

ORIGINALES

LA DEMANDA DERIVADA: UN ESTUDIO DE LA RELACION ENTRE MEDICOS GENERALES Y ESPECIALISTAS

Luis García Olmos (1), Juan Gervas Camacho (2), Angel Otero (3) y Mercedes Pérez Fernández (4)

- (1) Centro de Salud "La Chopera", Alcobendas, Madrid.
- (2) Equipo CESCA. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.
- (3) Centro Universitario de Salud Pública. Madrid.
- (4) Equipo CESCA. Consultorio "Miguel Yuste", Madrid.

RESUMEN

Fundamento: Describir las tasas y el patrón de derivación de los médicos generales. Estudiar la demora entre la derivación y la primera consulta con el especialista. Estudiar la coordinación entre los dos niveles asistenciales.

Métodos: Estudio transversal basado en 8.095 derivaciones efectuadas por 242 médicos generales distribuidos por España.

Resultados: La tasa global de derivación fue de un 6,63 %; más alta en el grupo de edad comprendido entre 15 y 44 años y para los hombres. Existe mucha variabilidad en las tasas entre los distintos profesionales. Predomina la derivación a especialidades quirúrgicas. El tiempo medio de espera para que el paciente sea atendido por el especialista fue de 11 días. En un 23,5 % de las derivaciones el médico general no recibió información del especialista.

Conclusiones: El análisis de la demanda derivada pone de manifiesto una gran variabilidad en las tasas de derivación. Existe una falta de continuidad y de coordinación en la atención recibida por los pacientes.

Palabras Clave: Medicina general. Demanda derivada. Coordinación. Continuidad

ABSTRACT

The Referral System: A Study on the Relationship between General Practitioners and Specialists.

Background: To describe the general practitioners referral patterns. There is special emphasis in the delay between the referral and the first consultation with the specialist. Also we consider other aspects of the coordination between both levels of care.

Methods: Cross-sectional study upon 8.095 referrals from 242 spanish doctors.

Results: The referral rate was 6.63 %, higher in the 15 - 44 age group and also for men. We find a huge variability in the referral rates among doctors. The referral rates are higher to surgical specialities. The mean delay between referral and specialist appointment was 11 days. The general practitioners didn't received communication from the specialists in 23.5 of the referrals.

Conclusions: A considerable range of referral rates has been identified. There is a poor continuity and coordination in the patient care.

Key Words: General practice. Referral. Coordination. Continuity.

INTRODUCCION

A mediados del siglo XIX, la aparición de las especialidades médicas trajo consigo un reparto de competencias: los especialistas

se quedaron con el control del hospital y los médicos generales con el control del paciente¹. El desarrollo científico - técnico puso a disposición de los primeros una tecnología avanzada que les permitía abordar los problemas más complejos y menos frecuentes, y dejó para el médico general la tecnología básica con la que puede abordar la mayoría de los problemas que se presentan en la comunidad.

La existencia de un médico general, que actúa como puerta de entrada al sistema sa-

Correspondencia:
Luis García Olmos
Centro de Salud "La Chopera",
Paseo de la Chopera, 48
28100 ALCOBENDAS
Madrid

nitario, persigue el beneficio para el paciente, evitando estudios y tratamientos innecesarios, y la optimización del sistema, regulando el consumo de recursos. La demanda derivada actúa como una interfase en la división de recursos y funciones entre el médico general y el especialista, pero además, por el lugar que ocupa en el proceso de la atención, representa una encrucijada para dos características esenciales de la atención primaria: la continuidad y la coordinación ².

En los estudios sobre demanda derivada se ha encontrado una amplia variabilidad en las tasas de derivación entre países ³, centros de salud ⁴ y médicos generales ⁵.

La variabilidad en las tasas de derivación es un fenómeno preocupante por sus implicaciones económicas ⁶ en la planificación de recursos ⁷ y sobre la calidad de la atención.

El objetivo de este estudio es describir las tasas y el patrón de derivación de los médicos generales. Se estudia la demora existente desde que se produce la derivación y tiene lugar la primera consulta con el especialista, y la coordinación entre los dos niveles asistenciales.

MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal, basado en la información aportada por 242 médicos generales, voluntarios, distribuidos por las distintas Comunidades Autónomas españolas, con excepción de la de Murcia y tres médicos de Andorra; todos ellos representan la participación española en el Estudio Europeo de Demanda Derivada ¹.

Se hizo un registro en dos etapas:

- a) Reclutamiento, consistente en reunir las derivaciones; comenzó el día 6 de febrero de 1989 y su duración estaba marcada por el tiempo necesario para reunir 30 derivaciones directas (las que se producen en consultas en las que el profesional y el paciente se encuentran cara a cara). Esta fase terminaba ocho se-

manas después de su comienzo, cuando no se conseguían las 30 derivaciones directas. También se registraron todas las derivaciones indirectas (aquellas en las que el paciente no está ante el médico en el momento de producirse) que tuvieron lugar durante esta fase.

- b) Seguimiento, comprende las 16 semanas siguientes a la fecha en que cada derivación era incluida en el estudio.

Así pues, la duración del período de registro fue variable para cada participante, siendo de 24 semanas en las condiciones más desfavorables.

Los datos se recogieron en un cuadernillo "ad hoc", agrupados en cuatro bloques:

- a) del médico: edad, sexo, formación de postgrado y años de práctica médica.
- b) de la consulta: tamaño de la población asignada, modelo asistencial (centro de salud o tradicional), número de médicos que componían el equipo, distancia a las consultas de los especialistas, carga de trabajo y localización de la consulta.
- c) del paciente: edad y sexo de los pacientes atendidos en cada visita durante el período de reclutamiento.
- d) de la propia derivación: especialidad a la que se deriva y fecha en que se produce.

En el seguimiento se registró: la fecha en que tuvo lugar la primera consulta con el especialista, la fecha de la recepción de la primera comunicación del especialista y un código final que distinguía: a) fallecimiento del paciente antes de concertar la cita, b) incumplimiento del paciente a la cita del especialista, c) permanencia del paciente en la lista de espera para ser atendido, d) la consulta entre el paciente y el especialista había tenido lugar, pero el médico general no había

recibido informe de aquel y e) pérdida de contacto entre médico general y paciente.

La fase de seguimiento fue completada por 193 médicos de los 242 que hicieron el reclutamiento. Se analizaron las características de los dos grupos (los que participaron en el seguimiento y los que no lo hicieron) para comprobar el grado de homogeneidad entre ellos.

Cada participante codificó sus propios datos, siguiendo las instrucciones recibidas en el cuadernillo de registro. Las especialidades estaban precodificadas con arreglo a los siguientes grupos:

a) Especialidades médicas: medicina interna, pediatría, geriatría, dermatología, cardiología, alergia, neurología, gastroenterología, reumatología, neumología y otras especialidades médicas.

b) Especialidades quirúrgicas: cirugía general, oftalmología, ORL, ortopedia, cirugía genitourinaria, cirugía

plástica, neurocirugía y otras especialidades quirúrgicas.

c) Otras especialidades: obstetricia, ginecología, psiquiatría, trauma-urgencias, oncología, unidad del dolor, unidad de retraso mental y otras especialidades.

Los datos se procesaron en un ordenador personal mediante el paquete estadístico PRESTA.

RESULTADOS

Los 242 médicos participantes en el estudio efectuaron 8.095 derivaciones; para ello tuvieron que atender 121.958 consultas. La tasa de derivación fue de 6,63%.

En relación con los médicos, en las Tablas 1, 2 y 3 se recogen las Comunidades Autónomas a las que pertenecen, sus características socioprofesionales y las características estructurales de las consultas en que trabajan.

TABLA 1
Relación de participantes en el estudio

<i>Region</i>	<i>Número MG</i>	<i>%</i>
Baleares	2	0,82
Asturias	11	4,54
La Rioja	3	1,23
Cantabria	6	2,47
Galicia	24	9,91
Navarra	5	2,06
País Vasco	17	7,02
Valencia	17	7,02
Aragón	12	4,95
Cataluña	15	6,19
Andalucía	23	9,50
Extremadura	19	7,85
Canarias	3	1,23
Castilla-La Mancha	24	9,91
Castilla-León	33	13,63
Madrid	25	10,33
Andorra	3	1,23
TOTAL	242	100

TABLA 2
Características de los médicos

	N	%	
SEXO	241		
— Hombres	163	(67,63)	
— Mujeres	78	(32,37)	
FORMACION VIA MIR	242		
— Sin especialización MIR	141	(58,56)	
— Residencia Medicina de Familia	87	(35,95)	
— Residencia en otras especialidades	14	(5,79)	
	$\bar{X}$	ES	Recorrido
EDAD	33,68	± 0,24	(28-156)
AÑOS DE PRACTICA	8,90	± 0,23	(1- 30)

TABLA 3
Características estructurales de las consultas

	<i>N</i>	<i>%</i>
MEDIO	239	
— Urbano	102	(42.68)
— Mixto	46	(19.25)
— Rural	91	(38.08)
TIPO DE CENTRO	238	
— Modelo tradicional /Práctica individual	96	(40.34)
— Centro de Salud	142	(59.66)
ACREDITACION DOCENTE	242	
— Si	40	(16.53)
— No	202	(83.47)

	$\bar{X}$	<i>ES</i>	<i>Recorrido</i>	<i>N</i>
POBLACION ASIGNADA	2.127	± 106	(170 - 5000)	220
TAMAÑO DEL EQUIPO (Médicos)	3.90	± 0.23	(1 - 19)	224
DISTANCIA A LOS ESPECIALISTAS	22.28	± 1.66	(0 - 99)	239
CARGA DE TRABAJO (Consultas/semana)	135.26	± 3.63	(28.8 - 346)	242
VISITAS DOMICILIARIAS/SEMANA	4.88	± 0.24	(0 - 27.46)	242

En la Tabla 4 se presentan las tasas específicas para los distintos grupos de edad y sexo. La derivación es mayor en el grupo de edad comprendido entre 15 y 44 años. La

tendencia fue a derivar más a los hombres que a las mujeres; sin embargo, las diferencias sólo alcanzaron significación estadística en el grupo de mayores de 75 años, $p < 0,01$.

TABLA 4
Tasas de derivación por grupos de edad y sexo*

	0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74
HOMBRES	2,66 (1,90 - 3,42)	7,72 (7,01 - 8,43)	8,44 (7,70 - 9,18)	8,51 (7,97 - 9,05)	7,39 (6,95 - 7,83)	5,03 (4,57 - 5,49)
MUJERES	2,87 (2,05 - 3,69)	7,07 (6,36 - 7,78)	8,22 (7,55 - 8,89)	8,41 (7,96 - 8,86)	6,83 (6,48 - 7,18)	4,46 (4,09 - 4,83)

* Las cifras entre paréntesis indican intervalos de confianza de las tasas

Existe mucha variabilidad en las tasas de derivación; en la Tabla 5 se presenta el recorrido en cada uno de los cinco quintiles del estudio. Como se puede apreciar, existe un factor de multiplicación de 56 entre la tasa más alta y la más baja.

Las derivaciones directas fueron 6.813 (84,16 %) y las indirectas 1.282 (15,83 %). Al comparar las características de unas y otras se comprueba que corresponden a poblaciones distintas (Tabla 6).

De las 8.095 derivaciones analizadas, en 91 (1,12 %) no se registró la especialidad a la que se derivó. En la Tabla 7 aparece el número de derivaciones a cada especialidad. Seis especialidades concentran más del 60 % de las derivaciones: oftalmología, ORL, ginecología, dermatología, cirugía general y otras especialidades médicas. Obsérvese como las especialidades quirúrgicas producen más atracción para la derivación.

TABLA 5
Variabilidad de las tasas de derivación

Quintil	Médicos	Recorrido
Q1	49	0,67 — 4,60
Q2	48	4,62 — 6,73
Q3	48	6,74 — 8,42
Q4	48	8,49 — 10,81
Q5	49	10,83 — 37,50
TOTAL	242	0,67 — 37,50

TABLA 6
Comparación derivaciones directas/indirectas

Variable	Directas	Indirectas	
% Varones	43,10	52,86	**
% Nuevos	72,21	44,07	**
% Derivaciones a Con Ext.	20,67	28,89	**
% Derivaciones privadas	1,56	2,39	
% Derivaciones ambulat.	68,99	62,14	**
% Hospitalización	1,60	1,23	
% Urgencias	7,04	3,62	**
Edad	43,98	39,58	**

** Diferencia estadísticamente significativa $p < 0,01$

TABLA 7
Patrón de derivaciones directas e indirectas

<i>Especialidad</i>	<i>Directas</i>	<i>Indirect.</i>	<i>Total</i>	<i>% Indro</i>
ESPECIALIDADES MEDICAS	3.060	343	3.403	10.07
Medicina interna	171	21	192	10.93
Pediatría	55	18	73	24.65
Geriatría	4	—	4	—
Dermatología	534	63	597	10.55
Cardiología	352	41	393	10.43
Alergia	73	27	100	27
Neurología	184	29	213	13.61
Gastroenterología	386	44	430	10.23
Reumatología	107	28	135	20.74
Neumología	164	33	197	16.75
Otras Esp. Médicas	1.030	39	1.069	3.64
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	2.488	635	3.123	20.33
Cirugía general	515	42	557	7.54
Oftalmología	962	346	1.308	26.45
ORL	673	79	752	10.50
Ortopedia	114	82	196	41.83
Urología	71	44	115	38.26
Cirugía Plástica	4	1	5	20
Neurocirugía	15	4	19	21.05
Otras Esp. Quirúrgicas	134	37	171	21.63
OTRAS ESPECIALIDADES	1.210	268	1.478	18.13
Obstetricia	101	26	127	20.47
Ginecología	547	58	605	9.58
Psiquiatría	190	33	223	14.79
Trauma/Urgencias	329	128	457	28
Oncología	10	12	22	54.54
Otras Especialidades	33	11	44	25
TOTAL	6.758	1.246	8.004	15.56

Analizadas las características de los médicos que realizaron el seguimiento y los que no lo hicieron, se comprobó que, básicamente, abandonaron el estudio más los médicos con cargas de trabajo elevadas y los que trabajaban en el medio urbano, $p < 0.05$.

El tiempo medio de espera para ser atendido por el especialista fue de 11 días —igual en los tres grupos de especialidades—. En la Tabla 8 se presentan los tiempos de espera a cada especialidad; hubo variaciones impor-

tantes de unas a otras —coeficiente de variación de 41,7 %—.

Un 4 % de los pacientes no acudió a la cita con el especialista y el incumplimiento fue mayor en las derivaciones a psiquiatría; un 1 % de los pacientes todavía no habían sido vistos cuando terminó la fase de seguimiento; en un 23,5 % el médico general no recibió ningún tipo de informe del especialista a pesar de que ya había visto al paciente; y en un 20 % se perdió el contacto entre el médico general y el paciente.

TABLA 8
Tiempos de espera

<i>Especialidad</i>	<i>Media ± ES</i>	<i>Recorrido</i>	<i>N</i>
ESPECIALIDADES MEDICAS	11.65 ± 0.28	0 — 173	1.800
Medicina interna	4.01 ± 0.89	0 — 56	113
Pediatría	14.92 ± 4.76	0 — 153	38
Dermatología	11.05 ± 1.02	0 — 118	286
Cardiología	12.19 ± 1.12	0 — 153	253
Alergia	25.45 ± 5.20	0 — 87	24
Neurología	12.34 ± 1.55	0 — 74	104
Gastroenterología	10.89 ± 1.10	0 — 173	240
Reumatología	15.02 ± 2.24	0 — 94	68
Neumología	7.76 ± 1.22	0 — 103	121
Otras especial. médicas	13.25 ± 0.72	0 — 145	553
ESPECIALIDADES QUIRURGICAS	11.23 ± 0.48	0 — 163	1.221
Cirugía general	6.97 ± 0.82	0 — 153	269
Oftalmología	14.08 ± 0.82	0 — 152	460
ORL	10.75 ± 1.01	0 — 163	339
Ortopedia	15.21 ± 2.16	0 — 59	52
Urología	10.10 ± 2.04	0 — 56	39
Otras especial. quirúrg.	7.51 ± 1.24	0 — 42	62
OTRAS ESPECIALIDADES	11.43 ± 0.72	0 — 144	679
Obstetricia	12.40 ± 1.91	0 — 68	54
Ginecología	16.52 ± 1.41	0 — 144	276
Psiquiatría	11.72 ± 1.37	0 — 77	119
Trauma/urgencias	4.06 ± 0.80	0 — 120	216
Otras especialidades	21.64 ± 7.57	0 — 109	14
TOTAL	11.46 ± 0.28	0 — 173	3.700

La proporción de derivaciones en las que no se recibió informe fue más alta en las derivaciones a especialidades quirúrgicas que en los otros dos grupos; 20 % para especiali-

dades médicas, 28 % para especialidades quirúrgicas y 23,4 % para otras especialidades, diferencia estadísticamente significativa con el test de la binomial, $p < 0,01$.

DISCUSION

El estudio, con la participación de 242 médicos, demuestra que es posible realizar estudios multicéntricos en las consultas de medicina general en España, incluso cuando, como en este caso, su duración hace difícil mantener el interés de los participantes ⁸.

En España hay dificultades serias para seleccionar una muestra aleatoria de médicos. El Ministerio de Sanidad ha reconocido la falta de datos sobre personal médico ⁹. El estudio requería un registro prolongado y los médicos que registraron no habían participado en el diseño del mismo; por todo ello, se decidió que los participantes fuesen voluntarios para garantizar unos mínimos de continuidad, que de otra forma habría sido difícil conseguir ^{8, 10}. En cuanto a edad y sexo, los médicos del estudio, son representativos del conjunto de médicos españoles ⁹ pero la muestra tiene una sobre-representación de médicos que trabajan en centros de salud ¹¹.

Las tasas de derivación descritas en España oscilan entre un 3 % y un 19 %. Fraile y cols ¹², Gil ¹³ y Delgado y cols ¹⁴: 3 %; Buitrago y cols ¹⁵: 4 %; García Olmos ⁴, Llobera ¹⁶ y Gastón y cols ¹⁷: 7 %; Frade y cols ¹⁸: 14 % y Alonso y cols ¹⁹, en su revisión: entre un 6 y un 19 %. La tasa global de este estudio, 6,63 % consultas, se sitúa en una posición intermedia respecto a todas las reseñadas, siendo similar a las descritas en un estudio de ámbito regional ¹⁶ y otro de ámbito nacional ⁴; un resultado lógico, teniendo en cuenta el abultado número de participantes en este caso.

La tasa de derivación fue más alta en los varones y en el grupo de edad comprendido entre 25 y 44 años. Los resultados concuerdan con los de otros estudios ^{13, 20, 21, 22}. Parece que los médicos tienden a considerar a los pacientes varones como portadores de problemas más graves ²³ y, además, los pacientes más jóvenes están más insatisfechos con la atención que reciben ²⁴, lo que les lleva a presionar más al médico para que los derive.

Las consultas directas, ya tengan lugar en el consultorio o en el domicilio del paciente, son las más frecuentes en atención primaria; no obstante las indirectas, telefónicas o a través de un tercero, también son importantes. En un estudio ²⁵ se pudo comprobar que las consultas realizadas por familiares del paciente eran un 14,6% del total y que solían estar relacionadas con trámites burocráticos.

No se han encontrado estudios en la literatura que hagan referencia a la distinción entre derivaciones directas e indirectas. La ausencia del paciente en la consulta se puede interpretar de dos formas: 1) el paciente recurre a un tercero para resolver las barreras de acceso que encuentra en el sistema sanitario y 2) por tratarse de problemas puramente administrativos, en los que no se requiere la presencia del paciente, éste recurre a quien menos dificultades tiene para acceder a la consulta.

La concentración de las derivaciones en unas pocas especialidades se puede considerar una situación universal. El patrón de derivación, con un predominio de las especialidades quirúrgicas, puede atribuirse a la falta de capacitación del médico general para realizar determinadas técnicas, a la falta de tiempo y medios adecuados para manejar los problemas que se presentan, o a una mezcla de ambos. La situación es diferente cuando se enfrenta con problemas médicos, el profesional se sabe con experiencia suficiente como para manejarlos y solo pide la colaboración del especialista para completar la evaluación del paciente ²⁶.

En un estudio inglés ²⁷, de los años 60, se fijó como norma para el tiempo de espera en las consultas de los especialistas un período de 14 días. La evolución de los servicios de salud, desde entonces, se ha caracterizado por un alargamiento progresivo de este tiempo, al menos en algunas especialidades.

En este caso, el tiempo medio de espera fue de 11 días y un 75 % de las derivaciones se atendieron antes de dos semanas.

Los tiempos de espera prolongados despiertan irritabilidad en médicos y pacientes,

ansiedad en el paciente y conducen a una pérdida innecesaria de jornadas laborales; los médicos recurren a derivaciones urgentes y los pacientes a la utilización de servicios privados para sortear las listas de espera ²⁸.

La carga de trabajo de los especialistas se genera por: la demanda derivada que hacen los médicos generales, la demanda derivada de otros médicos y la demanda inducida por los propios especialistas; convendría analizar y delimitar cada uno de los tres componentes para adecuar los tiempos de espera a las necesidades de la población, de acuerdo con la disponibilidad de médicos generales y especialistas.

Muchas veces, los pacientes llegan estudiados desde el médico general y a pesar de todo se les repiten pruebas diagnósticas ¹²; en otras ocasiones, los pacientes llegan con estudios incompletos por falta de acceso a determinadas pruebas para los médicos generales; tanto una situación como la otra deberían evitarse.

Williams y cols ²⁹ describieron una coordinación lamentable entre médicos generales y especialistas. La actitud de unos y otros ha sido criticada de forma reiterada por la parte contraria. Los médicos generales no dan información de los pacientes que derivan ³⁰⁻³³ y los especialistas no devuelven información de los pacientes que atienden ^{17, 22, 34}. Este estudio confirma la situación descrita hace más de veinte años.

Los cirujanos, como en otro estudio ³⁵, remitieron menos informes que el resto de especialistas; la razón, probablemente, se encuentra en que reciben pacientes a los que practican técnicas quirúrgicas simples que una vez efectuadas no requieren seguimiento.

Resulta alarmante la falta de continuidad encontrada; los médicos generales pierden el contacto con un 20 % de los pacientes derivados y esta cifra ha sido superada con creces en otro estudio español que publica datos al respecto ¹³.

Es necesario concienciar a los profesionales de la trascendencia de la problemática detectada y establecer los mecanismos que corrijan la situación. La derivación es un procedimiento que implica a tres partes distintas: el médico general, el paciente y el especialista. Las razones que llevan a la derivación y lo que se espera de ella debería ser compartido por todos los implicados. Desde el lado profesional, médicos generales y especialistas deberían consensuar mecanismos de derivación que mejoraran la coordinación entre ambos, redujeran la variabilidad en las tasas de derivación y garantizaran la calidad de la atención.

AGRADECIMIENTO

Este estudio ha sido posible, en parte, gracias a las ayudas económicas del COMAC-HSR y del FIS (ayuda 1989/141). Su realización habría sido imposible sin la colaboración desinteresada de los 242 médicos, que hicieron el registro, y de la Red Española de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Marinker M. The referral system. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 487-491.
2. Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ* 1979 54: 361-369.
3. COMAC - HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. The european study of referrals from primary to secondary care. Occasional Paper 56. Londres: Royal College of General Practitioners, 1992.
4. García Olmos L. Demanda derivada en las consultas de medicina general de los equipos de atención primaria gestionados por el INSALUD. *Gac Sanit* 1990; 4: 218-221.
5. Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 350-353.
6. Crombie DL, Fleming D. General practitioners referrals to hospital: the financial implications of variability. *Health Trends* 1988; 20: 53-56.

7. Hopkins A. Lessons for neurologists from the United Kingdom third National Morbidity Survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1989; 52: 430-433.
8. Howie JGR. Research in general practice. 2ª edición. Londres: Chapman and Hall, 1989.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Oferta y demanda de médicos en España. 3a edición. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
10. Red de médicos centinelas. Boletín Epidemiológico de la C.A.M. 1991; 2: 123-136.
11. Ruiz Giménez JL. Seguimiento de la estrategia de salud para todos en el año 2.000. *Salud 2.000* 1990; 5: 10-24.
12. Fraile L, Abreu MA, Muñoz García JCI, Alvarez Montero S, Alamo A, Frieyro E. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 405-409.
13. Gil García JF. Derivación de pacientes al segundo nivel asistencial desde un centro de salud. *Revista de salud* 1991; 4: 25-29.
14. Delgado A, Melquizo M, Guerrero JC. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. *Atenc Prim* 1988; 5: 359-364.
15. Buitrago F, Chavez M, del Canizo J, Pedrosa J, Pozuelo G. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un centro de salud. *Atenc Prim* 1988; 5: 85-89.
16. Llobera J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gac Sanit* 1988; 2: 271-275.
17. Gastón JL, Rodríguez Contreras R, Bueno A, Aguado J, López Gigosos R, Delgado M. Integración entre niveles asistenciales: propuesta de un indicador. *Rev San Híg Púb* 1991; 65: 429-436.
18. Frade R, Cabrera A, Nino F, Sarmiento F, Padrón A, Hidalgo M et al.. Estudio de la morbilidad asistida en un centro de salud: a propósito de 1.370 consultas. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 499-507.
19. Alonso E, Manzancra R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Atenc Prim* 1987; 4: 148-154.
20. Penchansky R, Fox D. Frequency of referral and patient characteristics in a group practice. *Med Care* 1970; 8: 368-385.
21. Armstrong D, Britten N, Grace J. Measuring general practitioner referrals: patient, workload and list size effects. *J R Coll Gen Pract* 1988; 38: 494-497.
22. Metcalfe DHH, Sischy D. Patterns of referral from family practice *N Y State J Med* 1973; 73: 1.690-1.694.
23. Armitage KJ, Schneiderman LJ, Bass RA. Response of physician to medical complaints in men and women. *JAMA* 1979; 241: 2.186-2.187.
24. Rodríguez Legido C. Las "escalas" como medida de la satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit* 1986; 5: 237-240.
25. Gervas JJ, García Olmos L, Pérez Fernández M, Abaira V. Asistencia médica ambulatoria: estudio de una consulta de medicina general de la Seguridad Social. *Med Clin (Barc)* 1934; 82: 479-483.
26. González ML, Rizzo JA. Physician referral and the medical market place. *Med Care* 1991; 29: 1. 017-1. 027.
27. Forsyth G, Logan R. Gateway or dividing line?. A study of hospital outpatients in the 1.960s. Londres: Oxford University Press, 1968.
28. Fraser RC, Patterson HR, Peacock E. Referrals to hospital in an East Midlands city. - A medical audit. *J R Coll Gen Pract* 1974; 24: 304-319.
29. Williams TF, White KL, Andrews LP, Diamond E, Greenberg BG, Hamric AA et al. Patient referral to a university clinic: patterns in a rural state. *Am J Public Health* 1960; 50: 1. 493-1. 507.
30. Kunkle EC. Communication breakdown in referral of the patient. *JAMA* 1964; 187: 663.
31. Comín E, Barrio C, Borrell F, Mallorquí C, Esteban J. Información contenida en los volantes de interconsulta en atención primaria. *Atenc Prim* 1985; 2: 120.
32. Pérez de Castro I, Romo B, Liqueta C, Díez García MA. Interconsultas y pruebas complementarias en un centro de salud. *Atenc Prim* 1.991; 8: 164-165.

33. Durkin W. Edwards A. Referral letters from general practitioners .J R Coll Gen Pract 1975; 25 : 532-536.
34. Mc Glade KJ, Bradley T, Murphy GJJ, Lundy GPP. Referral to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication. B M J 1988; 297: 1.246-1.248.
35. Mc Phee SJ, Lo B, Saika GY, Meltzer R. How good is communication between primary care physicians and subspeciality consultants?. Arch Intern Med 1984; 144: 1.265-1.268.