

Evaluación de la demanda derivada en atención primaria

L. de Prado Prieto^a, L. García Olmos^b, F. Rodríguez Salvanés^c y A. Otero Puime^d

Objetivo. Analizar el patrón de derivación en consultas de atención primaria de un área de salud de Madrid. Un segundo objetivo es analizar los cambios que se hayan producido en dicho patrón.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo y transversal de la demanda derivada.

Emplazamiento. Tres centros de salud urbanos del Área 2.

Participantes. Se han seleccionado todas las derivaciones realizadas durante 3 semanas consecutivas por 13 médicos que atendieron a un total de 6.012 visitas en ese período. El estudio se realizó entre febrero de 2002 y marzo de 2003.

Mediciones principales. En cada derivación se determinaron los datos del paciente, del médico y de la derivación.

Resultados. Se estudiaron 349 derivaciones, lo que supone una tasa de derivación del 5,8% (5,21-6,39). De los pacientes derivados, el 65,5% era mujer, con una edad media \pm desviación estándar (DE) de 50,6 \pm 21 años. Las especialidades que han recibido más derivaciones son ginecología, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, rehabilitación, traumatología y cirugía general. Los diagnósticos más frecuentes derivados, el 25,6% del total, son revisión ginecológica, disminución de la agudeza visual, otras enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo, artrosis, dolor articular, diabetes, neoplasia benigna de la piel, depresión y sordera. Un 92,3% de las derivaciones fueron dirigidas a un centro de especialidades, el 89,7% de forma normal. En el 18,3%, el médico sintió algún grado de presión por parte del paciente para derivarlo.

Conclusiones. El patrón de derivación es similar al de estudios anteriores. El hecho de que la población tenga una actitud más participativa y un mayor acceso a la información, y el aumento de la medicina defensiva no parecen haber modificado el patrón de derivación.

Palabras clave: Demanda derivada. Atención primaria. Médico de familia.

EVALUATION OF REFERRALS IN PRIMARY CARE

Objective. To study the process of referral from primary care in a health area in Madrid. The second objective was to evaluate the trends in the referral process.

Design. Observational, descriptive and cross-sectional study.

Setting. Three urban health centers in the Area 2.

Participants. All referrals made by 13 doctors during 3 consecutive weeks. The total number of visits attended were 6012. The study was realized between February 2002 and January 2003.

Main measurements. Patient, doctor and referral characteristics on every referral.

Results. 349 referrals were studied. The rate of referral 5.8% (5.21-6.39). The referred patients, 65.5% women, medium age 50.6 \pm 21. The specialties that received more referrals are gynecologist, ophthalmology, dermatology, otorhinolaryngology, rehabilitation, orthopedic surgeon and general surgeon. The most common conditions referred, 25.6% of all referrals, are gynecologist check, blindness, other illnesses of subcutaneous cellular tissue, arthrosis, joint pain, diabetes, benign neoplasm of skin, depression and hypoacusis. 92.3% of the referrals were sent to the specialist center. 89.7% were normal (no urgent). The reason for referral was to accede to the patient's request in 18.3% of the referrals.

Conclusions. The process of referral is similar to previous studies. Although people are more participative, have more information and the defensive medicine is increasing, the process of referral have not changed.

Key words: Referrals. Primary care. Family physician.

^aCentro de Salud Goya 2. Área 2. Madrid. España.

^bUnidad de Docencia. Área 2. Madrid. España.

^cUnidad de Epidemiología. Hospital la Princesa. Madrid. España.

^dDepartamento de Medicina Preventiva. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:
Lidia de Prado Prieto,
Juan de La Hoz, 9, 1 B.
28028 Madrid. España.
Correo electrónico:
lidiadeprado@hotmail.com

Manuscrito recibido el 19 de mayo de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de julio de 2004.

Introducción

Entre las funciones básicas de la atención primaria (AP) se encuentra la resolución de un alto porcentaje de los problemas de salud mediante la derivación al nivel especializado de aquellos no resueltos en el nivel primario. La derivación es aquella situación en la que se produce una transferencia de la responsabilidad (en todo o en parte) del cuidado del paciente desde el médico de AP al especialista^{1,2}. La atención especializada atiende los procesos cuya complejidad excede la capacidad de la AP³. Las principales razones para derivar son los dilemas diagnósticos y/o terapéuticos⁴, el manejo de enfermedades poco comunes (los médicos derivan más habitualmente los problemas infrecuentes que los más frecuentes)⁵ y, en algunos casos, la solicitud explícita por parte del paciente.

Como indicador para medir la demanda derivada se utiliza el cociente entre el número de derivaciones por médico y el número de visitas atendidas por médico en un período 100 o 1.000, esto es, la tasa de derivación (TD). En un estudio europeo, esta tasa fue del 6%⁶.

Hay una inexplicada variabilidad en los niveles de derivación entre los distintos profesionales en la que se han identificado diferentes factores: el patrón de morbilidad, la oferta de servicios, el paciente (sexo, nivel socioeconómico, etc.) y el médico (formación, personalidad, etc.)^{1,7-9}.

Traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y dermatología son las especialidades a las que se deriva a los pacientes con mayor frecuencia (pueden concentrar alrededor del 60% de las derivaciones)¹⁰; en otros estudios se incluyen la cirugía general^{4,11} y la gastroenterología, y se excluye la oftalmología⁴.

Hay una correlación positiva entre la tasa de derivación y el grado de presión que el médico siente por parte del paciente para derivarlo^{7,12}.

Hoy día hay mayor información en los medios de comunicación a disposición de la población, por lo que ésta exige más calidad en la asistencia del profesional médico (más exactitud diagnóstica, más calidad de resultados terapéuticos, utilización de pruebas más sofisticadas y complejas, creencia en la mayor competencia de un especialista, percepción de la necesidad de determinadas pruebas diagnósticas, exigencia del derecho a ser visitado por el especialista, creencia de los pacientes de que cualquier problema de salud tiene solución, etc.)^{1,7}, de modo que la demanda derivada y la presión del paciente sobre el médico cabe esperar que serán mayores.

A medida que la población ha ido adoptando una actitud más participativa en los sistemas de salud, se ha ido incrementando el estilo de consulta llamado «medicina defensiva» por temor a posibles consecuencias legales¹, lo

Material y métodos
Cuadro resumen

Esquema general del estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal de la demanda derivada.

que también puede contribuir a un aumento de las derivaciones.

Por todas las razones anteriormente mencionadas, cabe esperar que el patrón de derivación se haya modificado respecto de los resultados de trabajos previos. El objetivo del presente estudio es analizar el patrón de derivación en las consultas de atención primaria de un área de salud de Madrid. También se pretende comprobar si se han producido cambios en el patrón de derivación respecto de los datos de estudios anteriores.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico, observacional y transversal.

El estudio se ha realizado en 3 centros de salud (CS) urbanos del Área 2 de Madrid cuya población es una de las más envejecidas de la región. El Centro de Especialidades Ambulatorias (CE) y los 3 hospitales de referencia para los CS que han participado están situados a una distancia menor de 4 km de aquéllos, y se encuentran bien comunicados entre sí.

El cálculo del tamaño muestral se hizo mediante la estimación de una tasa de derivación del 6%, con un error del 2,5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo un tamaño muestral de 347 derivaciones.

Si se asume que un médico atiende a unos 30 pacientes al día, realizará 1,8 derivaciones por día. Por lo tanto, en 3 semanas un médico habrá realizado 27 derivaciones. Si en cada CS participan 5 médicos, se alcanzarían 405 derivaciones.

Se invitó a participar a todos los médicos de los 3 CS. Los que han participado lo hicieron voluntariamente.

La población de estudio ha estado constituida por los pacientes atendidos por los médicos. Se han recogido datos de todas las derivaciones consecutivas realizadas por un mismo médico en un período de 3 semanas. El trabajo de campo se realizó entre febrero de 2002 y enero de 2003.

En cada derivación se recogieron las siguientes características: del paciente (sexo, edad y nacionalidad), de la derivación (problema/diagnóstico, especialidad a la que se deriva, grado de urgencia y destino) y del médico (especialidad, edad, sexo, antigüedad, docencia, cupo y grado de presión que el médico ha sentido para derivar).

Para codificar los diagnósticos (motivos de consulta, signos o síntomas) se utilizó la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria de la Wonca¹³.

La nacionalidad de los pacientes se clasificó en: España y otro país.

Las especialidades donde se deriva se clasificaron en 2 grupos: el primero incluye, además de las especialidades médicas, psiquiatría, pediatría, dermatología, rehabilitación, radiología, anestesiología y alergología, y el segundo engloba las especialidades quirúrgicas y las medicoquirúrgicas.

La urgencia de la derivación se estableció como urgente, preferente o normal. El destino de derivación se dividió en centro de especialidades y resto (urgencias, hospital y consultas externas del hospital).

La antigüedad del médico se refiere a los años de ejercicio profesional. El término docencia hace referencia a la presencia o no en la consulta de médicos en período de formación MIR.

La presión sentida por el médico por parte del paciente para derivarlo mide el grado en que el principal motivo de derivación es la influencia que el paciente ejerce sobre el médico para derivarlo, bien por su intranquilidad o por su propio deseo. Se clasificó en pequeña, grande o ningún tipo de influencia.

Se entregó a cada médico un cuadernillo de registro para cada derivación.

Para las variables cuantitativas se calcularon las medianas y sus respectivos rangos y medias, con sus desviaciones típicas correspondientes. Para las variables cualitativas se han calculado proporciones y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$. Los resultados han sido procesados mediante los programas SPSS 10.0. y Epi Info 2002.

Resultados

La población total atendida ha sido de 6.012 pacientes. Se han generado 349 derivaciones totales, lo que supone una TD de 5,8% (5,21-6,39). En los varones, la TD era de 5,21 y en mujeres de 6,18. Por grupos de edad, la TD fue de 7,7 para los < 45 años, de 5,6 para la población de 45-65 años y de 4,4 para los > 65. La TD por médico oscila entre el 1,56 y el 9,49%.

Participaron 13 médicos (del primer CS, de 16 médicos, participaron 7; del segundo CS, de 8 médicos, participaron 4; y del tercer CS, de 10, participaron 2). Nueve médicos con la especialidad en medicina familiar y comunitaria realizaron el 74,5% de las derivaciones totales, con una TD del 5,8%; 1 con la especialidad en medicina interna efectuó el 7,7%, con una TD de 8,7%; y 3 sin especialidad realizaron el 17,8%, con una TD del 4,9%. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p = 0,035$).

De los 13 médicos que han participado, 12 son mujeres. La edad media \pm desviación estándar (DE) es de $37,8 \pm 6,8$ años (rango, 27-48 años). La media de años de ejercicio

TABLA 1
Especialidad a la que se deriva

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje de derivaciones (IC del 95%)
Ginecología	57	16,3 (15,67-16,9)
Oftalmología	47	13,5 (12,38-14,6)
Dermatología	38	10,9 (9,9-11,9)
ORL	27	7,7 (6,85-8,54)
Rehabilitación/fisioterapia	26	7,4 (6,5-8,22)
Traumatología	21	6,0 (5,7-6,28)
Cirugía general digestiva	17	4,9 (4,22-5,57)
Cardiología	15	4,3 (3,67-4,92)
Endocrinología	15	4,3 (3,67-4,92)
Psiquiatría	14	4,0 (3,39-4,6)
Neurología	14	4,0 (3,39-4,6)
Digestivo	13	3,7 (3,11-4,28)
Urología	13	3,7 (3,11-4,28)
Alergología	11	3,2 (2,65-3,74)
Neumología	8	2,3 (1,83-2,76)
Reumatología	7	2,0 (1,57-2,42)
Medicina interna	2	0,6 (0,36-0,83)
Cirugía cardiovascular	2	0,6 (0,36-0,83)
Cirugía maxilofacial	1	0,3 (0,13-0,46)
Nefrología	1	0,3 (0,13-0,46)

IC: intervalo de confianza; ORL: otorrinolaringología.

profesional es de $12,25 \pm 7$ (rango, 2-24). El tamaño medio del cupo de cada médico es de $1.882,5 \pm 174,5$ pacientes (rango, 1.450-2.300). Del total de médicos, 6 están acreditados como tutores de residentes, y en estas consultas se generó el 48,7% del total de derivaciones.

Las mujeres constituyen la mayoría de los pacientes atendidos por cada médico, con un 61,67% del total, y también son mayoría entre los pacientes derivados (65,6%). La media de edad de los pacientes derivados es $50,6 \pm 21$ años. El 17,5% de los pacientes derivados era extranjero.

Todas las derivaciones fueron dirigidas a 20 especialidades (tabla 1). La especialidad con mayor porcentaje de derivaciones recibidas fue ginecología, con 16,3% del total, y las que menos nefrología y cirugía maxilofacial con un 0,3%. En 7 especialidades se concentran dos tercios de todas las derivaciones (66,5%).

Los diagnósticos más frecuentes motivo de derivación se presentan en la tabla 2. En 32 diagnósticos se agrupa el 58% de todas las derivaciones. En 9 diagnósticos se agrupa la cuarta parte de todas las derivaciones (25,6%).

En la tabla 3 se relacionan los motivos/diagnósticos más frecuentes derivados a las 7 especialidades que han recibido más derivaciones. Las especialidades a las que más se deriva son las que reciben los diagnósticos más frecuente-

TABLA 2 Diagnósticos más frecuentes motivo de derivación

Diagnósticos más frecuentes	Frecuencia	Porcentaje de derivaciones (IC del 95%)
Revisión ginecológica	15	4,3 (3,67-4,92)
Disminución agudeza visual/ceguera	14	4,0 (3,39-4,6)
Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	11	3,2 (2,65-3,74)
Artrosis	10	2,9 (2,38-3,41)
Dolor articular	9	2,6 (2,11-3,08)
Diabetes mellitus	8	2,3 (1,83-2,76)
Neoplasia benigna de piel	8	2,3 (1,83-2,76)
Depresión	7	2,0 (1,57-2,42)
Sordera/disminución audición	7	2,0 (1,57-2,42)
Hipotiroidismo	6	1,7 (1,3-2,09)
Dolor oído/otitis media aguda/crónica	6	1,7 (1,3-2,09)
Dolor garganta/faringitis crónica	6	1,7 (1,3-2,09)
Dismenorrea	6	1,7 (1,3-2,09)
Alergia	6	1,7 (1,3-2,09)
Embarazo	6	1,7 (1,3-2,09)
Miopía/errores de refracción	5	1,4 (1,04-1,76)
Glaucoma	5	1,4 (1,04-1,76)
Cardiopatía isquémica	5	1,4 (1,04-1,76)
Polinosis/fiebre del heno	5	1,4 (1,04-1,76)
HBP/prostatitis	5	1,4 (1,04-1,76)
Quieste sebáceo	5	1,4 (1,04-1,76)
Disfonía/afonía	5	1,4 (1,04-1,76)
Planificación familiar	5	1,4 (1,04-1,76)
Verrugas vulgares	4	1,1 (0,78-1,42)
Bocio tóxico/nódulo	4	1,1 (0,78-1,42)
Ansiedad	4	1,1 (0,78-1,42)
Cataratas	4	1,1 (0,78-1,42)
Varices en extremidades inferiores	4	1,1 (0,78-1,42)
Acné	4	1,1 (0,78-1,42)
Hombro doloroso	4	1,1 (0,78-1,42)
Hallux valgus	4	1,1 (0,78-1,42)
Epigastralgia	4	1,1 (0,78-1,42)

IC: intervalo de confianza.

mente derivados (tablas 1-3), excepto para los casos de artrosis, dolor articular y diabetes mellitus, que son procesos que ocasionan derivaciones a especialidades diferentes de las 7 citadas (como traumatología, reumatología o endocrinología).

La mayoría de las derivaciones fueron dirigidas al centro de especialidades (92,3%), el 4,9% a las consultas externas del hospital y el 2,6% a urgencias.

El 89,7% de las derivaciones fueron realizadas por vía normal, el 4% con carácter urgente y el 6,3% de forma preferente.

TABLA 3 Diagnósticos más frecuentes derivados a las 7 especialidades a las que más se deriva

Especialidad (% de derivaciones)	Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Ginecología (16,3%) n = 57	Revisión	15	26,3
	Embarazo	6	10,5
	Dismenorrea	6	10,5
Oftalmología (13,5%) n = 47	Disminución agudeza visual/ceguera	14	29,78
	Diabetes mellitus	7	14,89
	Dolor ojo	6	12,7
Dermatología (10,9%) n = 38	Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	11	28,9
	Neoplasia benigna piel	8	21
	Acné	4	10,5
Otorrinolaringología (7,7%) n = 27	Disminución audición/sordera	7	25,9
	Dolor garganta/faringitis crónica	5	18,5
	Disfonía/afonía	5	18,5
Rehabilitación/fisioterapia (7,4%) n = 26	Artrosis	7	26,9
	Dolor articulación	6	23
Traumatología (6%) n = 21	Hallux valgus	4	19
	Traumatismo/golpe	4	19
Cirugía general (4,8%) n = 17	Hernia inguinal y/o escrotal	3	17,6
	Quieste sebáceo	3	17,5

La mayoría de las derivaciones realizadas se llevaron a cabo sin que el médico se sintiera presionado por parte del paciente (81,7%). En el 18,3% de las derivaciones realizadas, el médico sintió algún grado de presión por parte del paciente para que lo remitiera al especialista (en el 8,3% el médico sintió una presión grande y en el 10% una presión pequeña).

Discusión

La TD encontrada está muy próxima a la tasa europea⁶ y se mantiene similar a la de otros estudios anteriores realizados en nuestro país, donde fue del 11¹⁰, el 7¹⁴ o el 6,63%¹⁵. A pesar de que la población ha adquirido una actitud más participativa en el sistema de salud y se podría esperar que la TD hubiera aumentado, ésta no se ha modificado de forma significativa. La mayoría de los pacientes derivados ha sido mujer, al igual que en otros estudios^{16,17}; esto se corresponde con el hecho de que la media de mujeres atendidas por cada médico es mayor en todos los grupos de edad.

Las especialidades a las que más se ha derivado continúan siendo prácticamente las mismas que en la mayoría de los estudios realizados, donde pueden llegar a concentrar entre el 45,4⁴ y el 60%¹⁰ de todas las derivaciones. Esto puede deberse a que, probablemente, el patrón de morbilidad

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La derivación es aquella situación en la que se produce una transferencia del cuidado del paciente desde el médico de atención primaria al de atención especializada.
- Hoy día hay más información en los medios de comunicación, se cree en la mayor competencia de un especialista y la población exige más calidad en la asistencia profesional del médico.
- El estilo de consulta llamado «medicina defensiva» está aumentando.

Qué aporta este estudio

- La tasa de derivación del estudio ha sido del 5,8%, la mayoría de los pacientes derivados ha sido mujer, entre las especialidades a las que se deriva hay un predominio de las quirúrgicas, y el porcentaje de derivaciones en las que el médico se ha sentido presionado por el paciente ha sido del 18,3%.
- El patrón de derivación actual apenas ha variado respecto de estudios más antiguos.

de la población de estudio apenas ha variado respecto de la de hace unos años. Destaca en nuestro caso la derivación a rehabilitación, que no se encuentra entre las especialidades a las que más se deriva en otros estudios. Puede deberse al tipo de población que predomina en el área de estudio, muy envejecida y con más procesos degenerativos osteomusculares. Al igual que en estudios previos¹⁸, hay un predominio de las especialidades quirúrgicas, lo que puede estar asociado con una falta de preparación del médico de familia y de medios técnicos en la consulta de atención primaria.

Los diagnósticos, signos o síntomas derivados con más frecuencia son similares a los de otros estudios previos⁴. Las derivaciones codificadas como «exploración médica a sano asintomático/revisión» fueron todas dirigidas a ginecología para el diagnóstico precoz de carcinoma de cerviz. «Artrosis» y «dolor articular», motivos de derivación muy frecuentes en este estudio, pueden asimilarse a «signos y síntomas musculares esqueléticos» y «lumbalgia» como motivos frecuentes en otros estudios⁴. Igualmente, aparecen 2 diagnósticos, «otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo» y «neoplasias benignas de piel», que engloban un conjunto de afecciones dermatológicas que podrían codificarse bajo cualquiera de ellos, lo que los convertiría en los diagnósticos derivados con más frecuencia por el médico de atención primaria.

El porcentaje de derivaciones en las que el médico sintió algún grado de presión por parte del paciente es un valor intermedio al encontrado en otros estudios, que muestran cifras del 7⁸, el 14⁴, el 18¹¹, el 27¹⁹, el 33⁷ y el 45%²⁰. Esto puede explicarse porque la población de este estudio es una de las más envejecidas de Madrid y, probablemente, por motivos educacionales y culturales, respetan la figura del médico y pocas veces ponen en duda su criterio.

Los esfuerzos realizados en la mejor formación y capacitación de los médicos de medicina familiar y comunitaria no parecen haber modificado el patrón de derivación desde la atención primaria a la especializada.

El hecho de que haya aumentado el estilo de consulta llamado «medicina defensiva» por temor a posibles consecuencias legales¹, debido a que la población ha ido adoptando una actitud más participativa en los sistemas de salud, tampoco parece haber contribuido a modificar el patrón de derivación de la atención primaria a la especializada.

Los médicos participantes colaboraron de forma voluntaria, sin obtener ningún beneficio. En cualquier caso, las características, en cuanto a edad media y cupo medio de cada médico, distribución por edades y sexo de la población de cada cupo, y media de visitas diarias atendidas por cada médico, son similares a las del resto de médicos de cada CS.

Aun así, si se ampliara el estudio a otras zonas urbanas o periurbanas con una población más joven, este porcentaje podría aumentar por la actitud más participativa que ha ido adoptando la población, que tiene mayor acceso a los medios de comunicación y un mejor nivel de instrucción.

Bibliografía

1. Alonso Pérez de Ágrede JP, Febrel Fordejé M, Huelin Domeco de Jarauta 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.
2. Buitrago F, coordinador. Relación entre niveles asistenciales. Oviedo: SemFYC; 1995.
3. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre asistenciales. *Med Clin (Barc).* 1996;106:182-4.
4. Forrest CB, Nutting PA, Starfield B, Von Schrader S. Family physicians' referral decisions: results from the ASPM referral study. *J Family Pract.* 2002;51:215-22.
5. Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Family Pract.* 2001;50:427-32.
6. Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care. *Br J General Pract.* 1992;56:1-75.
7. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialist. *J General Intern Med.* 1999;14:281-6.

8. Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *Br J General Pract.* 2000;50:116-20.
9. Gómez Calcerrada D, Pérez Flores D, Marset P. Exploraciones y derivaciones de un centro de salud: estudio de los factores asociados. *Aten Primaria.* 1996;17:353-7.
10. 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.
11. García Olmos L. Análisis de la demanda derivada en las consultas de medicina general en España. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; 1993.
12. Xu T, Rohrer J, Borders T. The impact of managed care and practice size on primary care physicians' perceived ability to refer. *J Health Serv Res Policy.* 2002;7:143-50.
13. Clasificaciones de la Wonca en atención primaria. Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CISAP-2). Barcelona: Masson S.A.; 1988.
14. Llobera Canaves J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac Sanit.* 1988;9:271-5.
15. Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, Von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process, results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Med Care.* 2003;41:242-53.
16. Noon A, Goldacre M, Coulter A, Seagroatt V. Do referrals rates vary widely between practices and does supply of services affect demand? A study in Milton Keynes and the Oxford region. *J R Coll General Pract.* 1989;39:404-7.
17. Chan BT, Austin PC. Patient, physician, and community factors affecting referral specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modeling approach. *Med Care.* 2003;41:500-11.
18. Bertakis KD, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA. Predictors of patient referrals by primary care residents to specialty care clinics. *Fam Med.* 2001;33:203-9.
19. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals of patients by family practitioners to consultants: a survey of the Israeli Family Practice Research Network. *Fam Pract.* 1998;15:158-64.
20. Albertson GA, Lin CG, Kutner J, Schiling LM, Anderson SN, Anderson RJ. Recognition of patient referral desires in an academic managed care plan: frequency, determinants, and outcomes. *J General Intern Med.* 2000;15:242-7.