

Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias

M.J. García Pais^a, M.T. Rigueiro Veloso^a, P. Rodríguez Ledo^b, C. Rodríguez Fernández^c, A. Muriel^d, V. Abaira^d, B. Abarca^e, J. Conde^f, E. García Ferrero^a y E. Casariego Vales^a

^aServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. España.

^bCentro de Salud de O Courel. Seoane do Courel. Lugo. España.

^cCentro de Salud de Samos. Samos. Lugo. España.

^dUnidad de Bioestadística. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

^eCentro de Salud la Milagrosa. Lugo. España.

^fServicio de Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Xeral-Calde. Lugo. España.

INTRODUCCIÓN. El objetivo de este estudio es conocer la idoneidad de las interconsultas dirigidas desde Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias analizando sus características desde el punto de vista de las dos partes implicadas.

MÉTODOS. Cuatro médicos (2 de Atención Primaria y 2 Internistas hospitalarios) analizaron retrospectivamente las peticiones de interconsulta y las notas de la primera consulta de 225 pacientes seleccionados aleatoriamente entre las consultas realizadas entre enero y julio de 2003 en un hospital de carácter provincial.

RESULTADOS. El 26% de las interconsultas se consideran innecesarias si se exige el acuerdo de los cuatro observadores (el 26,6% adecuadas y sin acuerdo en el 47,2% restante), y 37% cuando sólo se requiere que coincidan tres de los cuatro investigadores. La categoría en la que se alcanza un mayor grado de acuerdo es la de las consultas inadecuadas. Estas interconsultas corresponden a pacientes más jóvenes, procedentes del medio urbano, se acompañan de hojas de solicitud de consulta de peor calidad y generan un menor número de revisiones.

CONCLUSIONES. Las consultas externas médicas hospitalarias están lastradas por un número muy elevado de IC no adecuadas o innecesarias, a las que se remiten pacientes con características diferentes de aquellos remitidos para consultas consideradas adecuadas.

Palabras clave: interconsulta, consulta, Atención Primaria, Medicina Interna.

INTRODUCTION. This study aims to know the adequacy of specialized care referrals from Primary Care to hospital medical specialities, analyzing their characteristics from the point of view of the two parties involved.

METHODS. Four doctors (2 from primary care and 2 hospital internists) retrospectively analyzed the specialized care requests and notes of the first consultation of 225 patients randomly selected among the consultations made between January and July 2003 in a provincial Hospital.

RESULTS. A total of 26% of the specialized care referrals were considered unnecessary if agreement of four observers is required (26.6% adequate and no agreement in the remaining 47.2%) and 37% were considered unnecessary when three of the four investigators had to agree. The category that reaches the highest degree of agreement is that of inadequate consultations. These referrals correspond to younger patients, from urban setting. They are accompanied by consultation request sheets having worse quality and generate fewer reviews.

CONCLUSIONS. The hospital out-patient visits are hindered by a very high number of inadequate or unnecessary specialized care consultations, to which patients are sent with characteristics different from those sent with consultations that are considered to be adequate.

Key words: referral, consultation, Primary Care, Internal Medicine.

Correspondencia: M.J. García Pais
C/ San Roque 89-91, 1.º B. 27002 Lugo. España.
Correo electrónico: garciapais@wanadoo.es

Recibido el 18-10-05; aceptado para su publicación: 21-03-06.

INTRODUCCIÓN

Remitir un paciente a las consultas externas hospitalarias es una opción utilizada por el médico de Atención Primaria (AP) para procurar asistencia concreta a los pacientes en las fases de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o seguimiento. De esta forma, la interconsulta (IC) es la for-

ma de interrelación y contacto entre ambos niveles asistenciales. La IC es por tanto una necesidad asistencial indicada si: a) el diagnóstico no está claro, b) no hay respuesta al tratamiento, c) se precisan otras valoraciones en enfermedades de mal pronóstico o d) el paciente desea otra opinión¹. Se considera que una IC es adecuada y de calidad cuando existe una indicación médica clara, se dirige al facultativo o servicio apropiado y se aporta la información necesaria para que la consulta permita solucionar del modo más eficaz el problema planteado².

En la actualidad el número de consultas que se realiza en nuestro sistema sanitario público es elevado (por ejemplo, en el año 2002, en Galicia se realizaron más de 13,5 millones en AP y más de 4 millones en atención especializada)³. La organización de este volumen de trabajo no está exento de problemas: grandes retrasos en el acceso, sistemas de priorización poco eficaces, etc⁴. En este contexto, el estudio de la idoneidad o necesidad de la consulta a servicios médicos hospitalarios desde AP es uno de los parámetros que permiten evaluar la calidad y el funcionamiento del sistema¹. Las consultas innecesarias o mal dirigidas no sólo son poco útiles o inconvenientes para un paciente concreto, sino que además tienen un alto coste de oportunidad pues dificultan la atención al resto. Si bien en nuestro país existen diferentes estudios que analizan la calidad del documento de interconsulta, son pocos los que abordan la cuestión de su idoneidad^{1,5-11}. Sin embargo, este análisis es importante ya que permitiría estimar cuántas consultas podrían evitarse, estudiar las causas que las generan, y plantear soluciones alternativas específicas, esto es, que permitan atender esa demanda de forma aceptada para todas las partes implicadas. Todo ello ayudaría a establecer criterios de actuación, planificar y asignar recursos e implantar planes de mejora continua de la calidad asistencial.

Por todo ello, este estudio se planteó con el objetivo de conocer el acuerdo entre médicos en la consideración de la idoneidad de las derivaciones; explorar distintas definiciones de idoneidad según el acuerdo y determinar la frecuencia y características de las consultas inadecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y descriptivo realizado en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo, centro que proporciona cobertura asistencial a una población aproximada de 250.000 personas. Dispone de consultas externas, abiertas a AP, para la totalidad de las especialidades médicas. Dos de las consultas externas de Medicina Interna se dedican a tiempo completo a atender las consultas dirigidas desde AP, atendiendo un promedio de 12 nuevas consultas/día, razón por la que fueron elegidas como punto de muestreo de este estudio.

Para valorar la idoneidad de las IC realizadas desde AP a las consultas externas del hospital, cuatro médicos, dos de AP y dos Internistas, analizaron tanto la petición de IC como la información recogida en la historia clínica del hospital correspondiente a la primera visita del paciente.

Se seleccionó una muestra de los pacientes atendidos entre octubre de 2002 y julio de 2003, cuyo tamaño se calculó considerando que el porcentaje de consultas incorrectas se situaría entorno al 16%, con un error máximo del 4,6%, para $\alpha = 0,05$ y para una población de referencia de aproximadamente 2.000 consultas. La cifra resultante se incrementó en un 5% para cubrir los casos de historias no disponibles. De esta forma se seleccionaron, entre todos los atendidos por vez primera en este periodo de tiempo en las consultas consideradas y mediante un muestreo aleatorio simple, las historias clínicas de 225 pacientes.

Cada caso fue analizado por los cuatro observadores de forma independiente y cada uno de ellos contestó a una encuesta con doce apartados que incluían la revisión de los datos administrativos y diferentes preguntas que valoraban la adecuación de la remisión y la calidad de la hoja de IC. Para ello se evaluó tanto la petición de interconsulta como las notas correspondientes a la primera visita al hospital.

Con respecto a la idoneidad, la consulta fue catalogada como adecuada (existe un motivo médico, necesidad administrativa-informe y/o petición de prueba complementaria que no se puede realizar en AP y el especialista al que se remite es el apropiado), parcialmente adecuada (los motivos están justificados pero el destinatario es incorrecto) e inadecuada (no existe un motivo médico evidente para la IC o el problema se puede resolver en AP). Respecto a la calidad del documento de IC se definieron las siguientes categorías: correcta (la petición especifica el motivo de consulta, incluye datos exploratorios mínimos y aporta los resultados de las pruebas complementarias ya realizadas en AP), parcialmente correctas (consta el motivo de consulta pero no figuran otros datos de interés) e incorrecta (no se especifica el motivo de consulta ni ningún otro dato relevante).

Se consideró que el paciente provenía del medio urbano cuando residía en un municipio de más de 30.000 habitantes. Para establecer el número de visitas sucesivas a la consulta se realizó un seguimiento a través de los archivos informáticos del Centro.

El análisis estadístico partió de la descripción de las variables recogidas, utilizando las medidas de tendencia central y de dispersión oportunas en función de su tipo y su distribución. Para analizar el grado de acuerdo entre los cuatro observadores respecto a las tres categorías de adecuación de la derivación se utilizó el índice Kappa generalizado con pesos bicuadrados. Para el análisis de la concordancia parcial por grupos se utilizó el índice Kappa. Tras considerar diferentes definiciones de idoneidad de una consulta, según el acuerdo entre los observadores en su clasificación, se procedió a analizar las características de los pacientes en ambos grupos de consultas. Se utilizó la prueba χ^2 para la comparación de variables cualitativas y la prueba de Student para la comparación de dos medias, excepto para el número de revisiones en la que se utilizó la prueba de Wilcoxon. Para identificar aquellas variables que se asocian de un modo independiente con la

adecuación de la derivación se utilizó un modelo de regresión logística. Todas las pruebas se realizaron con un planteamiento bilateral. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$. Se utilizó el paquete estadístico SIGMA¹² en el análisis de concordancias y el SPSS 11.5¹³ en el análisis de regresión logística.

RESULTADOS

Se analizaron, de forma independiente por los cuatro observadores, un total de 225 historias clínicas correspondientes a otros tantos pacientes. De éstas, el 60% pertenecían a mujeres, la edad media fue 58,6 (DE 19,6 años) y el rango osciló de 17 a 90 años. El 67,6% de los pacientes provenían del medio rural. De ellos, 52 (23,2%) habían acudido con anterioridad a otras consultas del hospital, si bien 45 (86,8%) lo habían hecho por un motivo distinto al actual.

Con respecto a la idoneidad de la consulta, cuando valoramos de forma simultánea la opinión de los 4 observadores, el 26,6% se consideraron adecuadas de forma unánime y el 26,2% inadecuadas. En el 47,2% restante (Kappa = 0,602) no se alcanzó un acuerdo. Sin embargo, cuando se tiene en cuenta el lugar de trabajo de los facultativos (AP o Especializada), el resultado es muy diferente (tabla 1). Por una parte, para los dos facultativos de AP el 43,7% las consultas eran adecuadas y el 34,7% inadecuadas. Por el contrario, los facultativos de Medicina Interna consideraron conjuntamente que el 37,1% de las consultas eran adecuadas y el 43,3% inadecuadas. La categoría, de entre las 3 propuestas, en que se alcanza un mayor grado de acuerdo es la de las consultas inadecuadas.

Dado que el mayor desacuerdo se produjo al identificar la categoría intermedia, denominada derivación parcialmente adecuada, se analizó si los cuatro observadores distinguían bien entre las tres categorías tomadas dos a dos (tabla 2). Nuevamente se puede apreciar cómo el mayor grado de concordancia se centra en la identificación de las consultas inadecuadas.

Puesto que no existe ningún tipo de criterio establecido, en primer lugar optamos por considerar que una consulta era adecuada, inadecuada o parcialmente adecuada cuando tres de los cuatro observadores así lo consideraban. Con este criterio se catalogaron como adecuadas 88 (39,1%) de las consultas, inadecuadas 85 (37,8%), parcialmente adecuadas 3 (1,3%) y no se alcanzó acuerdo suficiente en las 52 restantes (21,8%). Puesto que este criterio podría no ser suficiente, se realizó un segundo análisis, clasificando a cada consulta en la categoría en la que los cuatro observadores estaban de acuerdo. De esta forma se consideraron adecuadas 60 (26,6%), consultas inadecuadas 59 (26,2%) y hubo desacuerdo en las 106 restantes (47,2%) y se denominaron indeterminadas.

Para estudiar las diferencias entre las consultas adecuadas e inadecuadas se analizaron tomando como referencia este último criterio (coincidencia de los cuatro observadores). En la tabla 3 podemos observar que los pacientes con

Tabla 1. Grado de acuerdo, por grupos de facultativos en función de su lugar de trabajo sobre la adecuación de las interconsultas

	Atención Primaria	Especializada
Consideradas inadecuadas	34,7%	43,3%
Kappa	0,607	0,70
IC 95% de Kappa	0,44-0,77	0,49-0,91
Kappa por categorías		
– Adecuada frente a inadecuada o parcialmente adecuada	0,65	0,71
– Inadecuada frente a adecuada o parcialmente adecuada	0,75	0,72
– Parcialmente adecuada frente a adecuada o inadecuada	0,12	0,54

Tabla 2. Distinción entre las tres categorías de adecuación

	Kappa	Proporción Esperados-Observados	
Adecuada frente a inadecuada o parcialmente adecuada	0,558	0,5	0,78
Inadecuada frente a adecuada o parcialmente adecuada	0,557	0,50	0,79
Parcialmente adecuada frente a adecuada o inadecuada	0,146	0,85	0,87

Tabla 3. Análisis univariante de los factores diferenciadores entre consultas adecuadas e inadecuadas, estratificadas según el acuerdo simultáneo de los cuatro observadores

	Adecuadas (n = 60)	Inadecuadas (n = 59)	p	Indeterminadas (n = 106)
Edad (media, DE) (años)	63,2 (19,2)	54,4 (19,5)	0,01	56,1 (18,6)
Sexo femenino (%)	51,7	62,7	NS	56,3%
Calidad interconsulta (%)			0,008	
Correcta	35,6	8,9		24,2%
Parcial	44,4	55,6		51,5%
Incorrecta	20	35,6		24,2%
Procedencia urbana (%)	21,7	37,3	0,04	
N.º de visitas posteriores por el mismo motivo (media, DE)	2,6 (1,3)	1,8 (0,9)	0,0001	2,1 (1,1)
N.º médicos emisores	50	47		51

consultas inadecuadas son más jóvenes ($p < 0,001$), de procedencia urbana ($p < 0,04$), con mayor frecuencia mujeres ($p = NS$), portan una hoja de IC de peor calidad ($p < 0,008$) y generan un menor número de visitas ($p < 0,0001$). Las consultas denominadas indeterminadas mostraron valores intermedios, en todos los aspectos analizados, entre las consideradas adecuadas e inadecuadas.

En el análisis multivariante, tras ajustar por la edad, el sexo y el lugar de residencia y tomando como referencia las derivaciones consideradas correctas (tabla 4), se observa que las hojas de consulta parcialmente correctas y las incorrectas se asocian de modo significativo a derivación incorrecta. Por otra parte las derivaciones incorrectas se asocian con un menor número de revisiones.

Tabla 4. Resultados de la regresión logística para una derivación incorrecta

	B	E.T.	Wald	gl	p	OR	IC 95%	OR
Edad	-0,017	0,011	2,420	1	0,120	0,983	0,963	1,004
Sexo	0,037	0,454	0,007	1	0,936	1,037	0,426	2,524
Hoja de consulta			7,365	3	0,061			
Correcta								
Parcialmente correcta	1,697	0,699	5,888	1	0,015	5,457	1,386	21,491
Incorrecta	1,968	0,773	6,487	1	0,011	7,158	1,574	32,552
Dudosa	1,475	0,737	3,999	1	0,046	4,369	1,030	18,536
Rural frente a urbano	0,715	0,506	1,997	1	0,158	2,045	0,758	5,516
N.º veces	-0,807	0,235	11,830	1	0,001	0,446	0,282	0,707
Constante	0,304	1,266	0,058	1	0,810	1,355		

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que un alto porcentaje de consultas realizadas desde AP a las especialidades médicas del hospital son consideradas no adecuadas o innecesarias: 26% cuando se exige el acuerdo de los cuatro observadores y 37% cuando sólo se requiere que coincidan tres de los cuatro investigadores. Estas IC corresponden a pacientes más jóvenes, procedentes del medio urbano, se acompañan de hojas de solicitud de consulta de peor calidad y generan un menor número de revisiones.

La racionalización del sistema sanitario consiste en definir y tratar al paciente según su necesidad en el nivel asistencial que precisa, evitando el uso no adecuado de otros servicios¹⁴. En la actualidad, las consultas externas del hospital están sobrecargadas lo que produce disfunciones, como las listas de espera¹⁵, en las que se incluyen tanto a pacientes con patologías graves, que necesitan una atención sin demoras, como a pacientes que no requieren de la compleja estructura hospitalaria para su cuidado^{4,15}. Estos últimos dificultan la actividad en este nivel asistencial y contribuyen a generar otras disfunciones como, por ejemplo, una mayor presión sobre los servicios de Urgencia por pacientes que no pueden, o no desean, aguardar los a veces largos periodos de tiempo de espera¹⁶. Esta cascada de disfunciones podría mejorarse reduciendo el número de IC no adecuadas o innecesarias. Sin embargo, en nuestro país son pocos los estudios diseñados específicamente para valorar la idoneidad de las IC realizadas a especialidades médicas del hospital desde AP. De hecho, la mayor parte de los datos disponibles son indirectos: de un estudio realizado para valorar la eficacia de las consultas de medicina interna, se pueden inferir tasas de IC no adecuadas del 15 al 20%¹¹, en estudios sobre consultas monográficas los porcentajes se sitúan en torno al 30-35%⁶ y, en otro estudio, el 29,6% de las visitas a urgencias se consideraron inapropiadas¹⁷. Estos datos son consistentes con los nuestros y sugieren que aproximadamente un tercio de las consultas a servicios médicos son innecesarias. De ser así cabe pensar que las estructuras actuales no permiten dar respuesta, en el nivel correcto de atención, a un elevado porcentaje de situaciones y que, para mejorar su funcionamiento se precisan reorganizaciones de los servicios que cubran esta necesidad.

Uno de los problemas más relevantes es definir lo que se considera una consulta no adecuada o innecesaria. La interpretación puede ser muy distinta por parte de unos y otros médicos, emisores y receptores y no existe una definición sencilla, práctica y extrapolable. Por ello, nosotros, sobre la base de definiciones previas^{18,19}, establecimos unos criterios de clasificación propios y una estrategia que consistió en la valoración independiente tanto por médicos de AP como por internistas del hospital. Este tipo de análisis ha permitido determinar que el porcentaje de consultas consideradas inadecuadas es distinto según el lugar de trabajo del observador (34,7% AP y 43,2% medicina interna), pero también que, dentro de cada grupo, el grado de concordancia para la identificación de esta categoría es excelente, lo que indica que los dos grupos tienen criterios y necesidades diferentes. Si el objetivo prioritario es conseguir mejoras en los procesos asistenciales, parece razonable acercar ambas posturas, para lo que consideramos imprescindible mejorar la comunicación y la colaboración entre ambos estamentos. El desplazamiento de un internista del hospital al centro de salud para resolver problemas puntuales²⁰ o la visita conjunta del médico de AP e internista a pacientes seleccionados²¹ son experiencias muy prometedoras que ilustran nuevas formas de colaboración y organización de los servicios. Permiten mantener al médico de familia como responsable básico de la salud de los ciudadanos y al internista como médico consultor, lo que puede contribuir a mejorar la eficacia de la atención sanitaria. Por todo ello creemos que es preciso explorar y contrastar sus resultados en otros lugares del país.

Con respecto a las características de los pacientes, nuestro estudio muestra que el perfil de los que son derivados a una consulta considerada no adecuada difiere de los atendidos en una consulta adecuada: son más jóvenes (edad media 54 años frente a 63), proceden de medio urbano (37,3% frente al 20,5%), portan hojas de consulta de peor calidad (solo un 8,9% debidamente cumplimentadas) y generan un menor número de revisiones (1,8 frente a 2,6). Estos resultados no resultan sorprendentes ya que los pacientes más jóvenes, de medio urbano y de mayor capacidad económica tienen mayor accesibilidad a los centros hospitalarios²² y una percepción diferente sobre la salud y la asistencia sanitaria²³. Algunos estudios han relacionado las tasas de derivación a consultas especializadas

del hospital con la edad, formación y años de ejercicio profesional del médico de AP, así como con la organización en el centro de trabajo^{5,9,24,25}. Sin embargo, probablemente la presión del paciente es cada vez más importante, y se ha apreciado que contribuye de forma significativa al incremento de la demanda asistencial²⁶ y es responsable de hasta un 20% de las derivaciones, incluso cuando el médico de cabecera no está de acuerdo²⁷. En este contexto no sorprende la baja calidad del documento de IC (tan sólo se han considerado correctas el 8,9% en el grupo de las inadecuadas frente al 35,6% en el grupo de la categoría adecuada) y los resultados son similares a los encontrados en otros estudios diseñados específicamente para valorar su calidad⁶.

Estos resultados deben de analizarse teniendo en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar este estudio se diseñó para cuantificar las IC no necesarias o inadecuadas y no para determinar sus causas. El elevado porcentaje de dichas consultas sugiere que son precisos nuevos estudios que investiguen las razones y sean idóneos para plantear soluciones. En segundo lugar, hemos utilizado definiciones meramente operativas, creadas exclusivamente para este estudio y no contrastadas previamente. Sin embargo hemos podido constatar que existe una concordancia adecuada entre médicos de diferentes niveles y los resultados globales son consistentes con los de otros estudios, por lo que cabe pensar que nuestros resultados no difieren de forma importante de los reales. En tercer lugar nuestros datos podrían ser muy diferentes a los registrados en otras áreas, donde los patrones sociodemográficos o de morbilidad y la estructura de los servicios sanitarios quizá sean distintos. Sin embargo, lo que parece evidente es que este tipo de problemas es común y que sólo es abordable mejorando la comunicación y coordinación entre ambos niveles asistenciales. Diversos estudios han mostrado que la calidad asistencial mejora en la medida que lo hace la coordinación entre AP y especializada^{9-11,28}. Desgraciadamente esta es una tarea pendiente en nuestro sistema sanitario. Corregir esta debilidad es clave para atender a todos los pacientes en el nivel asistencial adecuado y mejorar la eficiencia. En este sentido puede ser muy útil determinar el alcance de algunas experiencias previas planteadas para mejorar los circuitos de comunicación entre AP y el hospital, tales como la asistencia del especialista hospitalario al centro de salud^{20,21}, la existencia de líneas de comunicación directa vía telefónica^{20,29}, la elaboración de protocolos consensuados de IC^{10,11} o la implantación de formas alternativas a la consulta convencional³⁰. Todo ello ha de servir para decidir si es necesaria la implantación de nuevas formas de consulta.

En resumen, la actividad asistencial de las consultas externas médicas de hospital está lastrada por un número muy elevado de IC no adecuadas o innecesarias, a las que se remiten pacientes con características propias y con un perfil bien diferenciado del apreciado en los que acuden a las consultas consideradas adecuadas. Se necesitan nuevos estudios que nos ayuden a identificar las causas de esta situación y a proponer soluciones apropiadas, eficaces y efi-

cientes y que puedan ser aplicadas en múltiples áreas sanitarias.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. S. Pértega Díaz, de la Unidad de Epidemiología Clínica del Hospital Juan Canalejo de A Coruña, por su contribución en el análisis estadístico y a la Dra. J. Monteagudo Romero por su labor en la revisión del texto. Proyecto financiado con una ayuda de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia (SERGAS 2002: PGIDT.02.SAN.91701).

BIBLIOGRAFÍA

1. Yagüe Hernando AJ, Blanco Ramos MT, Juez Juez AA. Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1991;8:472-6.
2. Rivas Crespo, JC, de Pablo Chinchetru R, Cordero Guevara JA, et al. Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el Área de Burgos. *Aten Primaria*. 1997;19:257-61.
3. Memoria del Sergas, año 2002. 9-Actividad asistencial. [consultado 10-12-2004]. Disponible en <http://www.sergas.es/gal/organizacion/memoria/2002/9.MEMORIA2002.pdf>
4. Peiró S. Listas de espera: mucho ruido, poca información, políticas oportunistas y mínima gestión. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2000;2:126-31.
5. López Alcázar M, González Vargas F, Cassini Gómez de Cádiz L, et al. Derivaciones desde atención primaria a neumología: influencia del modelo asistencial y especialización. *Aten Primaria*. 1994;14:881-6.
6. Galgo Nafria A, Martell Claros N, García Ruiz FJ, et al. Análisis de la derivación de médicos de atención primaria a una unidad de hipertensión hospitalaria. *Aten Primaria*. 1997;19:296-300.
7. San Román Terán CM, Viciano Fernández P, García Calvo MI, et al. Consulta de especialidades médicas. Un sistema de selección y protección de Hospitales Generales Básicos. *Rev Clin Esp*. 1988;182:173-7.
8. Buitrago Ramírez F, Chávez García LM. Análisis de las interconsultas y pruebas complementarias solicitadas por un centro de salud en un período de tres años. *Aten Primaria*. 1990;7:200-4.
9. Velasco Sánchez V, Otero Puyme A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1993;11:406-11.
10. Alonso Pérez de Agreda JP, Febrel Bordeje M, Huelín Domeco de Jaraúta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000;14:122-30.
11. Mimbela Sánchez MM, Foradada Baldellou S. Análisis de la interrelación atención primaria – atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria*. 1993;12:65-8.
12. Abraira V, Zaplana J. PRESTA: un paquete de procesamientos estadísticos. *Proceedings de la Conferencia Iberoamericana de Bioingeniería*. Gijón.100: 1984.
13. SPSS Inc. SPSS for Windows ver 11.0. Chicago IL:SPSS;1999.
14. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perepérez S, et al. Características de la hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:653-8.
15. Pujol Farriols R, Corbella Virós X. El especialista en medicina interna como consultor en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:60-1.
16. Camp Herrero J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales. *Med Clin (Barc)*. 1988;91:779-82.
17. Sempere-Salva T, Peiró S, Sendra-Pina P, et al. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associates factors, and reasons. An approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001;37:629-32.
18. Knottnerus JA, Joosten J, Daams J. Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review. *British Journal of General Practice*. 1990;40:178-81.
19. Pringle M. Referral letters-ensuring quality. *The Practitioner*. 1991;235:507-10.

20. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:463-8.
21. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122:46-52.
22. Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, et al. Diferencias socio-económicas en la utilización de los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:285-8.
23. Ruhm CJ. Good times make you sick. *J Health Econ*. 2003;22:637-58.
24. Bower P, Campbell S, Bojke C, et al. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:273-9.
25. Gené Badía J. Todos los ciudadanos se han beneficiado de la política de diversificación de la gestión de atención primaria en Cataluña. *Cuadernos de Gestión*. 2003;9:117-9.
26. Ordoño J. Análisis del proceso de apoyo diagnóstico y/o terapéutico en atención primaria. *Atención Primaria*. 1992;10:572-3.
27. Little P, Dorward M, Warner G, et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*, [Consulta: 05/07/2005]. doi:10.1136/bmj.38013.644086.7C (published 13 February 2004).
28. Thompson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
29. González López E, Espejo Matorrales F. Hospitalización a domicilio en el medio rural difícil sin atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:718-9.
30. Zambrana JL, Ojeda B, Marín M, Almazán S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-5.