

Abril, 2023

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Qué intervenciones se han realizado en el sistema de salud con impacto en las atenciones de morbilidad y urgencia en APS?

En Chile la atención primaria de salud (APS) cuenta con un servicio de urgencia (SAPU) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) que ofrecen atenciones de emergencia de baja complejidad durante el horario no hábil (1). En muchas ocasiones, estos servicios se utilizan como sustituto de la atención de morbilidad, lo que significa que el beneficiario recibe solo una atención por el episodio agudo, sin considerar la continuidad e integralidad de los servicios de APS (2).

Garantizar una atención oportuna y con un alto nivel en atención primaria es uno de los objetivos en los que se encuentra trabajando la División de la Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud, de manera de fortalecer tanto la atención ambulatoria como la atención de urgencia en este nivel.

En este contexto, esta División solicitó esta síntesis de evidencia, con el objetivo de conocer las intervenciones realizadas en el sistema de salud que tienen impacto en el número de atenciones de urgencia y morbilidad de la atención primaria.

Componentes de la pregunta

Población: Personas que se atienden en APS

Intervención: Intervenciones realizadas en el sistema de salud y/o en APS

Comparación: Cuidado usual, sin intervención

Outcome: Atenciones en morbilidad y urgencias de APS (número de atenciones, calidad de la atención)

Mensajes clave

- Se han propuesto diferentes modelos de organización de la atención para enfrentar la problemática de consultas fuera del horario en atención primaria. Solo 2 de estos modelos reportan resultados en el número de atención de morbilidad y fuera de horario en APS.
- No se encontraron RS enfocadas en el impacto de la calidad de la atención de morbilidad ni fuera de horario en APS.
- Las intervenciones identificadas que miden el impacto en atención fuera de horario en APS corresponden a educación, programas clínicos e intervenciones a nivel de sistema.
- Las intervenciones que miden el impacto en la atención de morbilidad corresponden a triage en el horario de extensión de APS e intervenciones a nivel de sistema.
- La mayoría de las intervenciones encontradas se centran en intervenciones o cambios en el sistema de salud realizadas durante la década de 1990 y 2000 en países europeos como Países Bajos y el Reino Unido.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Descripción de las intervenciones encontradas.
- Consideraciones de implementación.

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se utilizan 13 revisiones sistemáticas

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye la base del sistema público de salud chileno (3), del cual forma parte el 77% de la población de nuestro país (4). La APS es la primera instancia donde los usuarios deben acudir para ser derivados a otros niveles de la red, lo que la convierte en la puerta de entrada al sistema de salud (5), estimándose que alrededor del 50% de la población se atiende en este nivel de salud (6).

La APS cuenta con los Centros de Salud Familiar (CESFAM) los cuales funcionan entre las 08:00 a las 17:00 durante los días de semana (1) y para suplir la falta de atención en los otros horarios, desde el año 1990 se creó el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), el cual depende, en forma técnica y administrativa de un CESFAM y su horario de atención es complementario al funcionamiento de dicho establecimiento (7).

Adicionalmente, en el año 2015 se crean los Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta (SAR) para complementar la Red de Urgencia (8). Tanto los SAPU como los SAR no tienen como función sustituir la atención de morbilidad, pues no cuentan con el personal ni el tiempo adecuado para realizar dichas prestaciones.

Según cifras entregadas por el Departamento de Control de Gestión de la DIVAP, durante los últimos años las atenciones de urgencia han aumentado, mientras que las atenciones de morbilidad han disminuido su tendencia, lo que conduce a la hipótesis de que la población está prefiriendo asistir a un dispositivo de urgencia en APS en vez de solicitar la hora de morbilidad en el CESFAM.

En ese contexto, con el objetivo de mejorar esta problemática, DIVAP solicitó una síntesis de evidencia con el objetivo de conocer las intervenciones realizadas en el sistema de salud¹ que tienen impacto en el número de atenciones de urgencia y morbilidad de la atención primaria.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieran la pregunta en las bases de datos MEDLINE y EMBASE a través de OVID y en Epistemonikos, con fecha 06 de marzo. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según los siguientes criterios:

Inclusión:

- Intervenciones realizadas en APS
- Intervenciones realizadas en el sistema de salud
- Intervenciones que reporten efecto en la atención de urgencia
- Intervenciones que reporten efecto en la atención ambulatoria

Exclusión:

- Intervenciones que reportan impacto en contextos hospitalarios.
- Estudios enfocados en la percepción y razones sobre el uso de urgencias en APS.

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realizó una persona, priorizando la información extraída por las revisiones sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados, se recurrió a los estudios primarios para complementar la información faltante.

¹ De acuerdo a lo acordado con el solicitante, se priorizaron las intervenciones realizadas en el sistema de salud y APS con impacto en la atención en urgencias en el nivel primario y, a la vez, atenciones en el sistema de salud y en la urgencia de atención primaria con impacto en la atención ambulatoria de APS

Resumen de Hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 495 revisiones sistemáticas (RS). De éstas se excluyeron N° 482 por disenso o duplicados, y se utilizaron **13 Revisiones Sistemáticas (RS)** (9–21) publicadas entre 2004 y 2022.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados en las RS (cuadro de metodología). Con estos criterios, se consideraron finalmente 12 estudios primarios (22–33) correspondiente a 11 intervenciones, ya que un estudio (28) es un reporte de resultados de otra intervención (27). De los estudios incluidos, 7 fueron Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs) (22–24,27,28,31,33), 4 estudios pre-post (25,29,30,32) y 1 estudio cuasiexperimental (26). En la Tabla N°1 se describen las características de todos los estudios incluidos.

Se han propuesto diversos modelos de organización de la atención primaria para enfrentar la problemática de atención de las urgencias. Debido a que solo 2 de dichos modelos reportan efectos en la atención en urgencia y/o la atención de morbilidad en APS, la totalidad de estas formas de organización de la atención primaria se detallan en el [anexo 2](#).

Los hallazgos se dividieron de la siguiente manera:

1. Intervenciones que se realizan tanto en APS como en el sistema de salud que reportan un impacto en la atención fuera de horario (atención de urgencia).
2. Intervenciones que se realizan tanto en APS como en el sistema de salud relacionadas a la atención fuera de horario (atención de urgencia) que reportan un impacto en la atención de morbilidad en APS.

El objetivo de este estudio es describir las intervenciones realizadas en el sistema de salud que midan el impacto en las atenciones de urgencia y morbilidad de la atención primaria, por lo cual esta síntesis no busca estimar el efecto de las intervenciones y solo se describen los resultados reportados por los propios artículos. En esa línea, no se evaluó la certeza de la evidencia y por lo tanto se debe tener precaución a la hora de interpretar los resultados

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

| Objetivos de la SRE: Describir las intervenciones realizadas en APS, en la urgencias de APS y en el sistema de salud sobre la atención en el horario diurno y horario de urgencias en APS | |
|--|---|
| Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: : las fechas de las RS están dentro de un rango de “sin fecha de inicio” hasta mayo de 2020. | |
| Componentes | Descripción |
| Diseños de estudio | 7 fueron Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs) (22–24,27,28,31,33), 4 estudios pre-post (25,29,30,32) y 1 estudio cuasiexperimental (26). |
| Población | Hallazgo 1: Los estudios se enfocaron en usuarios mayores de 18 años con diabetes en EEUU (22) , usuarios crónicos complejos en España (23), población entre 2 a 12 años en Escocia(24), usuarios sobre 16 años en ese mismo país (31). Los otros estudios abordaron población que se atiende en APS en Países Bajos (30,31), Canadá (33) y población mayor de 16 años atendida en Inglaterra (26). Un estudio realizado en este último país se enfocó en la población que consulta el mismo día tanto en atención ambulatoria como en urgencia (33). Hallazgo 2: Los estudios se centraron en población que se atiende en APS en Inglaterra (27,28) y Canadá (25,32). |
| Intervención | Hallazgo 1: Las intervenciones se centran en la entrega de folletos (24,31), sesiones de educación y literacidad a los usuarios (22,26), la implementación de un programa de atención integrado (23), la instalación de cooperativas de médicos familiares (29,30), la implementación de un sistema de triage (33) y una modificación al sistema de salud que incluye el cambio en la modalidad de pago al proveedor (32). Hallazgo 2: Las intervenciones se enfocan en la instalación de un sistema de triage (27,28), instalación de <i>medical homes</i> e instauración de un sistema de bonificación (25) y una modificación al sistema que incluye el cambio en la modalidad de pago al proveedor (32). |
| Comparación | Hallazgo 1: Los estudios comparan la intervención con el sistema de atención antes de las reformas o cambios en el sistema de salud realizadas, incluyendo turnos rotativos (30), médicos suplentes (29) y pagos en la forma de bonificación al proveedor (32). Hallazgo 2: Se compara la intervención con la modalidad de pago en la forma de bonificación al proveedor antes de la reforma o cambios en el sistema de salud realizados (25,32). |
| Desenlaces | Hallazgo 1: Los estudios reportan el número de consultas y visitas en atención de urgencia y fuera de horario en atención primaria*. Hallazgo 2: Los estudios reportan el número de consultas y visitas en los servicios de atención primaria en horas regulares. |
| Ámbitos (setting) | Las intervenciones se realizan en APS (22–24,26–28,31) y a nivel de sistema de salud (25,29,30,32,33). |

* La literatura utiliza el término *out-of hours* para describir las intervenciones en horarios de urgencia en atención primaria

Hallazgo 1: Intervenciones con impacto en la atención fuera de horario en APS (atención de urgencias)

1.1 Intervenciones realizadas en APS:

1.1.2 Entrega de folletos:

Dos estudios entregaron folletos con información sobre las enfermedades, además de entregar consejos de autocuidado y brindar indicaciones sobre las situaciones en las cuales se debe consultar a un médico familiar (24,31).

1.1.3 Programa clínico:

En personas con diabetes tipo 2 se realizaron sesiones educativas y consejería sobre la medicación, manejo proactivo de parámetros clínicos y contacto telefónico constante con los usuarios. Esta intervención fue entregada por químicos farmacéuticos. (22).

1.1.4 Curso de capacitación:

Curso de literacidad realizado a los usuarios, en el cual se exploraron actitudes y habilidades personales en relación al cuidado de la salud y el autocuidado. El curso se impartió en grupos reducidos en tres a seis sesiones de una hora y fue proporcionado durante un período de tres a seis semanas (26).

1.1.5 Incentivos por prestaciones:

Al comienzo de los años 2000 Canadá introdujo reformas a la atención primaria. Común a todas estas reformas fue un paso de remuneración tradicional de pago por servicio hacia incentivos a los médicos por la atención de urgencias en APS, con un pago adicional por cada consulta (32).

1.2 Intervenciones realizadas en el sistema de salud

1.2.1 Cooperativa de médicos familiares:

En 2001 Países Bajos reorganizó la atención fuera de horario en la atención fuera de horario en cooperativas de médicos familiares. Un estudio evaluó la implementación de tres de estos dispositivos ubicadas cerca de los únicos tres hospitales que cuentan con atención de urgencia (29) y otro estudio evaluó la instalación de una cooperativa (30).

1.2.2 Triage del sistema nacional de Salud National Health System (NHS):

En Inglaterra, se instaló un sistema en el cual los profesionales de enfermería del NHS tenían acceso al sistema electrónico de citas. Estos profesionales habían sido entrenados para clasificar solicitudes de atención del mismo día, usando algoritmos computarizados del NHS para derivar al usuario (33).

1.2.3 Programa de atención integrada

Se implementó un programa de atención integrada y proactiva a usuarios crónicos complejos, basado en la identificación de estas personas, acciones proactivas en la atención clínica en atención primaria mediante la instalación de un hospital de día y la realización de seminarios y espacios de comunicación compartidos (23).

Hallazgo 2: Intervenciones con impacto en la atención de morbilidad en APS

2.1 Intervenciones realizadas fuera de horario en APS

Triage:

En Inglaterra un estudio implementó un modelo de triage en el cual las llamadas entrantes fueron recibidas por un recepcionista, quien tomó los detalles del usuario, y luego estos fueron derivados a una de las dos enfermeras de turno, las cuales habían participado en un programa de capacitación. Esta profesional fue ayudada por un sistema de asesoramiento telefónico, el cual es un sistema de gestión de llamadas de atención (27,28).

2.2 Intervenciones realizadas en el sistema de salud relacionadas a la atención fuera de horario

2.2.1 Patient Enrolment Model:

Consiste en la inscripción voluntaria del usuario con un médico de atención primaria y la formación de *medical homes*, instituciones que brindan atención a una población de usuarios utilizando un enfoque de equipo multidisciplinario. Otras reformas se implementaron posteriormente, incluyendo un modelo en el que se paga a los médicos predominantemente por capitación combinada (*blended capitation*).

En 2004 se introdujo un código de tarifa (Q012) para los médicos familiares para incentivar la atención fuera de horario en la atención hospitalaria. Esta tarifa fue valorada en el 30% del valor del código de servicio regular (25).

2.2.2 Incentivos por prestaciones

Ver descripción 1.1.5 (32).

En la tabla 2 presentada a continuación se describen los estudios incluidos en esta revisión, con su identificación mediante año y autor, además del país donde se llevó a cabo dicha intervención y caracterizándose según tipo de estudio. A la vez, se estructura cada artículo en sus componentes principales: población incluida, intervención, comparador y desenlace (outcome). Además, se detalla el horario de extensión que considera cada artículo y los principales resultados reportados en este artículo respecto al outcome priorizado.

Tabla 2. Características de los estudios incluidos.

1.1 Intervenciones realizadas en APS con impacto en el número de consultas fuera de horario en APS

| Autor, año | País | Diseño | Población | Intervención | Atención fuera de horario | Comparador | Desenlace (Outcome) | Principales resultados*** |
|----------------------|-----------------|--------|--|--|--|-------------------------|---|---|
| Heaney, 2001 (31) | Escocia Lothian | ECA | Usuarios con registro en el índice de salud comunitaria (n = 4878) y usuarios con consulta previa fuera de horario en APS en los 12 meses previos (n=4530) | Entrega de cualquiera de los folletos: <i>What Should I do?</i> y <i>Health Care Manual</i> . | N/R | Sin entrega de folletos | Consultas fuera de horario a los 12 meses | No se observa una diferencia significativa en el número de consultas fuera de horario a los 12 meses en quienes recibieron el folleto registrados en el índice de salud comunitaria (DM=-0,02; IC95%=-0,06 - 0,01, p>0,05) ni en quienes tenían una consulta fuera de horario previa (DM=-0,03; IC95%=-0,20 - 0,14, p>0,05) en comparación a quienes no recibieron el folleto*. |
| Usherwood, 1991 (24) | Escocia | ECA | Niños entre 2 a 12 años (n=634 niños de 419 casas) que se atienden en APS | Entrega de un folleto con el manejo y recomendaciones de cuándo consultar al médico familiar sobre 5 enfermedades: tos, fiebre, dolor de garganta, diarrea, y vómitos. | Lunes a viernes: 16.00 pm - 08.00 am Sábado: tarde Domingo: todo el día. | Sin entrega de folletos | Consultas fuera de horario a los 12 meses | Se observa una diferencia significativa entre las consultas fuera de horario entre las familias con 1,2 o 3 miembros que recibieron el folleto (Zc=2.30, p<0.05) a los 12 meses de seguimiento. En todos los casos, el grupo de intervención tiene mayor número de consultas. |
| Rothman, 2005 (22) | Estados Unidos, | ECA | Usuarios de 18 años con | Sesiones educativas | N/R | Sin intervención | Visitas de urgencia en | No hay diferencias significativas en las visitas a la urgencia entre las personas sometidas al programa |



| | | | | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------------|--|--|---------------------------------------|---|--|---|
| | Carolina del Norte | | diagnóstico clínico de diabetes tipo 2 (n=217) | intensivas, algoritmos basados en evidencia y manejo proactivo de parámetros clínicos. | | | APS a los 12 meses | educativo y aquellas no sometidas (RR= 0.8; IC 95%: 0.4- 1.6, p<0.05) a los 12 meses de seguimiento. |
| White, 2012 (26) | Inglaterra | Cuasi-Experimental | Usuarios mayores de 16 años (n=1568) atendidos en 3 centros de APS | Curso de literacidad en salud mental consistente entre seis a tres sesiones de una hora durante tres a seis semanas. | N/R | Sin intervención | Número de consultas fuera de horario a los 6 meses | El número medio de consultas fuera de horario a los 6 meses de seguimiento fue mayor en el grupo que participó del curso (media=0,10; DE=0,55) en comparación a quienes no participaron (media=0,03; DE=0,22). ** |
| Devlin, 2020 (32) | Canadá Ontario | Pre-post | Población que se atienden en APS | Pago por prestación de urgencia con 20% de bonificación introducida en 2006 | Días de la semana: desde las 17:00 pm | Pago por prestación de urgencia con 10% de bonificación introducida en 2003 | Tasa de visitas a urgencias | Se observa un aumento en la tasa por 1000 usuarios en las visitas a urgencias entre 2003 (224.94 visitas) y 2007 (350.26).** |

1.2 Intervenciones realizadas en el sistema de salud con impacto en número de consultas fuera de horario en APS

| Autor, año | País | Diseño | Población | Intervención | Horario de extensión | Comparador | Outcome | Principales resultados |
|--------------------|---------------|--------|---|--|----------------------|---------------|--|---|
| Coderch, 2006 (23) | España Girona | ECA | Usuarios crónicos complejos de 15 o más años de edad (n=2805) | Programa de atención integrada y proactiva a usuarios crónicos complejo mediante valoración previa y | N/R | Cuidado usual | Visitas a urgencia en APS a los 12 meses | No hay diferencias significativas entre el grupo que participó en el programa de atención integrada (media= 1,27; DE=2,15) y el grupo que no participó en dicho programa (media= 1,41; DE=2,85) a los 12 meses de seguimiento. ** |



| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------|--|--|---|---|--|--|
| | | | | generación de plan de intervención individualizado, además de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales | | | | |
| Richards, 2004 (33) | Inglaterra York | ECA | Usuarios solicitantes de una consulta el mismo día entre 8:30 am y 17:00 pm (n=4703) de 3 centros de APS | NHS triage, el cual se basa en un sistema de algoritmo | N/R | Triage usual, sin incluir sistema de algoritmo. | Consultas fuera de horario | No se observan diferencias significativas en las consultas fuera de horario entre usuarios derivados a triage NHS y usuarios derivados a triage estándar (RR=1,07; IC95%= 0,72-1,52, p= 0,74). |
| van Uden, 2004, (30) | Países Bajos Limburg | Pre-post | Población que se atienden en APS | Reestructuración del sistema: implementación de 3 cooperativas de médicos familiares | Lunes a viernes: 17:00 pm - 08:00 am Fin de semana: 24 horas | Antes de la reestructuración: 24 grupos rotativos | Consultas fuera de horario a las 4 semanas | Se encontró un aumento del 9.8% en la atención fuera de horario al comparar las 4 semanas antes de la instalación de una cooperativa de médicos familiares con las 4 semanas posteriores. |



| | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------------|----------|----------------------------------|---|-----|--|--|--|
| van Uden, 2004, (29) | Países Bajos Maastrich | Pre-post | Población que se atienden en APS | Reestructuración del sistema que incluyó la instalación de una Cooperativa de médicos familiares. | N/R | Antes de la reestructuración: 8 grupos suplentes, que brindan atención fuera del horario laboral por separado del servicio de urgencias. | Consultas fuera de horario a las 3 semanas | Se encontró un aumento del 25% en la atención fuera de horario al comparar las 3 semanas antes de la instalación de una cooperativa de médicos familiares con las 3 semanas posteriores. |
|----------------------|---------------------------|----------|----------------------------------|---|-----|--|--|--|

2.1 Intervenciones realizadas fuera de horario en APS con impacto en el número de atención de morbilidad en APS

| Autor, año | País | Diseño | Población | Intervención | Horario de extensión | Comparador | Outcome | Principales resultados |
|---------------------|-------------------------|--------|----------------------------------|---|--|------------------|---------------------------|---|
| Lattimer, 1998 (27) | Inglaterra Wiltshire | ECA | Población que se atienden en APS | Triage: Un/a recepcionista derivaba los llamados a enfermeras capacitadas que fueron apoyadas con un sistema de asesoramiento telefónico, un sistema de manejo de llamadas en atención primaria | Lunes a viernes: 18:15 pm - 23:15 pm Sábado:, 11:00 am - 23:15 pm Domingo: 08:00 am - 23:15 pm | Sin intervención | Usuarios atendidos en APS | Se observa una disminución en los usuarios atendidos en APS entre quienes fueron derivados a triage en comparación a quienes no fueron derivados (DM=-23; rango intercuartil: -36 a -18). |
| Thompson, 2004 (28) | Inglaterra Wiltshire | ECA | Población que se atienden en APS | Misma intervención que Lattimer (29) | 23:15 pm - 08:00 am | Sin intervención | Usuarios atendidos en APS | Los usuarios a los que se derivó a triage tuvieron menos 80% probabilidad de asistir a APS que las personas que no fueron derivados a triage (RR= 0,2; IC95% :0,03 - 1,67). |



2.2 Intervenciones realizadas en el sistema de salud relacionadas a la atención fuera de horario con impacto en el número de atención de morbilidad en APS

| Autor, año | País | Diseño | Población | Intervención | Horario de extensión | Comparador | Outcome | Principales resultados |
|-------------------|----------------|----------|----------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|---|
| Devlin, 2020 (32) | Canadá Ontario | Pre-post | Población que se atienden en APS | Pago por prestación al 0.20 introducida en 2006 | Días de la semana desde las 17:00 pm | Pago por prestación al 0.10 introducida en 2003 | Tasa de visitas a atención primaria | Se observa una disminución en la tasa por 1000 usuarios en las visitas a la atención primaria entre 2003 (4129,85) y 2007 (2751,8) (media= 3176,08, DE=1006,39). ** |
| Kiran, 2018 (25) | Canadá Ontario | Pre-post | Población que se atienden en APS | Reestructuración del sistema en el año 2002: introducción del <i>Patient Enrolment Care</i> , consistente en la introducción de <i>medical homes</i> y el pago per cápita.. | 17:00 pm - 09:00 am | Antes de la reestructuración: médicos podían generar una boleta por atención de urgencia | Visitas de urgencia durante el fin de semana | Se observó una disminución significativa en la tasa de consultas en atención primaria (DM:-2,8, IC95% :-2,8 - -2,8). |

ECA: Ensayo controlado aleatorizado; IC: Intervalo de confianza; DM: Diferencia de media; N/R: No Reporta; OR: Odds Ratio; DE: Desviación Estándar;

*El estudio reporta los resultados entre ambos folletos, sin embargo, en esta revisión solo se reporta como grupo control el cuidado usual.

** El estudio no incluye un test estadístico para reportar los resultados.



Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, equidad y de monitoreo y evaluación. Además, se solicitó evidencia a los solicitantes relacionada a la temática en estudio.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en Estados Unidos (22), España (23), Escocia (24,31), Inglaterra (26–28,33), Países Bajos (29,30) y Canadá (25,32). Los sistemas de salud son variados, incluyendo aquellos con sistema único de salud financiados por el estado (Canadá, España, Inglaterra y Escocia), y sistemas mixtos financiados de manera pública y privada (Estados Unidos).

En Estados Unidos la participación estatal es limitada, predominando la participación del sector privado y el pago por prestación (34). En cambio, en Europa hay un mayor control del gobierno y se puede encontrar el financiamiento por pago per cápita como en Países Bajos o el acceso a servicios de manera gratuita como en el Reino Unido (35). Se detallan las características de cada setting donde se realizó la intervención en el [anexo 3](#).

En cuanto al gasto en APS, el porcentaje de presupuesto asignado a este nivel de atención en relación al total del presupuesto en salud varía entre los países reportados en esta revisión, especificando que todos los países tienen gastos diferentes en relación al presupuesto asignado a salud en nuestro país (36, 37,38).

En esa línea, la conceptualización de atención fuera de horario también evidencia ciertas variaciones entre los estudios incluidos en esta síntesis. Diversos estudios reportan horas de extensión que no corresponden al horario de atención del SAPU en nuestro país (24,27,28). Esta variación horaria se debe tener en consideración a la hora de aplicar la evidencia contemplada en esta revisión, ya que según lo reportado en una revisión incluida en este reporte, los estudios en esta materia presentan una gran diversidad en cuanto al horario que consideran como atención fuera de horas en APS (21).

Finalmente, se debe señalar que este resumen incluyó únicamente población atendida en APS e intervenciones que impactaran a nivel primario, sin considerar los desenlaces en otros niveles. Es necesario considerar que los artículos incluidos en esta revisión tienen una mirada a nivel de red de salud, por lo cual no solo miden el impacto en APS. En esa línea, un estudio incluido en esta revisión señala que, aun cuando la instalación de una cooperativa de médicos familiares genera un mayor número de atenciones en el nivel primario, estas disminuyen a nivel hospitalario (30), mientras que otra investigación explícita que recibir mayor dinero por atención de urgencia en APS, disminuye las consultas menos urgentes en nivel secundario (29.)

Consideraciones Económicas

Uno de los estudios incluidos en la revisión evalúa el costo instalar un triage de enfermeras en el Reino Unido, señalando que el valor de brindar consultas telefónicas con enfermeras fue de £81.237 por año, lo que significó una reducción de £94.422 de otros costos para el NHS. Esta reducción se debe al menor número de admisiones de emergencia al hospital, determinando que para alcanzar el punto de equilibrio, la intervención habría necesitado ahorrar 138 ingresos hospitalarios de emergencia por año (39). Otro estudio incluido en esta revisión señala que el uso de triage basado en algoritmos implementado por la NHS no tiene un costo significativamente diferente a un triage estándar al controlar por el último servicio al cual fue derivado el usuario (33).

Es preciso considerar que un estudio de costo-efectividad se realiza en el marco de un determinado país o contexto, por lo que la aplicación o extrapolación de los resultados del estudio al contexto nacional se debe realizar con precaución

Consideraciones de Equidad

Los resultados de las intervenciones incluidas en esta revisión podrían cambiar según la disponibilidad de servicios para consultar que presenten las personas, pues la literatura reporta que las personas tienden a consultar fuera de horario según cercanía y disponibilidad del servicio (40). En esa línea, en nuestro país el acceso a la salud es desigual para personas que viven en zonas rurales respecto a las zonas urbanas (41), siendo necesario considerar que la mayoría de los estudios de esta síntesis se centran en población urbana, mientras que solo una intervención se enfoca en usuarios en el área rural (30).

Cabe destacar que los estudios incluidos en esta revisión no tenían como objetivo comparar las diferencias de consultas por sexo ni se centraron en poblaciones que han sido históricamente excluidas, como migrantes, personas pertenecientes a algún pueblo indígena o población de la comunidad LGBTIQ+.

Consideraciones de monitoreo y evaluación

Es necesario mantener un registro actualizado sobre la problemática de atención en morbilidad y urgencias en APS, siendo responsable el Departamento de Control de Gestión de la DIVAP. Además, se debe monitorear la publicación de nueva evidencia que evalúe intervenciones implementadas en atención primaria, ya que es información relevante y que no cuenta con mucha evidencia, debido a que la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha corresponden a investigaciones descriptivas, observacionales y transversales, y se han desarrollado en el Reino Unido y países de Europa Occidental (21).

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE ¿Qué intervenciones se han realizado en APS y en el sistema de salud con impacto en la atención de morbilidad y urgencia en APS?. Abril 2023. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en:

<https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autores

- Nelson Vargas-Malebrán, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.
- Deborah Navarro Rosenblatt, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.
- Lucy Kühn Barrientos, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.

Palabras Clave

Health education center; Teaching hospital; Internship; Passant; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Francisco Paiva Cornejo, Profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.
- Natalia Celedón Hidalgo, Jefa del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Establecimientos de Salud [Internet]. Salud Responde. [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>
2. Weinick RM, Burns RM, Mehrotra A. How Many Emergency Department Visits Could be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics? *Health Aff Proj Hope*. 2010 Sep;29(9):1630–6.
3. Orientaciones Para La Implementación Del Modelo De Atención Integral De Salud Familiar Y Comunitaria. MINSAL Chile-OPS 2013 - EnfermeríaAPS [Internet]. [cited 2023 Mar 31]. Available from: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/orientaciones-para-la-implementacion-del-modelo-de-atencion-integral-de-salud-familiar-y-comunitaria-minsal-chile-ops-2013>
4. Fonasa. Fonasa. Cuenta Pública gestión 2022. 2022.
5. Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J, Pesse-Sorensen K, Fuentes-García A, Ilabaca J. Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Rev Médica Chile*. 2019 Mar;147(3):305–13.
6. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). 2022.
7. : Servicio de Salud Metropolitano Norte :: [Internet]. [cited 2023 Mar 31]. Available from: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
8. Guía de Programas Sociales del Estado de Chile [Internet]. [cited 2023 Apr 5]. Available from: <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/100059472/2016/3>
9. Hayhoe B, Cespedes JA, Foley K, Majeed A, Ruzangi J, Greenfield G. Impact of integrating pharmacists into primary care teams on health systems indicators: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2019 Aug 28;69(687):e665–74.
10. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Car J. Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020 Dec 1;71(702):e10–21.
11. O’Cathain A, Foster A, Carroll C, Preston L, Ogden M, Clowes M, et al. Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for minor health problems: a systematic review [Internet]. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2022 [cited 2023 Mar 29]. (Health and Social Care Delivery Research). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587674/>
12. Rivas J. Advanced Access Scheduling in Primary Care: A Synthesis of Evidence. *J Healthc Manag Am Coll Healthc Exec*. 2020;65(3):171–84.
13. Villaseñor S, Krouse HJ. Can the use of urgent care clinics improve access to care without undermining continuity in primary care? *J Am Assoc Nurse Pract*. 2016 Jun;28(6):335–41.
14. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 20;17(1):295.
15. Hong M, Thind A, Zaric GS, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. *Health Policy Amst Neth*. 2020 Aug;124(8):812–8.
16. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2005 Dec;55(521):956–61.
17. Rushton S, Boggan JC, Lewinski AA, Gordon AM, Shoup JP, Van Voorhees E, et al. Effectiveness of Remote Triage: A Systematic Review [Internet]. Washington (DC):

Department of Veterans Affairs (US); 2019 [cited 2023 Mar 29]. (VA Evidence-based Synthesis Program Reports). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553039/>

18. Fry MM. A systematic review of the impact of afterhours care models on emergency departments, ambulance and general practice services. *Australas Emerg Nurs J*. 2011 Nov 1;14(4):217–25.
19. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003 Jun 1;20(3):311–7.
20. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract*. 2004 May 1;54(502):374–81.
21. Foster H, Moffat KR, Burns N, Gannon M, Macdonald S, O'Donnell CA. What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature. *BMJ Open*. 2020 Jan 1;10(1):e033481.
22. Rothman RL, Malone R, Bryant B, Shintani AK, Crigler B, Dewalt DA, et al. A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes. *Am J Med*. 2005 Mar;118(3):276–84.
23. Coderch J, Pérez-Berrueto X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit*. 2018 Jan;32(1):18–26.
24. Usherwood TP. Development and randomized controlled trial of a booklet of advice for parents. *Br J Gen Pract*. 1991 Feb;41(343):58–62.
25. Kiran T, Moineddin R, Kopp A, Frymire E, Glazier RH. Emergency Department Use and Enrollment in a Medical Home Providing After-Hours Care. *Ann Fam Med*. 2018 Sep;16(5):419–27.
26. White A, South J, Bagnall AM, Forshaw M, Spoor C, Marchant P, et al. The self-care for people initiative: the outcome evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2012 Oct;13(04):382–94.
27. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ*. 1998 Oct 17;317(7165):1054–9.
28. Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J, et al. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ*. 1999 Nov 27;319(7222):1408.
29. Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):612–7.
30. van Uden CJT, Crebolder H. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J EMJ*. 2004 Nov;21(6):722–3.
31. Heaney D, Wyke S, Wilson P, Elton R, Rutledge P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 May 19;322(7296):1218.
32. Devlin RA, Kpelitse KA, Li L, Mehta N, Sarma S. After-Hours Incentives and Emergency Department Visits: Evidence from Ontario. *Can Public Policy*. 2020 Jun;46(2):253–63.
33. Richards DA, Godfrey L, Tawfik J, Ryan M, Meakins J, Dutton E, et al. NHS Direct versus general practice based triage for same day appointments in primary care: cluster



- randomised controlled trial. *BMJ*. 2004 Oct 2;329(7469):774.
34. Rice K, Te Hiwi B, Zwarenstein M, Lavallee B, Barre DE, Harris SB, et al. Best Practices for the Prevention and Management of Diabetes and Obesity-Related Chronic Disease among Indigenous Peoples in Canada: A Review. *Can J Diabetes*. 2016 Jun;40(3):216–25.
 35. Loewenson R, Simpson S. Strengthening Integrated Care Through Population-Focused Primary Care Services: International Experiences Outside the United States. *Annu Rev Public Health*. 2017;38(1):413–29.
 36. Primary Care - OECD [Internet]. [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/primary-care.htm>
 37. How does UK healthcare spending compare with other countries? - Office for National Statistics [Internet]. [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcare/system/articles/howdoesukhealthcarespendingcomparewithothercountries/2019-08-29>
 38. Primary Care Spending: High Stakes, Low Investment [Internet]. Primary Care Collaborative. [cited 2023 Apr 3]. Available from: <https://www.pcpcc.org/resource/evidence2020>
 39. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, et al. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2000 Apr 15;320(7241):1053–7.
 40. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med*. 2017 Sep;24(9):1137–49.
 41. Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev Médica Chile*. 2016 Oct;144(10):1319–21.
 42. Steeman L. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. 2020.
 43. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries [Internet]. Paris: OECD; 2016 Sep [cited 2023 Apr 3]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-organisation-of-out-of-hours-primary-care-in-oecd-countries_5jlr3czbqw23-en

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

NOMBRE: Ovid MEDLINE(R) ALL / PubMed(R)

Fecha de ejecución de la búsqueda: 06/03/2023

#1 ("urgent primary care" or "urgent primary care visits" or "urgent primary care visit" or "urgent primary care centre" or "urgent primary care centres" or "urgent primary care center" or "urgent primary care centers" or "ERPrimary" or "Primary Care Physicians Emergency" or "primary care emergency departments" or "Primary care services–trauma" or "walk-in clinics" or "walk-in clinic" or "walk-in center" or "walk-in centers" or "walk-in centre" or "walk-in centres" or "walk in clinics" or "walk in clinic" or "walk in center" or "walk in centers" or "walk in centre" or "walk in centres" or "retail clinic" or "retail clinics" or "out of hour" or "out of hours" or "out-of-hours").ti,ab. OR ((emergency or emergent or urgent or ED or EDs or ER or A&E) adj2 (care or healthcare or health-care or department* or unit or units or room* or treatment* or ward or service) adj4 ("primary healthcare" or "primary care" or "primary health-care" or "primary care servic*" or "family physician" or "general practitioner*" or "family physician")).ti,ab.

#2 limit 1 to (meta analysis or "systematic review")

NOMBRE: EMBASE/OVID

Fecha de ejecución de la búsqueda: 06/03/2023

#1 ("urgent primary care" or "urgent primary care visits" or "urgent primary care visit" or "urgent primary care centre" or "urgent primary care centres" or "urgent primary care center" or "urgent primary care centers" or "ERPrimary" or "Primary Care Physicians Emergency" or "primary care emergency departments" or "Primary care services–trauma" or "walk-in clinics" or "walk-in clinic" or "walk-in center" or "walk-in centers" or "walk-in centre" or "walk-in centres" or "walk in clinics" or "walk in clinic" or "walk in center" or "walk in centers" or "walk in centre" or "walk in centres" or "retail clinic" or "retail clinics" or "out of hours" or "out of hours" or "out-of-hours").ti,ab. OR ((emergency or emergent or urgent or ED or EDs or ER or A&E) adj2 (care or healthcare or health-care or department* or unit or units or room* or treatment* or ward or service) adj4 ("primary healthcare" or "primary care" or "primary health-care" or "primary care servic*" or "family physician" or "general practitioner*" or "family physician")).ti,ab.

#2 limit 1 to (meta analysis or "systematic review")

NOMBRE: EPISTEMONIKOS

Fecha de ejecución de la búsqueda: 06/03/2023

("urgent primary care" OR "urgent primary care visits" OR "urgent primary care visit" OR "urgent primary care centre" OR "urgent primary care centres" OR "urgent primary care center" OR "urgent primary care centers" OR "ERPrimary" OR "Primary Care Physicians Emergency" OR "primary care emergency departments" OR "Primary care services–trauma" OR "walk-in clinics" OR "walk-in clinic" OR "walk-in center" OR "walk-in centers" OR "walk-in centre" OR "walk-in centres" OR "walk in clinics" OR "walk in clinic" OR "walk in center" OR "walk in centers" OR "walk in centre" OR "walk in centres" OR "retail clinic" OR



"retail clinics" OR "out of hour" or "out of hours" or "out-of-hours") OR advanced_abstract_en:("urgent primary care" OR "urgent primary care visits" OR "urgent primary care visit" OR "urgent primary care centre" OR "urgent primary care centres" OR "urgent primary care center" OR "urgent primary care centers" OR "ERPrimary" OR "Primary Care Physicians Emergency" OR "primary care emergency departments" OR "Primary care services-trauma" OR "walk-in clinics" OR "walk-in clinic" OR "walk-in center" OR "walk-in centers" OR "walk-in centre" OR "walk-in centres" OR "walk in clinics" OR "walk in clinic" OR "walk in center" OR "walk in centers" OR "walk in centre" OR "walk in centres" OR "retail clinic" OR "retail clinics")) OR (advanced_title_en:(emergency OR emergent OR urgent OR ED OR EDs OR ER) OR advanced_abstract_en:(emergency OR emergent OR urgent OR ED OR EDs OR ER)) AND (advanced_title_en:(care OR healthcare OR health-care OR department* OR unit OR units OR room* OR treatment* OR ward OR service) OR advanced_abstract_en:(care OR healthcare OR health-care OR department* OR unit OR units OR room* OR treatment* OR ward OR service)) AND (advanced_title_en:("primary healthcare" OR "primary care" OR "primary health-care" OR "primary care servic*" OR "family physician" OR "general practitioner*" OR "family physician") OR advanced_abstract_en:("primary healthcare" OR "primary care" OR "primary health-care" OR "primary care servic*" OR "family physician" OR "general practitioner*" OR "family physician")) [Filters: protocol=no, classification=systematic-review]

Anexo 2 : Modelos de organización del sistema de salud en atención primaria fuera de horario

Los países en el mundo han desarrollado diversos modelos de organización de la atención primaria fuera de horario. A continuación, se describen dichos modelos y se especifica el o los principales modelos según país. Cabe destacar que un modelo puede estar presente en más de un país (42,43)

| Intervención | Descripción | Países |
|--|---|---|
| Atención del médico familiar responsable | Médicos atienden de manera individual o grupal a sus propios usuarios | Australia, Estonia, Grecia, México, Eslovaquia, Bulgaria, Malta, Rumania |
| Grupos rotativos | Grupo entre 4 a 15 médicos familiares que trabajan en la misma región. Cada médico toma turnos fuera de horario para la atención de usuarios de cualquier médico del grupo | Alemania, Bélgica, Francia, Hungría, Islandia, Eslovenia, España, Estados Unidos |
| Cooperativas de médicos familiares | Organizaciones de alrededor de 15 a más de 250 médicos generales. Los médicos de cabecera se turnan para estar de servicio para la población de usuarios de cualquier médico. Pueden ser apoyados por enfermeras, técnicos, choferes, entre otros | Alemania, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Eslovaquia, España, Suiza |
| Departamentos de emergencia hospitalaria | El médico de cabecera no tiene ningún rol en el cuidado de los usuarios fuera del horario; siendo atendidos por el departamento de emergencias de los hospitales | Austria, Canadá República Checa (área urbana) Finlandia, Francia, Grecia Islandia, Israel, México, Polonia, Eslovenia, Suiza Estados Unidos |
| Atención primaria integrada en hospitales | Médicos de cabecera que trabajan en el servicio de urgencias del hospital fuera de horario | Austria, República Checa, Finlandia, |
| Servicios suplentes* | Empresas comerciales emplean médicos y enfermeras a través de una subcontratación para reemplazar a médicos familiares | Eslovaquia, Reino Unido |
| Servicios telefónicos de triage y asesoramiento | Instalación de un número de teléfono nacional/regional en el cual un profesional asesora o deriva al usuario | Reino Unido |
| Centros de atención primaria: incluye <i>after-hours walk-in primary care centres, minor injury units and urgent care centres</i> | Establecimientos que pueden estar adyacentes a hospitales donde los usuarios pueden asistir sin hora previa para consultar por lesiones o enfermedades menos graves. Pueden ser lideradas por un médico familiar o una enfermera | España, Italia, Chile Luxemburgo, Polonia, Portugal, Suecia |

* Traducción empleada para deputizing services

Anexo 3: Descripción del setting en los estudios

Canadá, Ontario:

Ontario es la provincia más grande de Canadá, con 14 millones de residentes en 2016. Todos los residentes permanentes están asegurados para servicios hospitalarios y médicos necesarios a través del Plan de Seguro de Salud de Ontario (25).

La atención primaria está financiada con fondos públicos en todas las jurisdicciones de Canadá, sin costo directo para el usuario por atenciones médicas y visitas al hospital. Aunque no hay ningún costo financiero directo soportado, las visitas a urgencias implican largas esperas, especialmente para casos menos urgentes (32).

Escocia

Los estudios no incluyen descripción de este setting.

España, Girona

El estudio se realizó en Comarca del Baix Empordà en Girona, la cual tenía 128.281 residentes en 2011 y contaba con 5 áreas básicas de salud, el Hospital de Palamós y el centro sociosanitario Palamós Gent Gran.

El Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 planteó desplegar programas territoriales de atención a usuarios crónicos complejos, incluyendo identificar la población diana y actuar de manera proactiva. Se creó el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad, que promovió el desarrollo de instrumentos y procedimientos, aunque cada entidad proveedora concretó los detalles de su implementación (23).

Estados Unidos, Carolina del Norte:

Este ensayo aleatorizado se llevó a cabo en la Universidad de Práctica de Medicina Interna General de Carolina del Norte, la cual atiende a usuarios de diferentes niveles socioeconómicos. La práctica cuenta con más de 20 profesores asistentes y 70 médicos residentes que atienden a más de 2000 usuarios con diabetes (22).

Inglaterra, York:

El estudio se llevó a cabo en una gran práctica general en York. La práctica tenía seis sitios de cirugía en el centro de la ciudad, una lista de 32.000 usuarios, 15 médicos familiares (equivalentes a 12,5 a tiempo completo), 4 asistentes (equivalentes a 3 tiempo complemento) y un equipo de enfermeras con 9 profesionales más 9 estudiantes en práctica (equivalentes a 4.5 tiempo completo) (33).

Inglaterra, Wiltshire:

Wiltshire cuenta con 55 médicos familiares (19 prácticas), con una población de 97 000 usuarios. El área geográfica cubierta es de unos 290 km². Su distribución geográfica implica que la mayoría de los usuarios asisten a un solo departamento de accidentes y emergencias y en situaciones de emergencia son admitidos a un hospital, el Hospital Odstock en Salisbury (28,39).



Países Bajos, Maastricht

Maastricht es una ciudad en el sur de los Países Bajos con una población de aproximadamente 120.000 habitantes y con 59 médicos familiares. El Hospital Universitario de Maastricht es el único hospital en Maastricht, y su servicio de urgencia hospitalario. El servicio de urgencias cuenta con 4 a 6 enfermeras de urgencias y 1 residente de cirugía u ortopedia. No cuenta con especialistas en medicina de emergencia. En el sistema de salud neerlandés, el médico de cabecera actúa como *gatekeeper* de la atención secundaria. Por regla general, los usuarios necesitan la derivación de un médico de cabecera para utilizar los servicios del hospital. (30).

Países Bajos, Limburg

Limburg, una región con alrededor de 400.000 habitantes, de los cuales alrededor del 70% vive en zonas rurales. El tamaño del área es de aproximadamente 840 km², con aproximadamente 190 casas por kilómetro cuadrado. En esta región están registrados 173 médicos de atención primaria (29).