Fernández, F. López de Castro y A. Sánchez Ramiro

Objetivo. Identificar los motivos que provocan mayor número de derivaciones desde atención primaria a otras especialidades en nuestra área de salud. En segundo lugar, analizamos la calidad en la cumplimentación de los partes de interconsulta (PIC).

Diseño. Estudio observacional, descriptivo.

Emplazamiento. Atención primaria del Área de Salud de Toledo.

Población. PIC emitidos por los médicos de 17 equipos de atención primaria durante 2 semanas de noviembre de 2002.

Mediciones. Edad y sexo del paciente, equipo de atención primaria, tipo de derivación (nueva consulta o revisión), modo de derivación (normal o preferente), especialidad, motivo de derivación, calidad de los PIC.

Resultados principales. Se analizaron 1.610 PIC de 125 médicos. El 64,6% pertenecían a mujeres; la edad media era de 43,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 42,4-44,6). El 74,6% (IC del 95%, 72,2-76,5) fueron nuevas consultas y el 12,9% (IC del 95%, 11,3-14,7), derivaciones preferentes. Las especialidades con más derivaciones fueron: ginecología (20,2%), traumatología (17,4%) y oftalmología (14,9%).

Globalmente, el diagnóstico temprano de cáncer ginecológico (13,01%; IC del 95%, 11,4-14,8), la disminución de la agudeza visual (6,95%; IC del 95%, 5,8-8,3) y las tumoraciones benignas de la piel (4,18%; IC del 95%, 3,3-5,3), fueron los 3 motivos que provocaron más derivaciones.

La calidad de los PIC se consideró buena en el 13,1%, aceptable en el 82,8% y mala en el 4,1%.

Conclusiones. Un elevado número de derivaciones se debe a motivos que podrían resolverse en el primer nivel asistencial. La mayor parte de las interconsultas se realizan a especialidades médico-quirúrgicas. La calidad de los PIC tiene todavía un importante margen de mejora.

Palabras clave: Interconsultas. Derivación de pacientes. Motivos de derivación. Relación entre niveles asistenciales. Morbilidad. Calidad.

REASONS FOR CONSULTATION BETWEEN PRIMARY CARE AND THE SECOND LEVEL

Objective. To identify the reasons causing most referrals from primary care to specialist clinics in our health area. In addition, we analysed the quality of compliance in the inter-clinic forms.

Design. Descriptive and observational study.

Setting. Primary care in the Toledo Health Area.

Population. Inter-clinic forms (ICF) issued by doctors in 17 primary care teams (PCTs) during 2 weeks in November 2002.

Measurements. Age and sex of patient, PCT, type of referral (first time, check-up), referral path (normal, preferential), speciality, reason for referral, ICF quality.

Main results. 1610 ICFs from 125 doctors were analysed. 64.6% belonged to women. Average age was 43.5 (95% confidence interval [CI], 42.4-44.6). 74.6% (95% CI, 72.2-76.5) were new consultations. 12.9% (95% CI, 11.3-14.7) were preferential referrals. Specialities with most referrals were: Gynaecology (20.2%), traumatology (17.4%), and Ophthalmology (14.9%). The early diagnosis of gynaecological cancer (13.01%; 95% CI, 11.4-14.8), reduction in visual sharpness (6.95%; 95% CI, 5.8-8.3) and benign skin tumours (4.18%; 95% CI, 3.3-5.3) were the 3 reasons for most referrals. ICF quality was thought good in 13.1% of cases, acceptable in 82.8%, and poor in 4.1%.

Conclusions. A high number of referrals were due to reasons that could be resolved at the primary care level. Most inter-clinical referrals were to medical-surgical specialists. Inter-clinical forms are still open to considerable improvement.

Key words: Inter-clinical. Referral of patients. Reasons for referral. Relationship between care levels. Morbidity. Quality.

Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo. España.

Correspondencia: Francisco Javier Rodríguez Alcalá.
Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Centro de Salud de Palomarejos.
Barcelona, 2. 45005 Toledo. España.
Correo electrónico: jrodriguez@sescam.org

Manuscrito recibido el 6 de octubre de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de octubre de 2004.

Introducción

Aunque algunos países no lo establecen como requisito indispensable (Austria, Alemania, Bélgica, entre otros), en la mayoría de los sistemas sanitarios deben ser los médicos de atención primaria (AP) los responsables de velar para que únicamente accedan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada^{1,2}. Este tipo de organización queda justificada por la capacidad de estos profesionales para ofrecer una atención global, personalizada, integrada y continuada³, a la vez que responde a criterios de eficiencia. Por otra parte, esta forma de organizar la asistencia es bien aceptada y valorada positivamente por la mayor parte de los usuarios⁴.

El incesante incremento de las listas de espera representa uno de los principales problemas con que se enfrenta nuestro sistema sanitario. La espera para una primera consulta ocupa un lugar preferente y, sin duda, está íntimamente relacionada con el número de derivaciones realizadas desde AP. A pesar de que el 95% de los casos atendidos en AP no se derivan a la atención especializada⁵⁻⁷, la imagen que se tiene en el medio hospitalario sobre este nivel asistencial es la de poca capacidad resolutoria^{8,9}.

Según datos de la Subdirección General de AP del INSALUD, la tasa de interconsultas con atención especializada en el año 2000 fue de 308 por 1.000 habitantes¹, lo que implicó una derivación por cada 20 consultas atendidas. Estas cifras nos pueden dar una idea de la importancia que las interconsultas tienen en nuestro sistema sanitario. Quizá por esta razón son numerosos los estudios que han valorado las derivaciones desde AP al segundo nivel desde diferentes puntos de vista: número de interconsultas a cada especialidad^{5,6,10}, calidad de las hojas de interconsulta¹¹⁻¹³ o adecuación de las derivaciones¹⁴⁻¹⁶. Sin embargo, son escasos los trabajos acerca de los motivos que con más frecuencia generan estas interconsultas y, además, dichos estudios suelen referirse a una única especialidad¹⁷⁻¹⁹.

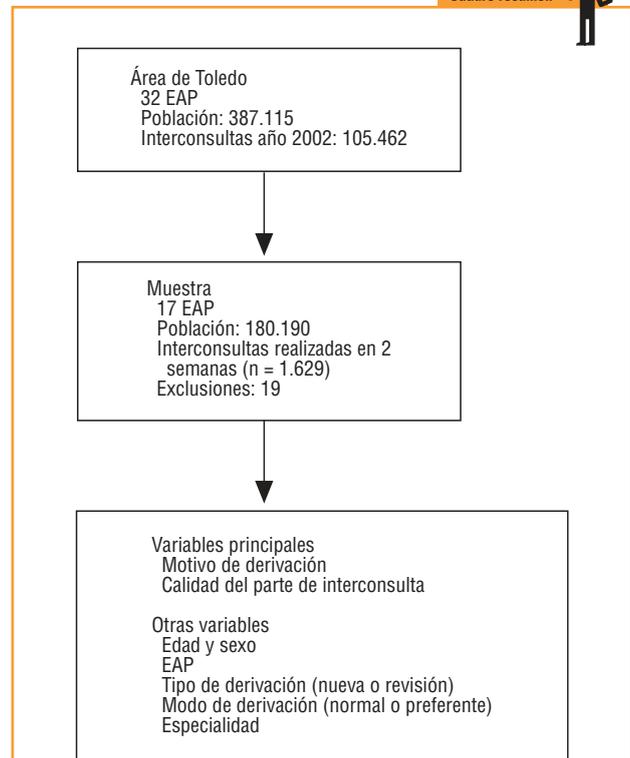
El objetivo principal del presente estudio es identificar los motivos que provocan mayor número de derivaciones desde AP a las consultas de especialidades en nuestra área de salud. Secundariamente se analiza la calidad en la cumplimentación, por parte de los facultativos de AP, de las hojas de interconsulta. Conocer cuáles son los principales problemas de salud no resueltos en el primer nivel puede ayudar a una mejor planificación de los recursos, a diseñar estrategias dirigidas a la disminución y el control de las listas de espera, así como a identificar las necesidades de formación de los profesionales que ejercen en este ámbito.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, con recogida prospectiva de los datos, sobre los partes de interconsulta (PIC) emitidos por los 125 médicos de 17 equipos de AP del Área de Salud de Toledo durante 2 semanas del mes de noviembre de 2002 (11 a 22 de noviembre). El Área de Salud de Toledo la integran un total de 32 equipos de AP, que atienden a una población de 387.115 personas, de las que un 19,5% son mayores de 65 años y un 14,6% menores de 14 años, y que durante el año 2002 generaron un total de 105.462 interconsultas con el segundo nivel asistencial. De los 32 equipos de AP, 4 están ubicados en la capital y el resto atiende a una población eminentemente rural, distribuida en 127 núcleos de población, de los que tan sólo 5 superan ligeramente los 10.000 habitantes.

A través de las unidades administrativas de los equipos de AP se recogió una copia de los PIC, de los cuales se procesaron las siguientes variables: edad y sexo del paciente, equipo de AP, tipo de derivación (nueva consulta o revisión), modo de derivación (normal o preferente), especialidad, motivo de derivación y calidad del PIC (para lo que se utilizó la escala propuesta por Irazábal y Gutiérrez²⁰, modificada de Morera et al¹², que se muestra en la tabla 1).

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio observacional, descriptivo, con recogida prospectiva de los datos, sobre las partes de interconsulta emitidos durante 2 semanas por los médicos de 17 equipos de atención primaria del Área de Salud de Toledo.

Probablemente, la mayor dificultad metodológica estribó en la categorización de los motivos de derivación, ya que, debido a la escasa precisión de muchos PIC y a la complejidad de las diferentes clasificaciones existentes –Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Clasificación Internacional de Problemas de Salud en AP (CIPSAP), Clasificación Internacional en AP (CIAP), etc.–, ninguna de ellas se adecuaba a los requisitos necesarios. Finalmente, tomando como base la CIE-9, optamos por utilizar la clasificación de motivos de derivación que se muestra en la tabla 2 (la versión ampliada se puede consultar en la versión electrónica del artículo), construida a partir de los datos obtenidos en los primeros 500 PIC evaluados.

El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS 10.0, realizándose una descripción de cada variable con sus medidas de dispersión. Para la comparación de medias se utilizaron los tests de ANOVA y de la t de Student, y el test de la χ^2 para comparar variables cualitativas. En todos los casos se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se obtuvieron 1.629 copias de PIC, de los cuales 4 no se evaluaron debido a una incorrecta utilización, 2 por mala calidad de la copia y 13 por ser copias repetidas. Finalmente se analizó un total de 1.610 PIC que recogían 1.583 motivos de interconsulta (en algunos PIC no constaba motivo). El 64,6% de los PIC pertenecían a mujeres, la edad media era de 43,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%, 42,4-44,6). El 74,6% (IC del 95%, 72,2-76,5) de los PIC estuvieron motivados por nuevas consultas. El 12,9% (IC del 95%, 11,3-14,7) fueron derivados de modo preferente. Las 3 especialidades a las que se derivaron mayor número de pacientes fueron: ginecología-obstetricia (20,2%; IC del 95%, 18,3-22,3), traumatología (17,4%; IC del 95%, 15,6-19,4) y oftalmología (14,9%; IC del 95%, 13,2-16,7). El porcentaje de PIC emitidos para cada especialidad, respecto al total de PIC, se muestra en la figura 1. Los motivos de interconsulta a cada una de las especialidades se muestran en la tabla 2. Globalmente, el diagnós-

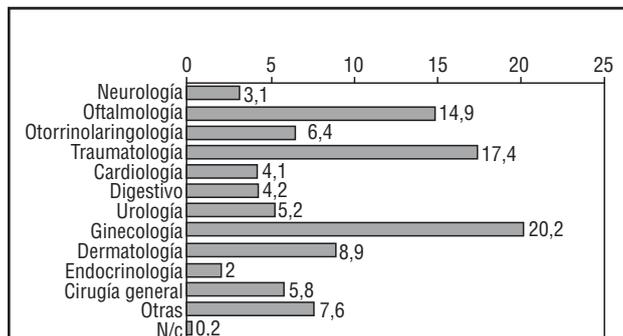


FIGURA 1

TABLA 1 Criterios de calidad en la cumplimentación del parte de interconsulta desde atención primaria

<i>Bueno</i>
Edad, antecedentes personales y familiares si procede
Tratamiento que sigue habitualmente
Datos suficientes de la enfermedad actual, con exploraciones complementarias si procede
Impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de la interconsulta
<i>Aceptable</i>
Queda claro el motivo de interconsulta
Presenta datos de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior
<i>Malo</i>
Ilegible
Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual
Ausencia de información

Tomada de Irazábal y Gutiérrez²⁰.

tico temprano de cáncer (DTC) ginecológico (13,01%; IC del 95%, 11,4-14,8), la disminución de la agudeza visual (6,95%; IC del 95%, 5,8-8,3) y las tumoraciones benignas de la piel (4,18%; IC del 95%, 3,3-5,3) fueron los 3 motivos que provocaron mayor número de derivaciones; en la figura 2 se muestran los 12 motivos de interconsulta más frecuentes y su porcentaje sobre el total, y también se refleja el porcentaje de PIC en los que no constaba el motivo de la interconsulta. Del total de derivaciones por DTC ginecológico, el 91,7% fueron revisiones; este porcentaje fue del 16,5% en el caso de la disminución de agudeza visual (fig. 2).

La calidad de los PIC se consideró buena en el 13,1% (IC del 95%, 11,3-15,2), aceptable en el 82,8% (IC del 95%, 80,5-84,9) y mala en el 4,1% (IC del 95%, 3,1-5,4). En este

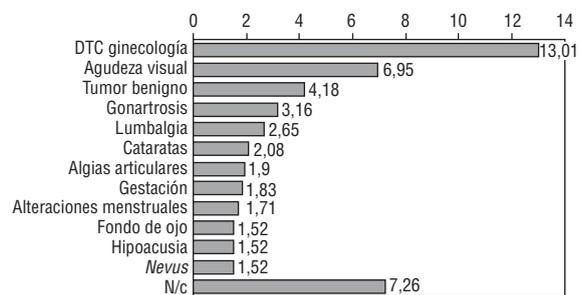


FIGURA 2

TABLA 2 Principales motivos de derivación desde atención primaria al segundo nivel, en las 11 especialidades valoradas. Número de casos de cada motivo y porcentaje respecto a los casos de la especialidad y respecto al total

Especialidad	Motivo de derivación	N.º de casos	% casos/especialidad	% casos/total
Neurología	Cefalea	21	40,4	1,33
	Mareo/vértigo	7	13,5	0,44
Oftalmología	Disminución de la agudeza visual	110	41,4	6,95
	Cataratas	33	12,4	2,08
	Valoración de fondo de ojo	24	9,0	1,52
Otorrinolaringología	Hipoacusia	24	20,5	1,52
	Otitis-otalgia	16	13,7	1,01
	Faringitis-amigdalitis	16	13,7	1,01
Traumatología	Gonartrosis/gonalgia	50	16,9	3,16
	Lumbalgia	42	14,2	2,65
	Otros dolores articulares	30	10,1	1,90
Cardiología	Soplos	15	20,3	0,95
	Cardiopatía isquémica	10	13,5	0,63
Digestivo	Epigastralgia	20	25,3	1,26
	Hemorragia digestiva	11	13,9	0,69
	Dolor abdominal inespecífico	11	13,9	0,69
Urología	Cólico nefrítico/litiasis	17	18,7	1,07
	Síndrome prostático/adenoma	14	15,4	0,88
Ginecología/obstetricia	Diagnóstico temprano de cáncer ginecológico	206	62,0	13,01
	Gestación	29	8,7	1,83
	Alteraciones menstruales	27	8,1	1,71
Dermatología	Verruga/papiloma	24	16,2	1,52
	Nevo/lesiones pigmentadas	24	16,2	1,52
Endocrinología	Diabetes	9	27,3	0,57
	Obesidad	8	24,2	0,51
Cirugía	Tumoración benigna	27	28,4	1,71
	Hernia inguinal	15	15,8	0,95
	Tumoración en la mama	15	15,8	0,95

aspecto se encontraron diferencias según la edad de los pacientes, de modo que en los PIC de buena calidad la edad media fue 39,2 años, en los de calidad aceptable de 42,6 años y en los de mala calidad de 52,2 años ($F = 5,79$; $p < 0,01$). En la figura 3 se representa la calidad de los PIC en relación con la especialidad.

Respecto al tipo de derivación, se observaron diferencias significativas dependiendo del sexo del paciente, de forma que las revisiones en varones representaron el 15,6%, frente al 31% en mujeres ($\chi^2 = 44,7$; $p < 0,001$). También encontramos diferencias en la edad media de los pacientes, dependiendo de si era una nueva consulta (42,5 años) o revisión (46,4 años) ($t = 3,30$; $p < 0,001$). En la figura 4 se muestra qué porcentaje supusieron las revisiones respecto al total de derivaciones, por especialidades. Los mayores porcentajes de derivaciones preferentes

fueron a traumatología (28,2%), neurología (28%) y urología (21,7%).

Discusión

Como ya hemos comentado, tuvimos serias dificultades metodológicas para clasificar los motivos de interconsulta y finalmente optamos por utilizar una clasificación propia. Aunque este hecho puede dificultar la comparación de nuestros resultados con los de otros estudios, no pensamos que afecte de forma relevante a su validez, especialmente si tenemos en cuenta el objetivo al que responden.

Dadas las dificultades existentes para la recogida de datos (por el volumen de personas implicadas), ésta se realizó de forma consecutiva durante 2 semanas. Somos conscientes por tanto de que, de existir variaciones estacionales en los motivos de derivación, éstas no han sido recogidas. Sin embargo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la mayoría de los motivos de derivación no obedecen a enfermedades estacionales.

Las especialidades a las que se realizaron más derivaciones (ginecología, traumatología, oftalmología, dermatología y otorrinolaringología) coinciden básicamente con los resultados obtenidos en otros trabajos^{5,6,10-12,21,22}. Como en los trabajos referenciados, destaca que las derivaciones a especialidades médicas (cardiología, digestivo, neurología, etc.) apenas representa el 15% del total, lo que puede obedecer a una mejor formación del médico de AP en estas materias, así como a que no dispone de dotación tecnológica adecuada para resolver muchos de los motivos de consulta derivados a especialidades médicoquirúrgicas. También queremos resaltar el hecho de que la morbilidad atendida en AP (enfermedades respiratorias y del aparato circulatorio son las más frecuentes²³⁻²⁵) no se corresponde con las especialidades a las que con más frecuencia se realizan interconsultas.

Quizá lo más llamativo estribe en que los 3 primeros motivos de interconsulta (DTC ginecológico, pérdida de agudeza visual y tumoraciones benignas de la piel), que juntos suman casi un 25% del total, sean problemas que pueden abordarse y resolverse, en su mayor parte, desde AP y en

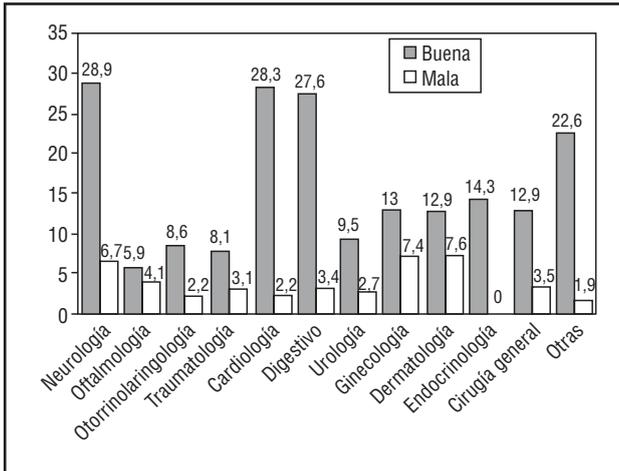


FIGURA 3

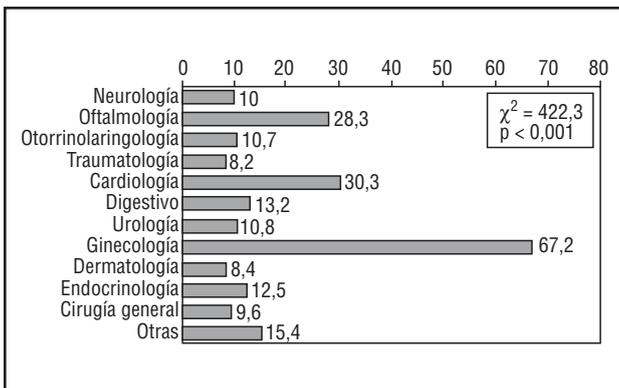


FIGURA 4

los que resulta poco eficiente la utilización de los medios tecnológicos y humanos propios del segundo nivel asistencial, además de que la derivación ocasiona un importante trastorno a los pacientes.

Las actividades preventivas, entre las que se encuentra el DTC ginecológico, son una de las principales funciones a desarrollar por los médicos y enfermeros de AP; forman parte de su perfil profesional^{26,27}, lo que nos lleva a pensar que el peso principal de las mismas debe recaer en este nivel asistencial. La realización periódica de una citología cervicovaginal, la solicitud de mamografías, la exploración de las mamas o la educación en autoexploración mamaria y el aconsejar a las mujeres posmenopáusicas que consulten ante cualquier hemorragia vaginal son, sin duda, actividades que pueden y deben llevarse a cabo desde AP. En nues-



Lo conocido sobre el tema

- Desde atención primaria (AP) se deriva una de cada 20 consultas atendidas.
- Existe un imagen de poca capacidad resolutive de la AP.
- Tenemos identificadas las especialidades a las que más derivaciones se realizan, pero no los motivos de estas derivaciones.

Qué aporta este estudio

- Se identifican los motivos que provocan mayor número de derivaciones desde AP.
- Se aportan datos objetivos que pueden contribuir a una mejor gestión de los recursos y a planificar estrategias formativas.

tra opinión, las principales razones que explican este elevado número de derivaciones para DTC ginecológico son la falta de formación, tiempo y tal vez iniciativa de algunos profesionales de AP, así como el creciente interés de ginecólogos por esta parcela (más del 90% de las derivaciones para DTC ginecológico obedecían a revisiones).

La valoración de la agudeza visual también puede realizarse desde AP. Sin embargo, la detección de déficit en la misma implica, en la mayoría de casos, su corrección a través de lentes que precisan graduación, labor para la cual no existen ni medios ni formación entre los profesionales de AP. Probablemente, la contratación de técnicos optometristas que periódicamente acudan a nuestros centros para valorar a estos pacientes evitaría muchas derivaciones por este motivo y mejoraría el acceso de los usuarios a dicha prestación, así como su eficiencia.

En el año 2001 el INSALUD introdujo la cirugía menor en la cartera de servicios de AP²⁸. Desde el citado año, en nuestra Área de Salud se han realizado un total de 2.979 intervenciones y, de acuerdo con los resultados, se han podido derivar unos 4.400 casos/año; como en el caso del DTC ginecológico, las causas de este importante número de derivaciones hay que buscarlas principalmente en la falta de formación y tiempo de los profesionales de AP, así como en el desacuerdo de algunos especialistas en que esta actividad se realice desde AP.

Otros motivos de derivación frecuentes son los dolores articulares (lumbalgia, cervicalgia, otros dolores articulares). Algunas de estas derivaciones, especialmente las debidas a lumbalgias y cervicalgias, podrían evitarse facilitando a los facultativos de AP el acceso a ciertas pruebas de imagen.

También son frecuentes las interconsultas por enfermedades susceptibles de cirugía (gonartrosis, cataratas, hernias, etc.). La elaboración de guías clínicas que establezcan los aspectos a valorar en estos pacientes y los criterios para la indicación de cirugía, así como la puesta en marcha de planes de actuación coordinados entre ambos niveles, podría contribuir a una mejor selección de casos y a agilizar la gestión clínica de algunos procesos quirúrgicos²⁹.

En la bibliografía revisada, la calidad de los PIC ofrece datos muy heterogéneos. Los trabajos que utilizaron una escala de medición similar a la usada en nuestro estudio^{11,12,20} muestran porcentajes de PIC de buena calidad que oscilan entre el 11,5 y el 61,9% (un 13,1% en nuestro trabajo), mientras que los de mala calidad van del 7 al 40% (un 4,1% en nuestro trabajo), lo que pensamos se puede explicar por la subjetividad a la que se presta este tipo de escalas. El hecho de que la calidad de los PIC fuese diferente dependiendo de la edad de los pacientes podría explicarse por una mayor sensibilización de los facultativos ante problemas de salud en pacientes jóvenes. También llama la atención cómo el mayor porcentaje de PIC de buena calidad se encuentra en especialidades médicas, lo que nuevamente apunta hacia la mejor capacitación del médico de AP en estas materias.

Antes de terminar, queremos hacer referencia a la importante variabilidad en el volumen de interconsultas, que según diferentes estudios puede oscilar entre el 1 y el 69% de los pacientes vistos al año en el primer nivel^{5-7,30} (en España la media se encuentra en torno al 5%). Esta gran variabilidad puede estar condicionada por factores dependientes del profesional de AP (estilo de práctica, formación, experiencia, etc.), pero también del sistema sanitario (accesibilidad a pruebas, dotación tecnológica de AP, relación entre niveles, etc.) o de la atención hospitalaria (número de especialistas, listas de espera, etc.), por aspectos socioeconómicos y, de forma determinante, por las expectativas de los usuarios³¹. Para aclarar el papel que desempeña cada uno de los agentes implicados, sería interesante la puesta en marcha de estudios analíticos que permitan comparar las interconsultas entre profesionales en función de aspectos tales como: formación, presión asistencial, acceso a pruebas, consumo de otros recursos, calidad de la asistencia, satisfacción del usuario o diferencias en los especialistas de referencia. En este sentido, un interesante y polémico estudio publicado en *British Medical Journal* que compara el National Health System y el California's Kaiser Permanente viene a concluir que un sistema sanitario con profesionales de AP más cualificados, con mayor acceso a pruebas diagnósticas, más tiempo por paciente y más especialistas por habitante tiene un coste similar y ofrece mejores resultados³².

Facilitar la accesibilidad de ciertas pruebas diagnósticas en AP, una mejor dotación tecnológica de los centros de salud, el diseño de actividades formativas dirigidas sobre todo a especialidades médico-quirúrgicas, el establecimiento

de cupos máximos que permitan una adecuada atención en consulta, la implementación de protocolos conjuntos que nos aproximen al abordaje integral de los procesos y las actuaciones dirigidas a evitar la retención excesiva de los pacientes en los circuitos hospitalarios a través de revisiones innecesarias son algunas de las medidas que nos pueden ayudar a optimizar las interconsultas y, en consecuencia, a mejorar la atención sanitaria y disminuir las listas de espera.

Bibliografía

1. Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, coordinadores. Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002.
2. Franks P, Glancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revised—protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med*. 1992;327:424-9.
3. Gené J. Escaso futuro para el gatekeeping en España. *Aten Primaria*. 1995;15:418-20.
4. Grumbach K, Selby JV, Damborg C, Bindman AB, Quesenberry C, Truman A, et al. Resolving the gatekeeper conundrum — what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA*. 1999;282:261-6.
5. Yagüe AJ, Blanco MT, Juez AA. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1991;8:472-6.
6. Buitrago F, Chávez M, Cañizo del J, Pedrosa J, Pozuelos G. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1988;5:85-9.
7. Fernández FM, González L, Mora G, Navarro M. El control de las listas de espera debe comenzar en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000;26:578-9.
8. Melguizo M. Generalistas/especialistas: del intrusismo al entendimiento. *Aten Primaria*. 1996;17:429-30.
9. Martínez JI, López LA, March JC. Coordinación de niveles: la conveniencia de los principios. *Aten Primaria*. 1994;14:779-82.
10. Gómez-Calcerrada D, Pérez D, Marsset P. Exploraciones y derivaciones en un centro de salud: estudio de los factores asociados. *Aten Primaria*. 1996;17:353-7.
11. Rubio V, Rodríguez ML, Sampredo E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000;26:681-4.
12. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam*. 1991;1:132-40.
13. Huertas I, Pereiró J, Sanfélix J, Rodríguez R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria*. 1996;17:317-20.
14. González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria*. 1995;16:433-6.
15. De Alba C, Miguel I, García de Blas F, Barajas MA. Derivaciones desde atención primaria a reumatología. *Aten Primaria*. 1995;15:533-4.
16. López M, González F, Cassini L, Espejo A, Solís JM, Gómez B. Derivaciones desde atención primaria a neumología: influencia

- del modelo asistencial y especialización. *Aten Primaria*. 1994;14:881-6.
17. Elcuaz R, Beorlegui J, Cortés F, Goñi C, Espelosín G, Sagredo T. Análisis de las derivaciones urgentes a dermatología. *Aten Primaria*. 1998;21:131-6.
 18. Sáez F, Francia A, Díaz A, Sufrate D, Gómez Ferreras M, Barquín JL. Derivaciones desde atención primaria a traumatología: el punto de vista del especialista. *Aten Primaria*. 1997;20:570-1.
 19. Velasco MV, Río del M, San Telesforo MJ, Antoranz MJ, García J, Rodríguez E. Variabilidad en las derivaciones desde AP. ¿Un estilo de consulta? *Centro de Salud*. 1995;10:737-42.
 20. Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
 21. Fraile L, Abreu MA, Muñoz JC. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde la unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc)*. 1986;86:405-9.
 22. Goodman BW, Guy L. Clinical consultation from a University Family Medicine Teaching Unit. *Fam Med*. 1983;5:123-8.
 23. Aguilar J, Alcedo S, Gracia A, Zumeta T, Marín M, Martín A. Análisis de la morbilidad en una consulta de atención primaria con historia clínica informatizada. *Centro de Salud*. 2001;9:99-105.
 24. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaén CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the «black box». A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract*. 1998;46:377-89.
 25. Palomo L, García L, Gervás J, García A, López A, Sánchez F. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. *Aten Primaria*. 1997;19:469-76.
 26. Gómez T, Lobos JM, Ferrándiz J. Situación actual y perspectivas de futuro de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Perfil profesional del médico de familia. En: Díaz-Rubio M, coordinador. Libro del Año. Medicina familiar y comunitaria 1995. Madrid: Saned; 1995. p. 17-41.
 27. Gallo FJ. Perfil profesional del médico de familia. Situación en España. En: Gómez T, Ceitlin J, editores. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: semFYC, CIMF; 1997. p. 179-85.
 28. Aguilera M, Vega L, Abad A, Romera MT, García M, Palanca I, et al. Cartera de servicios. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, coordinadores. Atención Primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002.
 29. Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torras MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
 30. Franks P, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M. Variations in primary care physician referral rates. *Health Serv Res*. 1999;34:323-9.
 31. Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* [publicado 13 Feb 2004]. Disponible en: 10.1136/bmj.38013.644086.7C
 32. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135-43.