


Causas de derivación desde atención primaria hacia la consulta pediátrica de un hospital general en Ecuador

P. VÉLEZ PINOS¹, J.P. CORDERO FERREÑO², F.J. CORDERO MERCHÁN²

¹Especialista en Pediatría Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Docente Universidad del Azuay. Ecuador.  <https://orcid.org/0000-0003-0640-1967>. ²Interno Rotativo de Medicina Universidad del Azuay. Ecuador.

RESUMEN

Introducción. El sistema de salud ecuatoriano se divide en niveles de acuerdo con la complejidad y resolución de casos, lo que busca garantizar una atención oportuna y eficaz, aunque enfrenta limitaciones operativas debido a la sobredemanda de los hospitales y la escasa capacidad resolutoria en atención primaria.

Objetivo. Identificar las principales causas de derivación desde la atención primaria hacia la consulta de pediatría de un hospital general en Ecuador, evaluando su efectividad y cumplimiento.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando una matriz anonimizada, que incluyó a todos los pacientes menores de 15 años derivados entre enero de 2023 y junio de 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas y operativas mediante estadística descriptiva.

Resultados. Se analizaron 1.028 referencias de las cuales el 58% fueron varones y 46,7% de niños tenía entre 1 a 5 años. El 92,5% procedía de zonas urbanas y el 66,6% fue derivado por médicos generales. Los cinco principales motivos de referencia fueron: desnutrición (13,2%), displasia de cadera (10,6%), trastornos del lenguaje (9,4%), fimosis (2,8%) y soplo cardíaco (2,5%). El 60,7% de los turnos solicitados asistieron a consulta, y el tiempo promedio de espera fue de 9,3 días.

Conclusión. El sistema mostró alto agendamiento (89,3%) y tiempos de espera cortos (9,3 días), aunque solo 60,7% completó la consulta. Las principales causas de derivación reflejan el perfil epidemiológico y las limi-

taciones del primer nivel. La evaluación de pertinencia debe interpretarse con cautela por las limitaciones en el registro y la falta de criterios estandarizados.

Palabras clave: Derivación; Consulta; Referencia; Atención primaria de salud; Modelos de Atención de Salud; Ecuador.

CAUSES OF REFERRAL FROM PRIMARY CARE TO THE PEDIATRIC CONSULTATION OF A GENERAL HOSPITAL IN ECUADOR

ABSTRACT

Introduction. The Ecuadorian healthcare system is divided into levels according to the complexity and resolution of cases, which seeks to ensure timely and effective care, although it faces operational limitations due to over-demand on hospitals and limited capacity for resolution in primary care.

Objective. To identify the main causes of referral from primary care to pediatric consultation at a general hospital in Ecuador, evaluating its effectiveness and compliance.

Methodology. A descriptive, retrospective study was conducted using an anonymized matrix, which included all patients under 15 years of age referred between January 2023 and June 2024. Demographic, clinical, and operational variables were analyzed using descriptive statistics.

Results. A total of 1,028 referrals were analyzed, of which 58% were male and 46.7% were children between the ages of 1 and 5; 92% came from urban areas, and

Correspondencia: paolavelezpinos@gmail.com (Paola Vélez Pinos)

© 2026 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

<https://doi.org/10.63788/6pvfb232>

66.6% were referred by general practitioners. The five main reasons for referral were: malnutrition (13.2%), hip dysplasia (10.6%), language disorders (9.4%), phimosis (2.8%), and heart murmur (2.5%). Only 60.7% of those who requested appointments attended the consultation, and the average waiting time was 9.3 days.

Conclusion. The system showed high scheduling rates (89.3%) and short waiting times (9.3 days), although only 60.7% completed the consultation. The main causes of referral reflect the epidemiological profile and limitations of primary care. The assessment of appropriateness should be interpreted with caution due to limitations in the registry and lack of standardized criteria.

Keywords: Referral; Consultation; Primary health care; Healthcare models; Ecuador.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de referencia y contrarreferencia constituyen pilares fundamentales para la organización de recursos sanitarios, la continuidad asistencial y la garantía de atención oportuna en pediatría. Las derivaciones desde atención primaria (AP) hacia especialidades pediátricas representan una proporción significativa de la demanda, aunque su pertinencia clínica varía considerablemente según el contexto. Estudios internacionales demuestran que aproximadamente el 52% de las derivaciones a consultas pediátricas provienen de médicos generales, con impacto directo en la coordinación del cuidado y la utilización de recursos⁽¹⁾.

Las tasas globales de derivación oscilan entre el 5% y 20%, determinadas por la arquitectura del sistema de salud, disponibilidad de servicios, mecanismos de control de acceso y nivel de capacitación médica^(2,3). En Barcelona, un análisis de 1.460 derivaciones reveló una tasa de 43 derivaciones por 1.000 habitantes/año, siendo oftalmología, traumatología y dermatología las especialidades más solicitadas, esto subraya la necesidad de protocolos estandarizados y consultas de alta resolución⁽⁴⁾. En regiones con capacidad diagnóstica limitada en AP o preferencia por acceso directo a especialistas, como ciertos países de Asia y Medio Oriente, se observan tasas significativamente superiores⁽⁵⁾.

La adecuación clínica de estas derivaciones plantea preocupaciones relevantes. Investigaciones en especialidades quirúrgicas pediátricas indican que hasta el 19% de las derivaciones podrían considerarse inapropiadas⁽⁶⁾. En ortopedia pediátrica, cerca del 47% de las derivaciones correspondían a condiciones manejables en AP, aunque solo el 14,6% cumplía estrictamente los criterios de derivación establecidos⁽⁷⁾. Estudios en subespecialidades pediátricas confirman que una

proporción considerable de casos derivados podría resolverse en AP siguiendo los criterios de la American Academy of Pediatrics.

El sistema de salud ecuatoriano, estructurado en tres niveles donde AP debería resolver el 80% de los problemas de salud, enfrenta desafíos particulares⁽⁸⁾. La escasa formación en pediatría durante la carrera de medicina general y familiar se correlaciona con decisiones de derivación basadas en incertidumbre clínica más que en evidencia científica. Adicionalmente, la debilidad en los mecanismos de contrarreferencia y comunicación internivel limita la retroalimentación clínica y el aprendizaje continuo⁽¹⁾.

Existe un vacío significativo en la literatura científica respecto a la evaluación sistemática de la pertinencia de derivaciones realizadas por médicos generales y familiares hacia pediatría hospitalaria en contextos similares al ecuatoriano. Esta brecha epidemiológica dificulta comprender los determinantes de las decisiones de derivación, el cumplimiento de criterios clínicos establecidos y el impacto en la organización del sistema y la calidad de la atención infantil.

La normativa de referencia y contrarreferencia busca canalizar pacientes según complejidad, retornándolos a AP para seguimiento, optimizando recursos y mejorando la calidad asistencial⁽⁸⁾. En pediatría, la correcta implementación de este sistema resulta crucial para prevenir intervenciones innecesarias y garantizar atención oportuna, constituyendo el objetivo central del estudio: identificar las principales causas de derivación desde AP por médicos generales y familiares hacia consulta hospitalaria de pediatría en Ecuador, así como evaluar el cumplimiento de consultas programadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y entorno del estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de solicitudes de agendamiento para consulta externa de pediatría en el Hospital Homero Castanier Crespo, ubicado al sur de Ecuador. Este hospital general de 150 camas dispone de 22 camas de hospitalización pediátrica (1 mes-15 años), servicio de urgencias pediátricas con sala de observación (3 camas) y especialidades médicas incluyendo neonatología. Los centros de salud del área de influencia cuentan con médicos generales y especialistas en medicina familiar, pero carecen de pediatras.

Recopilación de datos y análisis estadístico

El servicio de estadística anonimizó los datos de solicitudes de citas, entregándolos en matriz de hoja de cálculo. Se incluyeron pacientes menores de 15 años con solicitudes de

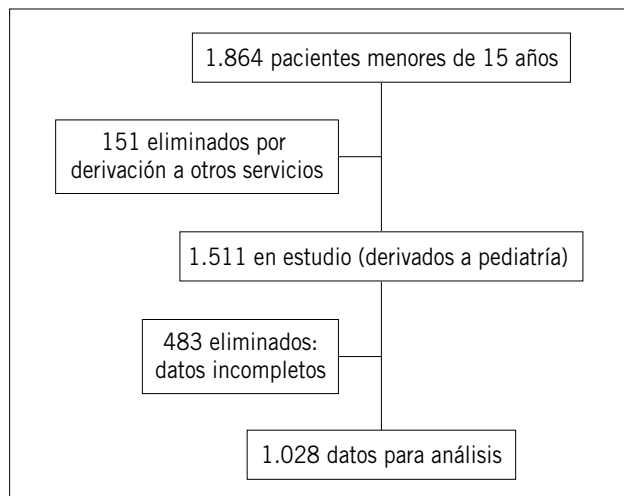


Figura 1. Flujograma de datos.

pediatría entre enero 2023 y junio 2024. Se excluyeron derivaciones con datos incompletos, solicitudes a otros servicios, citas subsecuentes y solicitudes repetidas. La matriz de recolección contempló variables demográficas (edad, sexo, procedencia) y características de la visita: especialidad médica que refiere, cumplimiento y efectividad de referencias, pertinencia de derivación, tiempo de espera y motivo de referencia. Este último se categorizó según códigos CIE-10 del registro médico electrónico, recategorizados en grupos diagnósticos amplios: trastornos del neurodesarrollo y neurológicos, nutricionales y metabólicos, musculoesqueléticos, otorrinolaringológicos, oftalmológicos, genitourinarios, entre otros. Ante diagnósticos múltiples, se preservó el diagnóstico principal según motivo de consulta. Los resultados se presentaron mediante frecuencias y porcentajes. La normalidad de variables cuantitativas (edad y tiempo de espera) se evaluó con prueba de Shapiro-Wilk; al no mostrar distribución normal, se describieron como mediana y rango intercuartílico (RIC).

Consideraciones éticas

La investigación obtuvo aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad del Azuay y contó con carta de interés institucional del hospital. Los datos se manejaron con estricta confidencialidad exclusivamente para fines de investigación, conforme a los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se analizaron 1.028 solicitudes de consulta pediátrica desde atención primaria, tras excluir 151 casos derivados a

TABLA I. Características demográficas de la población (n= 1.028).

Variables demográficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	596	58%
Femenino	432	42%
Edad		
Mediana 3 años (RIC: 1-7)		
< 1 año	214	20,8%
1-5 años	480	46,7%
6-10 años	114	11,1%
11-14 años	220	21,4%
Centro de salud que refiere		
Urbano	951	92,5%
Rural	77	7,5%
Derivado por		
Medicina general	677	65,82%
Medicina familiar	336	32,7%
Psicología	9	0,9%
Odontología	6	0,58%

otros servicios y 483 por datos incompletos, repetidos (más de dos solicitudes en el mismo mes o con el mismo diagnóstico) y citas subsecuentes (controles de diagnósticos realizados el mismo año) (figura 1). La mayoría de los pacientes fueron hombres (58%); la mediana de edad fue de 3 años (RIC: 1-7), y el grupo etario predominante fue de 1 a 5 años (46,7%). El 92,5% provenía de centros de salud urbanos. Las derivaciones fueron realizadas principalmente por médicos generales (65,82%) y médicos familiares y comunitarios (32,7%) (tabla I).

Respecto al cumplimiento, el 89,29% de las solicitudes lograron agendar un turno; el 10,71% restante no fue agendado por errores en los datos, saturación de agenda o problemas de cobertura geográfica. De los turnos agendados, es decir, efectivos, solo el 68% de los pacientes acudieron y fueron atendidos por pediatría, pero únicamente se evaluó la pertinencia de 276 consultas (44%) y de ellos, el 93,11% fueron considerados como referencias justificadas (tabla II).

El tiempo de espera entre la solicitud de referencia y la atención hospitalaria no tuvo una distribución normal; se estimó en una mediana aproximada de 9 días (RIC: 5-12). El 59% de los pacientes fueron atendidos entre 6 y 10 días; el 32% entre 11 y 15 días; el 5,4% en menos de 5 días; y solo el 2,9% esperó entre 16 y 20 días.

Aunque hubo 1.028 solicitudes, se registraron 1.198 diagnósticos, debido a que 148 casos incluían múltiples

TABLA II. Cumplimiento, efectividad y justificación de referencias.

Referencias	Sí	No	Total
Cumple	918 (89,29%)	110 (10,71%)	1.028
Efectiva	624 (68%)	294 (32%)	918
Justificada	257 (93,11%)	19 (6,89%)	276

problemas de salud. En la [tabla III](#) se exponen los principales motivos de referencia desde AP agrupados en categorías, y en la [tabla IV](#), las 5 principales causas clínicas de referencia.

DISCUSIÓN

La referencia entre niveles constituye un componente estructural de los sistemas sanitarios escalonados, reflejando la fortaleza resolutoria de AP. Las tasas de derivación pediátrica oscilan entre 5% y 20% según el modelo sanitario, disponibilidad de especialistas y entrenamiento médico⁽⁹⁾. En sistemas con AP consolidada, como Reino Unido o España, la derivación funciona como regulador eficiente; en sistemas fragmentados o con déficit de recursos humanos, las

referencias evidencian limitaciones estructurales más que necesidades clínicas estrictas.

En Ecuador, el Modelo MAIS-FCI establece que el primer nivel debe resolver el 80% de los problemas de salud⁽¹⁰⁾. Sin embargo, esta meta no siempre se cumple por escasez de pediatras en AP, alta rotación de médicos rurales y limitaciones diagnósticas, coincidiendo con debilidades documentadas en Uruguay⁽¹¹⁾. Los sistemas europeos con mayor integración internivel muestran menor variabilidad en tasas de derivación y mayor coherencia clínica^(2,3). Las derivaciones innecesarias, motivadas por inseguridad diagnóstica, presión asistencial y carencia de recursos, provocan saturación hospitalaria, duplicación de exámenes, aumento de costos y retrasos para pacientes que requieren atención especializada⁽¹²⁾. La desconfianza hacia la AP y su cobertura limitada en áreas rurales contribuyen a la sobredemanda hospitalaria⁽¹¹⁾.

El predominio de pacientes masculinos (58%) coincide con reportes regionales⁽¹¹⁾, aunque las diferencias por sexo en tasas de derivación no han mostrado consistencia en la literatura internacional⁽¹⁾. El grupo de 1 a 5 años concentró el mayor porcentaje de referencias (46,7%), coherente con la etapa crítica de desarrollo neurológico y del lenguaje donde se detectan alteraciones del desarrollo. En Montevideo, la mediana de edad fue de 7 años⁽¹¹⁾, diferencia atribuible a

TABLA III. Motivos de referencia más frecuentes por categorías.

Categoría diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos del neurodesarrollo y neurológicos	268	22,37%
Trastornos nutricionales y metabólicos	206	17,20%
Trastornos musculoesqueléticos	159	13,27%
Trastornos otorrinolaringológicos y oftalmológicos	129	10,77%
Trastornos genitourinarios	74	6,18%
Otras categorías	362	30,21%
Total	1198	100%

TABLA IV. Cinco motivos de referencia más frecuentes.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición proteico-calórica no especificada	158	13,20%
Displasia de cadera	127	10,60%
Trastorno de desarrollo del habla y el lenguaje	113	9,43%
Fimosis	33	2,76%
Soplo cardíaco, no especificado	30	2,50%
Otros diagnósticos	737	61,51%
Total	1.198	100%

variaciones en programas de tamizaje, cobertura de estimulación temprana y accesibilidad a servicios. La percepción de mayor vulnerabilidad clínica en menores de cinco años influye en la decisión de derivar, fenómeno descrito en estudios de variabilidad clínica⁽³⁾.

La mayoría de los centros de salud pertenecen a la zona urbana (92,5%), reflejando un acceso limitado en zonas rurales asociado a inequidad estructural, falta de recursos, personal médico y transporte, dificultando la atención de casos complejos. Los sistemas de salud deben adaptarse a necesidades locales, pues las barreras rurales incluyen distancia, escasez de profesionales y tecnología diagnóstica⁽¹³⁾.

Las barreras geográficas y tiempos de espera afectan la posibilidad de completar el “ciclo de referencia”, limitando el acceso a atención especializada en áreas rurales. En Uruguay, pacientes rurales presentaron mayores tasas de referencias inadecuadas y menor calidad en formularios de derivación, reflejando debilidades en AP⁽¹¹⁾. Rosenthal et al. documentaron que las derivaciones son menos comunes en áreas rurales con brecha creciente en años recientes, al examinar patrones de derivación entre médicos de atención primaria rurales y no rurales mediante datos del National Ambulatory Medical Care Survey; atribuyen esta diferencia a disponibilidad de especialistas, distancia a servicios o preferencias de pacientes⁽¹⁴⁾.

Se evidenció que la mayor parte de las referencias fueron realizadas por médicos generales, lo que refleja la escasez de pediatras de atención primaria en Ecuador, pese a que el Modelo de Atención Integral establece que los centros de salud del primer nivel deben contar con médicos capacitados para atender a niños, pero en la práctica, muchos establecimientos funcionan exclusivamente con médicos generales que en su mayoría cursa su año de medicatura comunitaria o rural, sin entrenamiento en pediatría⁽¹⁰⁾; en algunos casos el médico general tiende a derivar por precaución, generando una carga innecesaria al segundo nivel; por lo tanto, se debe considerar que el perfil clínico del médico general puede limitar su capacidad para diferenciar entre patologías que requieren evaluación especializada y aquellas que pueden ser resueltas con seguimiento en atención primaria⁽¹⁾.

Uno de los elementos críticos en el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia es la efectividad del proceso de derivación, que no se limita al acto de referir, sino que implica que el paciente tenga un turno, sea atendido y que su derivación haya sido justificada. Frente a esto, en este estudio se observó un alto nivel de cumplimiento, el 89,3% de los pacientes referidos lograron agendar una cita; los fallos en la programación de turnos para el porcentaje restante pueden estar relacionados con problemas en el sistema informático, limitaciones administrativas o fallos en

la comunicación con el paciente, barreras mencionadas en un estudio de derivaciones realizado en Estados Unidos⁽¹⁴⁾.

A pesar del elevado porcentaje de agendamiento, en este estudio solo el 60,7% de las derivaciones agendadas acudieron a la consulta, lo que demuestra una brecha crítica entre la intención del sistema y el acceso real a la atención. En el estudio realizado en más de 7 condados en Estados Unidos, se encontró que los factores asociados al fracaso en la efectividad del proceso incluyen barreras logísticas, tiempos de espera prolongados, escaso seguimiento de la cita, y falta de mecanismos de reprogramación, lo que provocó que sólo el 35% de las referencias culminaran en una cita médica completada⁽¹⁵⁾.

El tiempo de espera entre solicitud de referencia y atención efectiva impacta la satisfacción del paciente y el pronóstico clínico, particularmente en pediatría donde muchas patologías evolucionan rápidamente. En este estudio, el tiempo promedio fue de 9,3 días atendándose el 59% de pacientes entre 6 a 10 días posteriores a la solicitud. Estos valores se encuentran muy por debajo de otros sistemas: en Chile, los tiempos pueden alcanzar 255 días⁽¹⁶⁾, y en Brasil pueden superar los 540 días en municipios con limitada oferta resolutive⁽¹⁷⁾, reflejando una crisis estructural en la gestión de tiempos en la red pública.

Los tiempos prolongados afectan poblaciones vulnerables, como demostró un estudio en el Children’s Hospital de Boston, donde niños de sectores con alto índice de vulnerabilidad social presentaban menor adherencia a consulta especializada cuando el tiempo de espera era largo⁽¹⁸⁾. Para mejorar esta gestión, se propone implementar sistemas electrónicos de monitoreo de tiempos de espera y programación por niveles de urgencia para optimizar turnos y reducir inasistencias⁽¹⁹⁾.

El análisis de motivos de referencia revela las principales razones clínicas, estructurales y sistémicas por las cuales los médicos de AP derivan pacientes pediátricos. Los cinco motivos más frecuentes fueron: desnutrición proteico-calórica, displasia de cadera, trastornos del desarrollo del habla y lenguaje, fimosis y soplo cardíaco no especificado, reflejando la coexistencia de condiciones nutricionales crónicas, alteraciones del desarrollo, patologías ortopédicas y hallazgos clínicos que requieren confirmación especializada.

La desnutrición continúa siendo un problema relevante en Ecuador según ENSANUT 2018⁽²⁰⁾, a diferencia de países de altos ingresos donde predominan patologías crónicas no transmisibles. En Nigeria, la malnutrición también figura entre las principales causas de derivación pediátrica⁽²¹⁾, sugiriendo un patrón compartido en países en desarrollo.

La displasia de cadera como segunda causa probablemente refleja limitaciones en la decisión clínica y acceso a estudios de imagen en atención primaria. Un estudio de

2022 comparó diagnósticos remitidos a ortopedia infantil con directrices de la Academia Americana de Pediatría, evidenciando que el 48% se clasificó como afecciones musculoesqueléticas de AP⁽²²⁾. En España, la displasia de cadera se incluía entre los cinco principales motivos de derivación, y los especialistas consideraron que más del 80% de los casos podrían manejarse en AP⁽²³⁾.

Los trastornos del lenguaje evidencian la creciente sensibilidad sobre el neurodesarrollo; sin embargo, la falta de articulación con fonología en el primer nivel obliga a canalizar estos casos al hospital, fenómeno también descrito en análisis de barreras de referencia⁽²⁴⁾. La fimosis fisiológica representa un ejemplo clásico de sobre-derivación por desconocimiento del desarrollo genital normal; estudios han documentado que muchas referencias podrían resolverse con educación clínica adecuada^(6,25).

Respecto al soplo cardíaco, en sistemas con acceso a ecocardiografía básica en atención primaria estas derivaciones se reducen significativamente. El impacto trasciende lo clínico, generando ansiedad parental significativa y alta utilización de recursos. Un estudio canadiense con 195 padres demostró que el hallazgo de un soplo en atención primaria induce ansiedad parental significativa, incluso cuando el diagnóstico presuntivo es de soplo inocente⁽²⁶⁾.

Las diferencias entre Ecuador, Uruguay, España y Estados Unidos radican en la integración del primer nivel, disponibilidad de pediatras, acceso a tecnología diagnóstica y existencia de protocolos compartidos. Mientras Estados Unidos presenta un modelo integrado con menor tasa de derivaciones innecesarias, los sistemas latinoamericanos muestran mayor variabilidad y dependencia del juicio clínico individual. El fortalecimiento del primer nivel mediante formación pediátrica específica, acceso a herramientas diagnósticas básicas, digitalización del sistema de referencia y establecimiento de protocolos compartidos representa la intervención con mayor potencial de impacto.

LIMITACIONES

El presente estudio presenta una gran limitación en el análisis de la justificación de las derivaciones, puesto que sólo se registró la pertinencia en el 44,23% de los casos, sin embargo, no se detalla los criterios o protocolos que se utilizaron para esta categorización por lo que cabe preguntarse si el alto porcentaje de justificación en nuestro estudio refleja un criterio clínico acertado o más bien un fenómeno reactivo, en el que el segundo nivel valida diagnósticos ante la falta de herramientas o no se da el tiempo suficiente para el análisis reflexivo del total de referencias.

CONCLUSIÓN

El estudio evidencia fortalezas operativas en el sistema de referencia: alto agendamiento y tiempos de espera cortos. Sin embargo, la brecha entre agendamiento y asistencia efectiva revela un cierre incompleto del ciclo. El perfil clínico refleja el epidemiológico infantil, con desnutrición como causa principal y limitaciones del primer nivel, sugiriendo mejoras en capacitación y diagnóstico. Las limitaciones metodológicas, particularmente la ausencia de estandarización en criterios de pertinencia, impiden determinar si el alto porcentaje de referencias justificadas responde a una adecuada capacidad diagnóstica o a validación reactiva del segundo nivel. Aunque los indicadores son favorables, la evaluación integral requiere mejorar el registro, establecer protocolos explícitos de pertinencia y fortalecer la trazabilidad del proceso para garantizar conclusiones robustas y comparables.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores declaran haber usado fondos propios para el desarrollo de la presente investigación y no haber recibido fondos extras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kunin M, Turbitt E, Gafforini SA, Sanci LA, Spike NA, Freed GL. What proportion of paediatric specialist referrals originates from general practitioners? *J Paediatr Child Health*. 2018;54(2):183-7.
2. 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(7360):370-1.
3. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract*. 2000;17(6):462-71.
4. Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Linares Muñoz JM, Ponce Villacreces MC, Casamada Humet N, Sauvalle Soler M, et al. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:e13-e20.
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:65.

6. Shinkunas LA, Klipowicz CJ, Carlisle EM. Inappropriate referrals in pediatric surgery. *J Pediatr Surg.* 2020;55(12):2596-601.
7. Hsu EY, Schwend RM, Julia L. How many referrals to a pediatric orthopaedic hospital specialty clinic are primary care problems? *J Pediatr Orthop.* 2012;32(7):732-6.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud: Norma técnica. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014.
9. AlOmar RS, AlShamlan NA, Al-Abdulazeem AA, Al-Turki AM, Al Yateem AA, Alghamdi RJ, et al. Epidemiology and patterns of pediatric visits and referrals in a model primary health care centre in Saudi Arabia: A retrospective chart review study. *Healthcare (Basel).* 2025;13(23):3005.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Quito: Ministerio de Salud Pública; 2012.
11. Pardo L, Zabala C, Gutiérrez S, Pastorini J, Ramírez Y, Otero S, et al. Sistema de referencia-contrarreferencia en pediatría: análisis de la situación en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Rev Med Urug.* 2008;24(2):69-75.
12. Greenwood-Lee J, Jewett L, Woodhouse L, Marshall DA. A categorisation of problems and solutions to improve patient referrals from primary to specialty care. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):986.
13. Bohnhoff JC, Guyon-Harris K, Schweiberger K, Ray KN. General and subspecialist pediatrician perspectives on barriers and strategies for referral: A latent profile analysis. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):576.
14. Rosenthal MB, Zaslavsky A, Newhouse JP. The geographic distribution of physicians revisited. *Health Serv Res.* 2005;40(6 Pt 1):1931-52.
15. Patel MP, Schettini P, O'Leary CP, Bosworth HB, Anderson JB, Shah KP, et al. Closing the referral loop: An analysis of primary care referrals to specialists in a large health system. *J Gen Intern Med.* 2018;33(5):715-21.
16. Goldstein E. Listas y tiempos de espera para atención en salud en Chile: Consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2024.
17. Mori NLR, Olbrich Neto J, Spagnuolo RS, Juliani CMCM. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. *Rev Saude Publica.* 2020;54:18.
18. Rea CJ, Toomey SL, Hauptman M, Rosen M, Samuels RC, Karpowicz K, et al. Predictors of subspecialty appointment scheduling and completion for patients referred from a Pediatric Primary Care Clinic. *Clin Pediatr (Phila).* 2024;63(4):512-21.
19. Naimer MS, Aliarzadeh B, Bell CM, Ivers N, Jaakkimainen L, McIsaac W, et al. Specialist wait time reporting using family physicians' electronic medical record data: A mixed method study of feasibility and clinical utility. *BMC Prim Care.* 2022;23(1):72.
20. Freire WB, Ramírez-Luzuriaga MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva-Jaramillo MK, Romero N, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana. ENSANUT-ECU 2018. Quito: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2018.
21. Musa EO, Ejemi CL. Reasons and outcome of paediatric referrals from first-level health facilities in Sabongari, Zaria, Northwestern Nigeria. *J Community Med Prim Health Care.* 2004;16(1):10-5.
22. Pan T, Kish AJ, Henrikus WL. Referral patterns to a pediatric orthopedic clinic: Pediatric orthopedic surgeons are primary care musculoskeletal medicine physicians. *J Pediatr Orthop B.* 2022;31(6):613-8.
23. Moraleda L, Castellote M. Motivos de derivación a una consulta ambulatoria de Traumatología Infantil. *An Pediatr (Barc).* 2015;83(2):89-93.
24. Jimenez ME, Fiks AG, Shah LR, Gerdes M, Ni AY, Pati S, et al. Factors associated with early intervention referral and evaluation: A mixed methods analysis. *Acad Pediatr.* 2014;14(3):315-23.
25. Kumar P, Deb M, Das K. Preputial adhesions--a misunderstood entity. *Indian J Pediatr.* 2009;76(8):829-32.
26. Geggel RL, Horowitz LM, Brown EA, Parsons M, Wang PS, Fulton DR. Parental anxiety associated with referral of a child to a pediatric cardiologist for evaluation of a Still's murmur. *J Pediatr.* 2002;140(6):747-52.