

Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada

F. Moreno-Martínez^a, J.L. Casals-Sánchez^a, J.M. Sánchez-Rivas^a, R. Rivera-Irigoin^a y M.Á. Vázquez Sánchez^b

^aCentro de Salud Las Lagunas. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas-Costa. Málaga. España.

^bCentro de Salud San Andrés-Torcal. Distrito Sanitario Málaga. Málaga. España.

INTRODUCCIÓN. El documento de interconsulta P111 es, en nuestro medio, el formulario clínico utilizado en la comunicación entre Atención Primaria y el segundo nivel asistencial. El objetivo general de este estudio es valorar la calidad de la información recogida en el documento de derivación.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo observacional donde fueron analizados los documentos de interconsulta recogidos por el servicio de admisión en un centro de salud urbano durante 7 días laborables. Se utilizaron criterios de calidad previamente definidos por Irazábal et al.

RESULTADOS. En el estudio se incluyeron 428 documentos de interconsulta. El 38,8% de los pacientes derivados fueron varones. La edad media fue de 42 años. Respecto al cumplimiento del documento: el 95,3% era legible, el 56,3% hacía referencia a antecedentes personales, el 19,2% a tratamiento habitual, el 88,1% a síntomas o enfermedad actual, el 32% a exploración física, el 18,2% a pruebas complementarias, el 16,8% a tratamiento de la enfermedad actual y el 86,7% al motivo de derivación. Según la calidad de la información médica: el 16,6% fue considerado como bueno, el 62,9% fue aceptable y el 20,5% malo. Las especialidades más demandadas fueron: Traumatología, Oftalmología, Dermatología y Otorrinolaringología. El 82,4% de las derivaciones se realizaron al hospital de referencia.

CONCLUSIONES. Los resultados sugieren que hay posibilidades de mejora en el cumplimiento de los documentos de interconsulta, fundamentalmente en relación a antecedentes personales, tratamiento habitual, exploración física y tratamiento de la enfermedad actual. Un documento estándar que incluya todas estas variables podría ayudar.

Palabras clave: derivación de pacientes, Atención Primaria, Atención Especializada, calidad de información.

INTRODUCTION. In our setting the referral letter P111 is the interclinical form used for communication between Primary Health Care and second care level. The main objective of this study is to evaluate the quality of the information transmitted by the referral letter.

MATERIAL AND METHODS. A descriptive observational study was made where the referral letters gathered from the admission service in an urban health center during 7 working days were analyzed. Quality criteria previously defined by Irazábal et al were used.

RESULTS. Four hundred twenty eight referral letters were included in the study, 38.8% of the referral patients being men. Mean age was 42 years. Regarding the filling out of the documents, 95.3% were legible, 56.3% mentioned personal background, 19.2% mentioned usual treatment, 88.1% symptoms, 32% physical examination, 18.2% complementary tests, 16.8% treatment of the disease and 86.7% the referral reason. According to the quality of the medical information: 16.6% were considered to be good referral letters, 62.9% acceptable and 20.6% bad. The specialties requested most were traumatology, ophthalmology, dermatology and otorhinolaryngology. A total of 82.4% of the referrals were made to the reference hospital.

CONCLUSIONS. The results suggest that there are possibilities of improvement in the filling out of the referral letters, mainly in relationship to personal background, usual treatment, physical examination and treatment of the present disease. A standardized referral letter which includes all these variables could be useful.

Key words: referrals of patients, Primary Health Care, Specialist Care, quality of information.

Correspondencia: F. Moreno Martínez.
Urbanización el Lagarejo, Conjunto La Noria A8. 29650 Mijas-Costa.
Málaga. España.
Correos electrónicos: pacomorenom@yahoo.es; pacomorenom@wanadoo.es

Recibido el 26-02-07; aceptado para su publicación el 18-12-07.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada del paciente en el sistema sanitario. Entre los objetivos que debe cumplir la AP está el de asegurar una asistencia personalizada, integrada, continuada y permanente^{1,2}. El médico de familia ocupa un lugar muy importante en el sistema, ya que centraliza la atención del paciente y la información y coordina la circulación de los pacientes en el sistema sanitario³. La mayoría de las necesidades de salud que son demandadas se resuelven a este nivel. No obstante, entre un 4-6% de los pacientes asistidos en la consulta son derivados a un segundo nivel asistencial especializado^{2,4-9}. Existe una gran variabilidad entre los médicos respecto al número de derivaciones que realizan, por lo que resulta difícil valorar la necesidad o conveniencia de las mismas. Una alta tasa de derivaciones puede suponer una demanda inapropiada, que genera un coste económico significativo, aunque por otro lado una baja tasa puede plantear dudas sobre la calidad asistencial recibida. Factores como la edad, el sexo, los años de trabajo o el grado de formación del médico se han planteado como factores que podrían modificar esta tasa, aunque los datos no son definitivos^{7,9-12}. La presión asistencial también se ha sugerido como probable factor de influencia⁶. Se hace, por tanto, imprescindible y necesaria una buena coordinación entre los niveles asistenciales¹³ que implique la existencia de un cauce dinámico y abierto de comunicación entre ambos¹⁴.

El documento de interconsulta P111 es, en nuestro medio, la herramienta utilizada en la comunicación del médico de AP con el segundo nivel asistencial. La importancia de reflejar en este documento una correcta y completa historia médica facilita y orienta al especialista sobre el motivo que ha causado la derivación. De igual forma, es fundamental que la actuación del especialista llegue al médico de familia para integrar y coordinar la asistencia sanitaria⁹.

No obstante, tenemos la impresión de que la comunicación entre niveles asistenciales en nuestro medio es deficiente. Se han referido diversos elementos como causantes de la descoordinación en el sistema: déficit de recursos, tiempo, sobrecarga asistencial con largas listas de espera, fallos en el canal de comunicación y falta de respuesta del médico especialista. Todo ello hace que el paciente se encuentre perdido dentro de un sistema altamente burocratizado⁵.

El objetivo general de este estudio fue valorar la calidad del documento de derivación según la información recogida. Como objetivos secundarios nos propusimos conocer las características demográficas de la población derivada, describir la distribución de las especialidades demandadas y el carácter preferencial del documento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo observacional donde fueron analizados los documentos de interconsulta (también denominados P111) recogidos durante 7 días laborables en el Centro de Salud de Las Lagunas, procedentes de

los 21 médicos de AP y 6 pediatras que componen la plantilla médica del propio centro de salud y de los consultorios de La Cala de Mijas y Mijas. Este centro de salud, situado en Mijas-Costa, pertenece a la zona básica de salud Las Lagunas, adscrita al distrito Costa del Sol (Málaga), da cobertura sanitaria a una población aproximada de 47.000 habitantes, según datos del distrito sanitario, y su hospital de referencia es el hospital comarcal Costa del Sol (Marbella), aunque los pacientes pueden ser remitidos a otros hospitales y centros de especialidades de la capital.

Con el consentimiento del director de nuestro centro de salud y la colaboración del servicio de admisión se recogieron todos los documentos de interconsulta P111 que fueron recibidos en el servicio de admisión durante 7 días laborables (del 2 al 10 de febrero de 2004), que fueron un total de 428.

El circuito habitual que sigue el documento de interconsulta en nuestro centro de trabajo es el siguiente: el paciente recibe en mano la derivación por parte del médico de AP y lo entrega en el servicio de admisión del centro. Una vez llega el documento a este nivel puede seguir dos circuitos según el hospital al que es remitido. Por un lado, si los hospitales referidos son el Costa del Sol (Marbella), el Materno-Infantil, el Civil, el Carlos Haya o el Centro de Alta Resolución de Especialidades de Málaga, el documento es enviado íntegro con toda la información por correo enlace. Si son los hospitales Clínico o Marítimo, o el Centro de Especialidades San José Obrero de Málaga, la derivación se efectúa por correo electrónico a través del sistema Libre Elección de Médico Especialista y Hospital, de forma que sólo se toma la cita, y es el paciente el depositario del documento con toda la información médica que deberá entregar en mano al especialista.

Las variables recogidas en el documento de interconsulta para valorar el cumplimiento y el nivel de calidad del mismo, así como para conocer las características demográficas de la población derivada fueron las siguientes: fecha de derivación, edad del paciente, sexo, médico que realizó el documento de interconsulta, especialidad a la que se dirige, hospital o centro sanitario, carácter normal o preferente de la petición, legibilidad de los datos, filiación del paciente, referencia a antecedentes personales, referencia a medicación habitual, referencia a sintomatología, referencia a exploración física, referencia a pruebas complementarias, referencia a medidas terapéuticas para el proceso actual, motivo de la consulta o derivación, realización del documento (mecanizado o escrito a mano) y diagnóstico de presunción o diagnóstico diferencial.

Para la valoración de la calidad de los P111 se utilizaron criterios de calidad previamente utilizados en otros estudios^{5,15,16}. Para el análisis del cumplimiento de los criterios de calidad se han seguido las recomendaciones de Rubio et al¹⁶ (tabla 1) modificándolas parcialmente, doblando los datos de antecedentes personales del tratamiento habitual a fin de facilitar la clasificación por niveles de calidad y, por otro lado, la figura de diagnóstico de presunción o diagnóstico diferencial del motivo de la consulta o derivación. Para agrupar los documentos por nive-

Tabla 1. Criterios en el cumplimiento del documento de interconsulta

1. Constancia de datos de filiación
2. Legibilidad
3. Referencia a antecedentes personales
4. Referencia a medicación habitual
5. Referencia a sintomatología
6. Referencia a exploración física
7. Referencia a pruebas complementarias
8. Referencia a medidas terapéuticas para el proceso actual
9. Figura diagnóstica de presunción o diagnóstico diferencial
10. Motivo de la consulta o derivación

Modificada de Rubio et al¹⁶.

Tabla 2. Niveles de calidad del documento de interconsulta

1. Bueno, si contiene:
 - 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 consulta
2. Aceptable:
 - Queda claro el motivo de interconsulta
 - Presenta datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior
3. Malo:
 - llegible
 - Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual
 - Ausencia de información

Fuente: Irazábal y Gutiérrez⁵. Modificada de Morera et al¹⁵.

les de calidad en buenos, aceptables y malos se han seguido las recomendaciones de Irazábal y Gutiérrez⁵ modificadas de Morera et al¹⁵ (tabla 2).

Algunas derivaciones fueron cursadas sin poder ser recogidas íntegramente, por lo que sólo disponemos de la matriz del documento, que no recoge los datos médicos, pero que sí nos ha permitido conocer el hospital de referencia, la especialidad a la que se remite y el carácter preferencial del documento. De este modo, los resultados obtenidos en estos apartados contaron con estos 21 documentos recuperados parcialmente, dando lugar a un total de 449 derivaciones en lugar de 428.

No han sido incluidas en el estudio aquellas derivaciones que no requieren el P111, como son los programas del centro de salud (planificación familiar, diagnóstico precoz de cáncer, consulta de dispositivo intrauterino, embarazo y cirugía menor), los estudios de Radiología simple, Odontología y derivaciones urgentes, que no son recogidas por el servicio de admisión.

Los documentos han sido analizados por separado por los componentes del equipo investigador según los criterios de calidad de derivación escogidos. Para los casos en los que había discordancia en el análisis, los autores se reunieron con un médico ajeno al equipo para llegar a una decisión consensuada. En la evaluación, los profesionales del centro desconocían que se estaba realizando la recogida de los documentos.

Para el análisis de los datos del estudio se utilizó el programa informático SPSS en su versión 11.

Tabla 3. Cumplimiento del documento de interconsulta (n = 428)

		Porcentaje (frecuencia)
Legibilidad	Sí	95,3 (408)
	No	4,7 (20)
Filiación del paciente	Sí	96,3 (412)
	No	3,7 (16)
Antecedentes personales	Referidos	56,3 (241)
	No referidos	43,7 (187)
Tratamiento habitual	Referido	19,2 (82)
	No referido	80,8 (346)
Síntomas/enfermedad actual	Referidos	88,1 (377)
	No referidos	11,9 (51)
Exploración física	Referida	32,0 (137)
	No referida	66,4 (284)
	No procede	1,6 (7)
Pruebas complementarias	Referidas	18,2 (78)
	No referidas	34,3 (147)
	No procede	46,0 (197)
	Realizadas, no comentadas	1,4 (6)
Tratamiento de la enfermedad	Referido	16,8 (72)
	No referido	43,5 (186)
	No procede	39,7 (170)
Motivo de derivación	Referido	86,7 (371)
	No referido	13,3 (57)

RESULTADOS

Fueron recogidos un total de 428 documentos de interconsulta. Para el análisis de los apartados de hospital de referencia, especialidad a la que se remite y carácter de la petición contamos con un total de 449 documentos.

El 61,2% de los pacientes derivados fueron mujeres (n = 262). La edad media de los pacientes remitidos fue de 42 años, con una desviación típica de 21 (se incluyeron todas las derivaciones, incluidos los pacientes pediátricos, que representaban un 12,9%).

Respecto al grado de cumplimiento del documento de interconsulta (tabla 3), los criterios con niveles más altos de cumplimiento fueron: constancia de datos de filiación (96,3%), legibilidad del documento (95,3%), descripción de sintomatología (88,1%) y motivo de derivación (86,7%). Los criterios con mayor grado de incumplimiento fueron los referentes a los antecedentes personales (56,3%), la exploración física (32%), el tratamiento habitual (19,2%) y el tratamiento de la enfermedad actual (16,8%). En el 22% (n = 94) constaba la existencia de un diagnóstico específico de presunción.

El motivo de derivación (tabla 4) más frecuente referido fue el de valoración o estudio en un 43,7% (n = 187), se-

Tabla 4. Motivo de derivación (n = 428)

	Porcentaje (frecuencia)
Valoración o estudio	43,7 (187)
Revisión	13,1 (56)
A petición del paciente	10,5 (45)
Pruebas complementarias	7,9 (34)
Tratamiento	5,4 (23)
Petición de material o visado	1,9 (8)
Citación (pérdida cita)	1,9 (8)
Derivado por otro médico	0,9 (4)
Descartar enfermedad	0,7 (3)
Otros	0,7 (3)
No	13,3 (57)

Tabla 5. Niveles de calidad de los documentos (n = 428)

	Porcentaje (frecuencia)
Bueno	16,6 (71)
Aceptable	62,9 (269)
Malo	20,6 (88)

guido de revisión en un 13,1% (n = 56), por petición del paciente en un 10,5% (n = 45), realización de pruebas complementarias en un 7,9% (n = 34) y para tratamiento en un 5,4% (n = 23). No figuraba motivo de derivación en el 13,3% de los documentos (n = 57).

Según los criterios establecidos (tabla 2) para clasificar los documentos por nivel de calidad, fue catalogado como bueno un 16,6%, aceptable un 62,9% y malo un 20,6% (tabla 5).

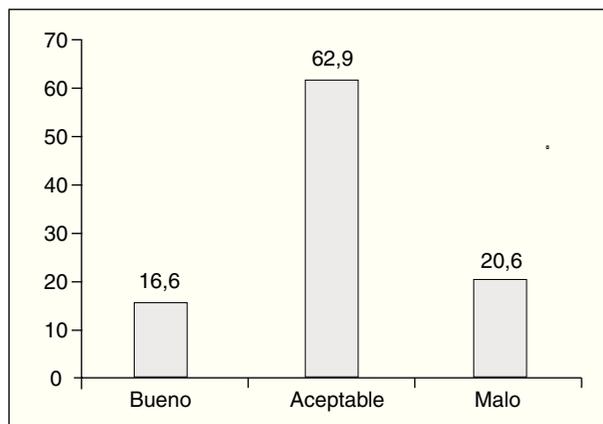
Las especialidades a las que los pacientes fueron remitidos con mayor frecuencia fueron Traumatología en un 16,7% de los casos, Oftalmología en un 16,3%, Dermatología en un 10,2%, Otorrinolaringología en un 7,8%, Radiología (estudios radiológicos) en un 7,3%, Medicina Interna en un 6,5%, Cirugía en un 4,9% y Ginecología en un 4,7%.

Se remitió al hospital de referencia (Hospital Costa del Sol, Marbella) el 82,4% de los pacientes (n = 370), al Hospital Marítimo 29 pacientes (6,5%) y al Hospital Clínico-Universitario 19 pacientes (4,2%).

Del total de los 449 documentos de interconsulta recogidos de los que se disponía de la matriz, el 88,2% (n = 396) de los casos fue remitido con carácter normal, mientras que el 11,8% (n = 53) tenía carácter preferente. El 82,7% (n = 354) de los documentos se encontraba informatizado y el resto se había escrito a mano (n = 74). En un 14,7% (n = 63) figuraba el nombre del especialista al que era derivado el paciente.

DISCUSIÓN

En ningún momento se ha pretendido valorar la indicación de la derivación del paciente. Al contrario que otros estudios^{10,11,17-19}, no conocemos las circunstancias en las que se ha producido la derivación, por lo que pensamos, al igual que otros autores⁸, que no es nuestra obligación

**Figura 1. Niveles de calidad de los documentos (n = 428).**

calificar la actuación de otros profesionales. Pretendemos analizar objetivamente la información del documento con criterios previamente establecidos.

Hemos encontrado unos niveles de calidad en las derivaciones (tabla 5 y fig. 1) mayores a los referidos en la bibliografía revisada^{5,10}, donde se analizan con los mismos criterios. Consideramos esta mayor calidad como un rasgo del centro de salud concreto donde se ha realizado el estudio. No obstante, la falta de similitud de criterios con otros estudios¹³ hace difícil su comparación. No hemos encontrado referencias de criterios sobre calidad validados a nivel nacional o internacional. Las variables que recogen toda la información administrativa y médica que componen el documento de derivación (mostrados en la tabla 1) son muy similares y coincidentes con las sugeridas por otros profesionales pertenecientes a otros sistemas sanitarios^{20,21}. Los criterios con niveles más altos de cumplimiento fueron constancia de datos de filiación (96,3%), legibilidad del documento (95,3%), descripción de sintomatología (88,1%) y motivo de derivación (86,7%), mientras que los criterios que por su incumplimiento tuvieron más peso en la falta de calidad y por tanto donde mayor incidencia hay que hacer, con un amplio margen de mejora, fueron los referentes a los antecedentes personales (56,3%), el tratamiento habitual (19,2%), la exploración física (32%) y el tratamiento de la enfermedad actual (16,8%).

Cabe destacar que en un 13,3% de las derivaciones no figura el motivo de derivación (tabla 4), aspecto similar a otros estudios^{22,23}, mientras que son el motivo de diagnóstico o el tratamiento los más frecuentemente referidos^{10,18}. Puede discutirse que el motivo de derivación "valoración o estudio" haga pasar la responsabilidad sobre el especialista¹⁶. En nuestra experiencia, esta figura no exime de responsabilidad al médico de AP. Pensamos que no coarta la libertad ni la actuación del especialista en su proceder, aunque al igual que otros autores²⁴ creemos que hay que emitir un juicio diagnóstico, o al menos una impresión diagnóstica, que pueda servir de orientación al especialista (22% en nuestro estudio, 75% en las derivaciones

a Dermatología). Existe un porcentaje relevante de derivaciones que suponen trámites burocráticos al médico de familia (revisión 13,1%, que podría ser gestionado desde el propio servicio hospitalario; citación 1,9%, proporcionar material o visados 1,9%). Por último, hay que reseñar que en un 10,5% el motivo de derivación es “a petición del paciente”. Creemos que esta figura es correcta, al no tener que justificar una interconsulta *a priori* no indicada y poner en conocimiento del especialista la demanda específica del paciente al médico de familia. La presión que se ejerce sobre el médico de AP para ser remitido a otro especialista es un aspecto ampliamente estudiado, y puede estar en el origen del 8 al 20% del total de derivaciones⁸⁻¹¹. En nuestro estudio no se comunicó a los médicos del centro de salud que se estaba realizando la recogida de documentos para no influenciar su práctica clínica habitual, por lo que probablemente la influencia de la presión del paciente sobre la derivación quede infraestimada.

La distribución de las derivaciones por especialidades coincide en general con las encontradas en otros estudios^{3,5,14-16}. No obstante, las remitidas a Oftalmología para graduación ocular y a Salud Mental en nuestro medio sí siguen esta vía.

No analizamos como el resto las derivaciones urgentes, ya que no queda constancia de ellas en el servicio de admisión. En nuestro estudio el porcentaje de derivaciones preferentes es del 11,8%, superior a otros estudios⁹.

Al igual que otros autores, pensamos que el desarrollo del sistema informático mejorará la correcta transmisión de datos para asegurar la legibilidad y los datos de filiación de todos los documentos, aunque hayamos encontrado una ligera mejora en la misma: legibilidad 95,3% frente a 93%^{16,25}. Cabría plantearse una mejora en el documento de interconsulta P111 y en el programa informático donde se indicasen por un lado todos los apartados que se aconsejasen rellenar, y por otro que facilitasen la consulta y el acceso a toda la información del paciente, algo que sí ocurre con la lista de problemas (como antecedentes personales) pero no con el tratamiento habitual.

Respecto al circuito que recorre el documento, el servicio de admisión encuentra dificultad a la hora de gestionarlos dependiendo del centro de referencia, por lo que sería aconsejable unificar criterios. Por otra parte, la entrega del documento al paciente o los familiares hace recaer sobre éstos la custodia de la confidencialidad de la historia clínica; y además puede condicionar la calidad de la información médica cuando datos que deseáramos dar a conocer al especialista quisiéramos mantenerlos como información reservada, de forma que puede ser difícil dejar constancia en un P111 que va a leer el paciente una sospecha de neoplasia sin pruebas confirmatorias o si creemos que el paciente está buscando prolongar injustificadamente una baja laboral, para lo que se sugieren otras medidas como el correo interno para evitar en lo posible este sesgo^{5,15}.

Hemos encontrado múltiples estudios en la literatura revisada que defienden la necesidad de mejorar la comunicación entre niveles asistenciales para mejorar la calidad mé-

dica asistencial a través de una mayor información y coordinación^{5,13,14,16,22,23,26}. Aparte de la consultoría^{10,18,27}, otras figuras son apoyadas, como la de establecer guías clínicas o criterios conjuntos de derivación^{10,16,18,19} o mejorar el acceso de la historia clínica informatizada a ambos niveles^{16,26}, incluyendo la telemedicina¹⁸.

Analizar las derivaciones efectuadas por AP y la respuesta por parte de los especialistas hospitalarios^{20,28} podría ayudar a identificar e impulsar medidas de mejora en la comunicación entre ambos niveles asistenciales y seguramente llevaría asociada una disminución en el número de derivaciones.

Queda pendiente, y será objeto de un próximo estudio, la reevaluación de la calidad de los documentos de interconsulta tras una intervención de mejora como fue la de exponer los resultados obtenidos en una sesión clínica en el centro de salud para conocer la opinión del equipo médico, de lo que se espera una mejora de la calidad de la información del P111, consiguiendo de esta forma cerrar el ciclo de garantía de calidad²⁹.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer al director del Centro de Salud de Las Lagunas, el Dr. Francisco Ruiz Solanes, su predisposición a facilitarnos los trámites burocráticos que supone un estudio de estas características y la colaboración recibida por todo el personal de administración del centro que nos facilitó la recogida de la documentación utilizada en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín Zurro A, Cano JF Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2000.
- Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. Gac Sanit. 1988;9:271-5.
- Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2002.
- Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? Aten Primaria. 1996;17:376-81.
- 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.
- Roland MO, Bartholomew J, Morrell DC, McDermott A, Paul E. Understanding hospital referral rates: a user's guide. Br Med J. 1990;301:98-102.
- Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, von Schrader S. Family physicians' referral decisions. Results from the ASPN referral study. J Fam Pract. 2002;51:215-22.
- de Pablo L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Aten Primaria. 2005;35:146-51.
- Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. J Gen Intern Med. 1999;14:281-6.
- Albertson GA, Lin CT, Kutner J, Schilling LM, Anderson SN, Anderson RJ. Recognition of patient referral desires in an academic managed care plan. J Gen Intern Med. 2000;15:242-7.
- Wilkin D, Smith A. Explaining variation in general practitioner referral to hospital. Fam Pract. 1987;4:160-9.
- Velasco V, Otero P. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. Aten Primaria. 1993;11:406-11.

14. Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria*. 1993;12:65-8.
15. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre Atención Primaria y Atención Especializada. *Medifam*. 1995;1:132-40.
16. Rubio V, Rodríguez ML, Sanpedro 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.
17. Jenkins RM. Quality general practitioner referrals to outpatient departments: Assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract*. 1993;43:111-3.
18. Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *Br J Gen Pract*. 2000;50:116-20.
19. Emmanuel J, Walter J. Referrals from general practice to hospital outpatient departments: a strategy for improvement. *Br Med J*. 1989;299:722-4.
20. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *Br Med J*. 1992;304:821-4.
21. Young DW, Parkes J, Davis WA, Harman D, Williams RS. Out-patient letters: requirement and contents. *Eff Health Care*. 1985; 2:225-9.
22. 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.
23. Miranda I, Peñarrubia MT, García I, Caramés E, Soler M, Serrano A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Aten Primaria*. 2000;32:524-30.
24. Ruiz FJ, Piqueras V, Aznar JA. ¿Es posible mejorar la asistencia psiquiátrica a través del proceso de derivación? *Aten Primaria*. 1995; 15:491-7.
25. Huertas I, Pereiró I, Sanfélix J, Rodríguez R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria*. 1996;17:317-20.
26. Sandúa JM, Escolar F, Sangrós FJ, Elviro T. Comunicación informatizada entre un centro de salud y su hospital de referencia. *Aten Primaria*. 2000;26:579-80.
27. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continuada 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.
28. Roland M. General practitioner referral rates: interpretation is difficult. *Br Med J*. 1988;297:437-8.
29. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.