



ARTÍCULO ESPECIAL

Reformas organizativas en la relación entre médicos generales y especialistas: impacto sobre la demanda derivada[☆]

Organisational reforms in the relationships between general doctors and specialists: impact on referrals

Luís García Olmos^{a,*} y Juan Gervas^b

^aUnidad de Docencia e Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Área 2, Madrid, Equipo CESCA, Cátedra U.A.M. –Novartis de Medicina de Familia

^bCanencia de la Sierra, Equipo CESCA, Madrid, España

Disponible en Internet el 15 de mayo de 2009

La relación entre el médico general (entendido como un médico que no selecciona a sus pacientes por edad, sexo o tipo de enfermedad) y el especialista se ha forjado sobre la base de un conflicto de intereses y de poder, por la indefinición de los límites entre ambos¹.

El proceso de toma de decisiones por parte de los médicos generales es distinto al de los especialistas². Cuando se enfrentan a los mismos problemas, los médicos generales ordenan menos pruebas diagnósticas y menos procedimientos, en consecuencia los episodios atendidos cuestan un 50% menos³.

En relación con la derivación, pacientes, médicos generales y especialistas tienen expectativas distintas. Al paciente le interesa contar con una segunda opinión. El médico general busca listas de espera cortas, una atención de calidad para el paciente y buena comunicación con el especialista⁴. El especialista espera que las derivaciones que recibe estén justificadas. Por añadidura, los gestores

quieren reducir el número de derivaciones para mejorar la eficiencia de su gestión.

La relación entre médicos generales y especialistas pone a prueba su capacidad de coordinación y la continuidad de la atención. En los últimos años las reformas sanitarias han introducido cambios organizativos con el objetivo de reducir la demora en la atención de los especialistas. La meta es mejorar la derivación, bajo la falsa premisa de que mejorar equivale a disminuir las derivaciones y, sin embargo, por falta de pruebas hay un desconocimiento general acerca de cuál es el momento de la enfermedad y del proceso asistencial en el que es apropiado derivar al paciente.

En este contexto, ante la falta de sistematización del conocimiento, los autores de este artículo analizan la influencia de los cambios organizativos en la interfase entre la atención primaria y la atención especializada, y cómo afectan a la demanda derivada. Se consideran la forma de pago y los incentivos a profesionales, la gestión del presupuesto por el médico general, las consultas de extensión de especialistas en atención primaria, la atención compartida entre médico general y especialista, la consulta especializada por médicos generales con intereses especiales, la medicina gestionada y el caso Kaiser Permanente.

Relación entre la forma de pago y los incentivos con la demanda derivada

Tres revisiones sistemáticas han abordado este tema^{5–7}, en las 3 se concluye que hay pocos estudios al respecto, que los

[☆] Este Artículo forma parte de un texto más amplio que sirvió de documento de discusión en el Seminario de Innovación en Atención Primaria celebrado en Madrid en noviembre de 2007. Los seminarios de innovación en atención primaria están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y por la Fundación para la Formación de la Organización Médico Colegia. Cuentan con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo y de GSK.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lgarcia.gapm02@salud.madrid.org (L. García Olmos).

estudios son de pobre calidad y, además, que la demanda derivada no suele ser el objetivo primario en más de la mitad de los estudios analizados.

En un estudio danés⁸, el sistema de pago pasaba de un modelo capitativo a un modelo mixto (capitativo más pago por acto); la introducción del pago por acto produjo una reducción en las tasas de derivación a especialistas y al hospital. En otro estudio estadounidense que comparó distintos planes de salud para evaluar el impacto del filtro y la forma de pago sobre las derivaciones, no se encontraron diferencias en la tasa global de derivación entre los planes con pago capitativo y los de pago por acto, aunque en los primeros la derivación por problemas crónicos y para un grupo concreto de derivaciones, consideradas discrecionales, era más elevada⁹.

La demanda derivada ha despertado menos interés como determinante del gasto sanitario y no se han encontrado estudios sobre la aplicación de incentivos ligados a la derivación, a excepción de la experiencia británica de la descentralización del presupuesto a los médicos generales para el pago de los servicios de atención especializada. Desde un punto de vista global, se demuestran menor gasto y mejor resultado en salud, sin menoscabo de la satisfacción de los pacientes, en aquellos países donde el médico general tiene el papel de filtro^{10,11}.

El número de derivaciones no informa sobre su adecuación, por lo que las intervenciones financieras podrían reducir las derivaciones en detrimento de los resultados para el paciente y, además, se pueden generar conflictos de intereses entre los beneficios para el paciente y la pérdida de ingresos para el médico¹².

Efectos sobre la interfase de la gestión del presupuesto por el médico general

A finales de la década de 1970, en Estados Unidos, se hizo una prueba en la que los médicos generales gestionaron parte del presupuesto dedicado a la atención especializada. El nuevo modelo se desarrolló en un marco de transferencia de riesgos donde el médico podía ver aumentados o disminuidos sus ingresos en un 10%. La evolución a los 3 años demostró que las derivaciones a los especialistas y al hospital aumentaron de forma sustancial¹³.

En 1991 el NHS (National Health Service 'Servicio Nacional de Salud') británico introdujo un paquete de reformas organizativas de gran calado. Entre ellas, los médicos generales podían asumir de forma voluntaria la gestión del presupuesto de farmacia, atención especializada, algunas intervenciones quirúrgicas y determinados servicios comunitarios. Los ahorros sobre el presupuesto asignado podían reinvertirse en nuevos servicios o en mejorar las instalaciones de la consulta.

La idea de libertad de elección de especialista era atractiva y, en 5 años, la mitad de los médicos generales se habían convertido en gestores del presupuesto. Ante la posibilidad de elección, los médicos valoraban la demora para atender al paciente, la comunicación que recibían y la confianza en su competencia profesional¹⁴.

Aunque el Gobierno decidió no hacer una evaluación formal de la experiencia, surgieron múltiples investigaciones al respecto¹⁵⁻¹⁷. Mientras que abundan los estudios que

evalúan el efecto sobre la prescripción, escasean los estudios de calidad que evalúen el efecto sobre la demanda derivada¹⁵.

Los estudios disponibles evidencian que la gestión del presupuesto ha tenido escaso o nulo impacto sobre la derivación de pacientes¹⁶⁻²⁰. Sin embargo, los pacientes de médicos gestores soportan menos demora para su atención en la consulta del especialista²¹.

Consultas de extensión de especialistas, atención compartida y médicos generales con intereses especiales

En los últimos años se han probado nuevos modelos organizativos que buscan actuar de filtro para los especialistas que trabajan en las consultas hospitalarias. En coincidencia con la política de descentralización de la gestión del presupuesto a los médicos generales, en el Reino Unido los médicos generales comenzaron a contratar especialistas que trabajan en los centros de atención primaria²².

Este tipo de experiencias se denomina «consulta de extensión de especialistas» y agrupa un conjunto heterogéneo de actividades que van desde aquéllas en que el especialista reemplaza al médico general como primer contacto, hasta otras en las que el especialista toma y comparte con otros profesionales del equipo la responsabilidad de la atención al paciente.

Los beneficios potenciales de estas consultas se justifican por el aumento del acceso a los especialistas, la mejoría en la relación entre el médico general y el especialista y la existencia de un entorno más familiar para el paciente. Las consultas de extensión de especialistas se han introducido en países de los 5 continentes y en ellas se han visto implicadas múltiples especialidades. Numerosos estudios han evaluado los logros de este modelo organizativo, todos centrados en la consecución de sus objetivos potenciales.

En una revisión sistemática sobre estas consultas en el Reino Unido²³ se identificaron 15 estudios. Con estas consultas se incrementó el acceso a los especialistas, mejoró la comunicación entre médicos generales y especialistas, y disminuyeron los costes para el paciente; sin embargo, se incrementó el coste total del servicio, hasta superar el ahorro para el paciente. Es dudoso el efecto sobre el tiempo de demora para la atención y sobre el incumplimiento a las citas. No se han encontrado diferencias en los resultados en salud. Aunque comparativamente más pacientes prefieren las consultas de extensión de especialistas, en regiones con buena accesibilidad a los especialistas este tipo de consultas no aporta beneficios relevantes en comparación con la atención habitual.

En otra revisión²⁴ se identificaron 105 estudios, se analizaron 73 intervenciones, 53 simples y 20 multidisciplinarias. Las intervenciones simples demostraron una mejoría en el acceso, pero no tuvieron impacto sobre los resultados en salud. Las intervenciones multidisciplinarias complejas consiguieron mejorar los resultados en salud y reducir la utilización de los servicios hospitalarios.

El efecto de estas consultas sobre la derivación de pacientes se ha analizado menos. Intuitivamente puede modificar las relaciones en la interfase entre atención

primaria y atención especializada. Los especialistas que trabajan en consultas de extensión dan de alta a más pacientes (la razón entre primeras visitas y visitas sucesivas es más alta), los médicos generales que trabajan con consultas de extensión derivan menos al hospital y hacen menos derivaciones urgentes²⁵, no obstante, aunque lleguen menos pacientes al hospital, la derivación al especialista puede ser más elevada cuando hay consultas de extensión²⁶.

Otra variante organizativa es la «atención compartida», definida como la participación conjunta de médicos generales y especialistas en la planificación de la atención, que intercambian información alrededor y más allá del motivo de derivación.

Se han descrito diferentes formas de atención compartida²⁷, unas basadas en nuevos modelos de relación entre médico general, paciente y especialista, y otras basadas en la utilización de tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Los beneficios teóricos de este modelo organizativo que integra los cuidados del especialista con la continuidad y atención a la multimorbilidad del médico general son producir una mejoría en los resultados, reducir la utilización de las consultas de los especialistas y disminuir los costes.

En una revisión reciente que evaluó la efectividad de la atención compartida a pacientes crónicos²⁸ se encontraron 20 estudios. La mayoría evaluaron intervenciones complejas y se demostró una falta de pruebas que avalara sus beneficios, a excepción de la mejora sobre la prescripción. Sólo 2 estudios informaron acerca de la utilización de las consultas de especialistas y no se encontraron diferencias entre la atención compartida y los controles. La utilización hospitalaria podría reducirse para alguna subpoblación de pacientes.

En un ensayo clínico que evaluó la efectividad de una sesión conjunta mensual entre un cardiólogo y médicos generales²⁹ para discutir casos de pacientes con problemas cardiológicos, la atención compartida produjo una reducción del 20% en las tasas de derivación y una reducción en la utilización de pruebas diagnósticas, sin modificar la calidad de la atención.

En otro estudio, la realización de sesiones conjuntas entre médicos generales y traumatólogos también redujo las derivaciones a traumatología en un 36%³⁰. En el Reino Unido³¹, una sesión virtual conjunta entre médicos generales y especialistas, basada en las telecomunicaciones, produjo una reducción en la utilización de pruebas diagnósticas y un aumento en el número de consultas de seguimiento en algunas especialidades; los pacientes estaban satisfechos con el servicio recibido, pero el coste era más elevado.

Servicios de estas características, bajo la denominación amplia de «especialista consultor» se han introducido recientemente en España, pero se carece de datos sobre su evaluación. En un estudio en el que un especialista en medicina interna y el médico de familia veían conjuntamente una vez a la semana a los pacientes que el médico de familia quería derivar, se produjo una reducción del 22% en las tasas de derivación, la demora en consulta pasó de 28 a 5 días, aunque aumentó el número de pruebas diagnósticas solicitadas, se investigó a menos pacientes, aumentó la resolución de procesos, y la satisfacción de pacientes y médicos de familia fue muy alta³².

En los últimos años, el Gobierno británico, en un intento de reducir la presión sobre las consultas de los especialistas, ha promovido que los médicos generales asuman competencias en el manejo de algunos problemas de salud. En el año 2000 se fijó como objetivo que 1.000 médicos generales desarrollaran actividades de especialistas, de forma que en 2006 se rebajara la presión sobre la atención hospitalaria en un millón de consultas. En 2004 un 17% de los Primary Care Trusts tenían implantadas consultas de médicos generales especializados, la dermatología y la cirugía general eran los servicios más ofertados.

Un «médico general con interés especial» desarrolla capacidades y adquiere conocimientos que le permiten atender problemas habitualmente tributarios de los especialistas. Atiende a su población como médico general y, además, actúa como filtro intermedio para los especialistas en problemas concretos, ya que atiende a los pacientes de otros médicos generales. Aunque la oferta es atractiva para resolver algunos problemas, continúan en el aire muchas cuestiones en relación con estos servicios, y no parecen disminuir las derivaciones³³.

Entre los beneficios potenciales de este servicio está, para el paciente, la reducción en la demora para ver al especialista y para el médico, el aumento en la satisfacción que produce dedicarse a tareas que le gustan. En general, los pacientes aceptan bien el nuevo servicio³⁴.

En un ensayo clínico, se asignaron 556 pacientes con problemas dermatológicos de forma aleatoria para recibir atención por un dermatólogo o por un médico general con interés especial³⁵. Al comparar a los 2 grupos, no se encontraron diferencias en los resultados, medidos por el índice de calidad de vida en dermatología.

Más de la mitad de los pacientes atendidos en la consulta del médico general recibieron una cita para consulta de seguimiento, frente a un 12% de los pacientes atendidos en la consulta del dermatólogo, con sus implicaciones sobre el coste total de la atención recibida en cada lugar.

Algunos estudios demuestran que la atención de los médicos generales con interés especial se asocia a un aumento en las tasas de derivación^{36,37}. En un estudio que incluyó pacientes con problemas musculoesqueléticos³⁷, se derivaron más de la mitad de los pacientes atendidos en la consulta del médico general.

Todas las experiencias de acercamiento al paciente de la atención especializada mejoran la accesibilidad, acortan la demora para la atención en consulta, mejoran la satisfacción para el paciente, no introducen cambios en los resultados de la atención, encarecen el servicio^{38,39} y, probablemente, aumenten la utilización global de especialistas.

La interfase atención primaria y atención especializada en la medicina gestionada

Las HMO (Health Maintenance Organisations) utilizan médicos generales como puerta de entrada al sistema y el acceso al especialista tiene que ser autorizado por ellos. Sin embargo, ante la demanda creciente por parte de los ciudadanos de mayor libertad de elección, las HMO comenzaron a ofertar un nuevo servicio denominado POS (Point of Service), con coste adicional para el paciente, pero

sin restricción de acceso al especialista. En el año 2000 casi la mitad de los trabajadores estaban incluidos en planes tipo POS y, sin embargo, sólo entre un 4 y un 7% ejercía su derecho al libre acceso al especialista⁴⁰.

Los pacientes incluidos en las HMO, en comparación con aquellos incluidos en planes en los que no hay puerta de entrada, tienen un 66% más de riesgo de que se los derive, las autoderivaciones se reducen un 5% y los pacientes derivados tienen problemas más graves⁴¹.

Cuando se comparan modelos con puerta de entrada al sistema con otros sin ella, el porcentaje de visitas derivadas es un 40% más elevado en el modelo que tiene restricciones de acceso⁹. Con independencia de la forma de pago, la existencia de filtro supone un aumento en la tasa de derivación, pero la utilización de especialistas puede ser mayor en los pacientes con libre acceso por el mayor número de autoderivaciones.

En los últimos años ha despertado interés la comparación entre sistemas sanitarios y, de forma particular, entre Estados Unidos y el Reino Unido. La comparación entre 5 HMO y el NHS británico pone de manifiesto que la derivación es 2,5 veces más elevada en Estados Unidos que en el Reino Unido, después de ajustarla por el estado de salud de los pacientes⁴². Entre las causas que podían explicar estas diferencias se pensó en la mayor disponibilidad de especialistas y la existencia de demoras de atención más cortas.

En el marco de estos análisis comparados, fue polémica la comparación entre la HMO Kaiser Permanente y el NHS británico^{43,44}.

Kaiser es una organización que tiene algunos rasgos diferenciales⁴⁵. Se caracteriza porque la atención primaria y la atención especializada están integradas y comparten presupuesto. Su funcionamiento se basa en el principio de sustitución de cuidados según el cual los servicios se prestan donde son más eficientes. Se promueve el autocuidado y se evitan los ingresos hospitalarios.

La atención a pacientes crónicos se basa en la aplicación del modelo de cuidados crónicos y en la segmentación de pacientes: los pacientes menos graves reciben asesoramiento para promover su autocuidado, los que presentan enfermedades de cierta complejidad se orientan hacia cuidados basados en modelos de gestión de enfermedades y aplicación de guías de práctica clínica, y los pacientes más complejos se incluyen en programas de gestión de casos donde un gestor del caso, generalmente una enfermera, se responsabiliza de hacer el plan de atención personal para el paciente y de coordinar a los profesionales implicados en la atención.

Los especialistas trabajan en colaboración con los profesionales de atención primaria (médicos y enfermeras) según protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas; delegan en enfermeras de atención especializada; se implican precozmente y con frecuencia en la atención al paciente; se evita el ingreso hospitalario, y se promueve el alta precoz⁴⁶.

Con estos principios, a pesar de una mayor utilización de especialistas, Kaiser consigue una atención más eficiente que otras organizaciones sanitarias⁴⁴.

En síntesis, la organización de los servicios de salud condiciona las características de la interfase entre atención primaria y atención especializada y la demanda derivada. No hay datos concluyentes que permitan defender una forma de

pago frente a otra. La integración de servicios y atención compartida para algunos problemas de salud puede ser más eficiente y mejorar los resultados de la atención pero quedan lagunas importantes⁴⁷ que requieren más investigación sobre la demanda derivada.

Puntos clave

- La derivación requiere coordinación y puede amenazar la continuidad de la atención.
- No hay pruebas que avalen cuál es el momento de la enfermedad y del proceso asistencial adecuado para derivar al paciente.
- Las reformas organizativas pueden mejorar la accesibilidad y en algunos casos reducir la derivación.
- No hay pruebas de que las reformas organizativas mejoren la calidad de la atención.
- No hay pruebas de que las reformas organizativas en la interfase entre atención primaria y atención especializada mejoren los resultados en salud.

Bibliografía

1. Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner—specialist relationship. *Intern Med J.* 2005;35:430–4.
2. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Practice.* 1991;8:305–7.
3. Forrest CB, Starfield B. The effect of first—contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract.* 1996;43:40–8.
4. Kinchen KS, Cooper LA, Levine D, Wang NY, Powe NR. Referral patients to specialists: Factors affecting choice of specialist by primary care physicians. *Ann Fam Med.* 2004;2:245–52.
5. Gosden T, Forland K, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitación, sueldo, tarifa por servicio y sistemas mixtos de pago: efectos sobre la conducta de los médicos de atención primaria (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, N.º 3. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd). Oxford: Update Software Ltd; 2007 [consultado 18/11/2008]. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>.
6. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, N.º 3. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd). Oxford: Update Software Ltd; 2007 [consultado 18/11/2008]. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>.
7. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters J, et al. A systematic review of the effect of primary care—based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract.* 2003;53:878–84.
8. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen PA, Von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing remuneration systems: Effects on activity in general practice. *BMJ.* 1990;300:1698–701.
9. 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.

10. Gervas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract*. 1994; 11:307–17.
11. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res*. 2003;38:831–65.
12. Forrest CB. Primary care gatekeeping and referrals: Effective filter or failed experiment?. *BMJ*. 2003;326:692–5.
13. Moore SH, Martin DP, Richardson WC. Does the primary-care gatekeepers control the costs of health care? Lessons from the SAFECO experience. *N Engl J Med*. 1983;309:1400–4.
14. Whynes DK, Reed G. Fundholders' referral patterns and perception of service quality in hospital provision of elective surgery. *Br J Gen Pract*. 1994;557–60.
15. Gosden T, Torgerson DJ. The effect of fundholding on prescribing and referral costs: A review of the evidence. *Health Policy*. 1997;40:103–14.
16. Wilkin D. Primary care budget holding in the United Kingdom National Health Service: Learning from a decade of health service reform. *MJA*. 2002;176:539–42.
17. Smith RD, Wilton P. General practice fundholding: Progress to date. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1253–7.
18. Coulter A, Broadlow J. Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns. *BMJ*. 1993;306:433–7.
19. Surrender R, Broadlow J, Coulter A, Doll H, Brown SS. Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, 1990–1994. *BMJ*. 1995;311:1205–8.
20. Kammerling RM, Kinnear A. The extent of the two tier service for fundholders. *BMJ*. 1996;312:1399–401.
21. Dowling B. Effect of fundholding on waiting times: Database study. *BMJ*. 1997;315:290–2.
22. Dixon J. What do we know about fundholding in general practice?. *BMJ*. 1995;311:727–30.
23. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7:177–83.
24. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Consultores de extensión de especialistas en el ámbito de la atención primaria y hospitales rurales (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Número 3. Oxford: Update Software Ltd; 2007 [consultado 18/11/2008]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
25. Perret K. Specialist outreach clinics in Sheffield: A faster tier of out-patient provision for the patients of fundholding GPs?. *J Public Health Med*. 1997;19:347–53.
26. Gillam SJ, Ball M, Presad M, Dume H, Cohen S, Vafidis G. Investigation of benefits and costs of an ophthalmic outreach clinics in general practice. *Br J Gen Pract*. 1995;45:649–52.
27. Hickman M, Drummond N, Grinshaw J. A taxonomy of shared care of chronic disease. *J Public Health Med*. 1994;16:447–54.
28. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004910. DOI:10.1002/14651858. CD004910. pub 2 [consultado 18/11/2008]. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com>.
29. Vlek JFM, Vierhont WPM, Knottnerus JA, Schmitz JJF, Winter J, Wesselingh-Megens AMK, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53:108–12.
30. Vierhont WPM, Knottnerus JA, Van O'Oij A, Crebolder HFJM, Wesselingh-Megens AMK, Beusmans GHMI, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*. 1995; 346:990–4.
31. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber J, Thompson S, Jacklin P, et al. Joint teleconsultations (virtual outreach) versus standard outpatient appointments for patients referred by their general practitioners for specialist opinion: A randomised trial. *Lancet*. 2002;359:1961–8.
32. 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.
33. Gervas J, Starfield B, Violan C, Minue S. GPs with special interests: Unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57: 912–7.
34. Boggis ARJ, Cornford CS. General practitioners with special clinical interests: A qualitative study of the views of doctor, health managers and patients. *Health Policy*. 2007;80:170–8.
35. Salisbury C, Noble A, Horrocks S, Crosby Z, Harrison V, Coast J, et al. Evaluation of a general practitioner with special interest service for dermatology: Randomised controlled trial. *BMJ*. 2005;331:1441–6.
36. Duckett S, Casserly H. Orthopaedic GP fellowship: Does it work?. *Ann & Coll Surg Engl*. 2003;85:195–6.
37. Maddison P, Jones J, Breshin A, Barton C, Fleur J, Lewis R, et al. Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: Targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme. *BMJ*. 2004;329:1325–7.
38. Coast J, Noble S, Noble A, Horrocks S, Asim O, Peters TJ, et al. Economic evaluation of a general practitioner with special interest led dermatology service in primary care. *BMJ*. 2005; 331:1444–9.
39. Kernick D. Developing intermediate care provided by general practitioners with special interest: The economic perspective. *Br J Gen Pract*. 2003;53:553–6.
40. Forrest CB, Weiner JP, Fowles J, Vogeli C, Frick KD, Lemke KW, et al. Self-referral in Point-of-Service health plans. *JAMA*. 2001;285:2223–31.
41. Forrest CB, Reid RJ. Passing the baton: HMOs' influence on referrals to specialty care. Self referral is still a common route to specialty care, despite the intervention of the physician gatekeeper. *Health Affairs*. 1997;16:157–62.
42. Forrest CB, Majeed A, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: Retrospective cohort analysis. *BMJ*. 2002;325:370–1.
43. Feachmen RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002;324:135–43.
44. Ham C, York N, Stuch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: Analysis of routine data. *BMJ*. 2003;327:1257–60.
45. Nuño Silinis R. Buenas practicas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*. 2007;5:283–92.
46. Light D, Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ*. 2004;328:763–5.
47. Gervas J, García Olmos L, Simó J, Peiró S. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008; 40:253–5.