

Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente—Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú (2014)

Diana Doménech*, Daniel Strozzi†, Lucía Antúnez de Oliveira‡, Miryam Antúnez§, Graciela Castro§, Julio Álvez¶, Rosario Durante¶, Ana Lucía Fernández¶, Nury Guillemín¶, Jimena Heinzen¶, Karen Odella¶, Juan Pablo Santos¶

Resumen

Introducción: la resolutive del primer nivel de atención (PNA) es una cualidad fundamental de los sistemas de salud porque repercute en el funcionamiento de los otros niveles y en los servicios de urgencia. En nuestro país se ha insistido sobre la necesidad de contar con un PNA resolutive, sustentado en la sobrecarga asistencial que soportan los servicios del segundo nivel de atención (SNA) y las puertas de emergencia de los hospitales o sanatorios, atribuida, entre otros aspectos, a la baja resolutive del PNA.

Objetivos: evaluar las consultas que requirieron traslado a los servicios de emergencia de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) o de la Corporación Médica de Paysandú (COMÉPA), y las referencias realizadas a especialistas del SNA por la Unidad Docente - Asistencial (UDA) N°74 de Paysandú durante 2014.

Método: estudio observacional, descriptivo y de corte realizado en cinco servicios del PNA de Paysandú, usando instrumentos de registro específicos.

Resultados: de un total de 8.265 consultas realizadas, 75 requirieron traslado al servicio de emergencia (0,9%), predominando en adultos jóvenes, en meses de junio y setiembre, debido principalmente a patologías respiratorias, y requiriendo ambulancia en el 49% de los casos. El 5% (n=415) del total de consultas realizadas fueron derivadas al SNA, predominando en adultos mayores de 45 años, y debido a patologías de ojos y anexos, aparato circulatorio y locomotor.

Conclusiones: la resolutive de la UDA de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú es alta; se valora especialmente las competencias de dicha disciplina en ese sentido, y es posible mejorarla dotando de mayores recursos materiales al PNA (por ejemplo, oftalmoscopia).

Palabras clave: RESOLUTIVIDAD
INTERCONSULTA
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Key words: RESOLUTENESS
INTERCONSULTATION
PRIMARY CARE
SECONDARY CARE

* Prof. Agregada (t) del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Facultad de Medicina. Universidad de la República. Docente responsable de la UDA N° 74. Paysandú.

† Especialista en MFyC. Ex asistente (t) de MFyC. Facultad de Medicina, Universidad de la República. UDA N° 74. Paysandú.

‡ Asistente (t) del Dpto. de MFyC. Facultad de Medicina, Universidad de la República. UDA N° 74. Paysandú.

§ Tutora de Residentes de MFyC. UDA N° 74. Paysandú.

¶ Residente de MFyC. Unidad Docente - Asistencial (UDA) N° 74.

Correspondencia: Dra. Diana Doménech. R. Nolla 2120, Paysandú. Correo electrónico: dianadomenech@hotmail.com

El presente artículo no contó con fuente alguna de subvención.

Recibido: 5/10/15

Aprobado: 5/4/16

Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), consagrado en la Ley 18.211⁽¹⁾, define la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia principal de su modelo de atención, priorizando el primer nivel como ámbito de aplicación de sus atributos esenciales y secundarios.

La citada ley define al PNA como el “conjunto sistematizado de actividades dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutividad, las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social”⁽¹⁾.

Constituye la puerta de entrada al sistema de salud: “...es al mismo tiempo, el punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados; de su desempeño eficiente dependen el segundo y tercer niveles. Internacionalmente, el primer nivel resuelve el 85% de los problemas de salud”⁽²⁾.

El Médico de Familia y Comunitario (MFyC) es el especialista efector de la estrategia de APS, ya que su campo de acción específico es el PNA y la comunidad, y trabaja desde un modelo de atención integral a la salud, teniendo a la familia como la unidad de atención. Tiene conocimientos, aptitudes y habilidades que le permiten identificar procesos agudos que exigen ser valorados por otros especialistas o que requieren tratamientos o pruebas diagnósticas que requieren ser remitidos al segundo o tercer nivel de atención para su abordaje.

Una definición global de resolutividad la entiende como la “capacidad de un prestador de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados”⁽³⁾. Un concepto más enfocado en el PNA la define como “la capacidad de un centro de atención primaria de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los pacientes que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria. Esta capacidad se mide a partir de la evaluación de problemas de salud seleccionados como indicadores y por el desempeño de los clínicos, según las definiciones de las guías de práctica clínica”⁽⁴⁾.

La resolutividad es un concepto complejo cuya aplicabilidad responde a variables tales como la diversidad territorial, el perfil de los equipos profesionales, la dotación de recursos materiales y de infraestructura en los servicios, entre otros. Por ende, no es fácil medir con precisión la resolutividad, tanto desde una perspectiva global del conjunto del sistema como desde las contribuciones de los distintos niveles que lo componen.

En nuestro medio se ha insistido sobre la necesidad de contar con un PNA resolutivo como propiedad básica del sistema. Esto se sustenta en la sobrecarga asistencial que soportan los servicios del SNA, tanto policlínicas de especialidades como puertas de emergencia de los hospitales o sanatorios, aumentando los tiempos de espera y el costo asistencial debido a un mayor uso de tecnologías y recursos, atribuido, entre otras cosas, a la baja resolutividad de los servicios del PNA⁽⁵⁻¹⁰⁾.

La revisión de la bibliografía internacional y nacional muestra escasos trabajos científicos que den cuenta del nivel de resolutividad del PNA de un sistema de salud en general o de algún prestador en particular. No obstante, y como resultado de la misma, se identificaron dos grupos de estudios: aquellos que refieren a la capacidad de los servicios del PNA de resolver la patología aguda, y los que refieren a la resolutividad del PNA en términos de derivaciones o interconsultas (demanda no urgente) al SNA. Dentro del primer grupo existen dos estudios realizados en España^(11,12) en 2007 y 2008, respectivamente, que muestran la resolutividad de la consulta por patología urgente de dos centros de urgencia extrahospitalarios: de Campoo, municipio de Torrelavega (Comunidad Autónoma de Cantabria), durante el año 2002, y del Punto de Atención Continuada de la comarca de Verín, provincia Orensana (Comunidad Autónoma de Galicia), durante dos meses de 2007. La resolutividad de la patología aguda en dichos centros fue de 94% y 95% respectivamente, siendo la principal causa de derivación o traslado la patología traumatológica (traumatismos y fracturas). A nivel nacional se destaca el estudio realizado en 2013 por la Unidad Docente - Asistencial de MFyC de Paysandú: *Aproximándonos a la resolutividad del primer nivel de atención. El caso Santa Mónica*, que da cuenta de la resolutividad de la patología aguda de una policlínica, de 99%, siendo las patologías respiratorias la principal causa de traslado al servicio de urgencia⁽¹³⁾.

Respecto al segundo grupo, un estudio científico europeo registra porcentajes de derivaciones al SNA, ya sea para interconsulta con especialistas o solicitud de paraclínica de 6,66%, oscilando por médico entre 4,38% y 10,47%⁽¹⁴⁾. Tres publicaciones coinciden en que las especialidades con más derivaciones desde el PNA son: ginecología, traumatología y oftalmología^(14,16). En Latinoamérica, un estudio argentino realizado en nueve centros del primer nivel de La Plata, provincia de Buenos Aires, en 2006, muestra una resolutividad del 73% del total de las consultas, correspondiendo 7% de las derivaciones a interconsultas con especialistas, y 20,3% a la realización de algún examen complementario. En cuanto a los problemas de salud que más frecuentemente requirieron referencia al SNA, el control de embarazo

ocupó el 50% de las referencias totales, la hipertensión arterial el 13% (de los cuales el 63% fueron pedidos de laboratorio y el 26% interconsultas con el servicio de cardiología), y el control de salud del niño sano el 8,5% de las referencias al segundo nivel; siendo el 87% de estas la realización de radiografía de cadera⁽¹⁷⁾. Adicionalmente, se encontraron estudios que evaluaron la resolutivez de la atención a grupos específicos de la población del PNA (por ejemplo, niños de 0 a 14 años⁽¹⁸⁾); derivaciones realizadas a servicios específicos del SNA (por ejemplo, dermatología⁽¹⁹⁾) o del tercer nivel de atención^(20,21). No se encontraron estudios nacionales que evaluaran la capacidad de resolución de servicios del PNA de la patología no urgente.

La Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria del departamento de Paysandú comienza su trabajo en el año 2010 (resolución N° 106 del 19 de agosto de 2009; CFM, Universidad de la República). Desde su instalación a la fecha, su creciente actividad ha sido su impronta, profundizando los objetivos que le dieron origen a su trabajo: el desarrollo de la enseñanza, asistencia, extensión e investigación en el PNA en el interior del país, jerarquizando la MFyC como disciplina efectora de la estrategia de APS.

La UDA cuenta con seis servicios de salud donde desarrolla sus actividades: cuatro policlínicas ubicadas en la ciudad de Paysandú: Santa Mónica y Asencio, dependientes de ASSE, Vista Hermosa, perteneciente a la Intendencia Departamental de Paysandú (IDP) y la policlínica del departamneto de COMEPA, y dos centros de atención ubicados en áreas rurales: Quebracho - ASSE, y Casa Blanca, complementada entre ASSE y COMEPA. Por ende, la UDA funciona en policlínicas del subsector público y privado, con residentes y docentes de MFyC que asisten a población indiscriminada en términos de edad y sexo. En dichos servicios la UDA gestiona la atención a la salud de su población a cargo en base a la organización de las consultas en agendas programadas y espontáneas. Se entiende por consultas programadas a aquellas que se generan como consecuencia de los controles que los programas de salud del Ministerio de Salud Pública considera como exigencia en los distintos tramos etarios de la población, así como las que se generan en función del abordaje de las patologías poco complejas. El usuario accede a las mismas con cita previa. Las consultas espontáneas son aquellas que se producen como consecuencia de la aparición de síntomas/signos que responden a una patología aguda de urgencia (no de emergencia). Los usuarios acceden a la misma anotándose en el momento (se otorga un número preestablecido de lugares y se cubren cuatro de los cinco días de la semana con estas agendas).

Según datos extraídos del Departamento de Estadística de la Red del primer nivel de ASSE y del Departamento de Sistemas de COMEPA, y elevados al Programa de Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Servicios de Salud, la UDA realizó un total de 8.749 consultas durante el año 2014, con un promedio de 991 consultas al mes. Del total de los seis servicios donde funciona la UDA, la Policlínica Santa Mónica - Dr. Carlos Stagno constituye el principal polo de desarrollo de la misma, en tanto mayor es el número de integrantes de la UDA que trabajan en ella.

Respondiendo al fortalecimiento de la investigación vinculada a la atención de la salud, el equipo de la UDA de MFyC se planteó evaluar la gestión de sus servicios midiendo la capacidad de resolución de los problemas de salud que atienden.

Objetivos

1. Conocer el número y las características de las consultas de urgencia trasladadas a los servicios de emergencia del Hospital Escuela del Litoral - ASSE o COMEPA, por la UDA N° 74, en el período enero a diciembre de 2014.
2. Conocer el número y las características de las referencias de las consultas no urgentes realizadas a especialistas del SNA por la UDA N°74 durante el período enero a diciembre de 2014.

Metodología

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y de corte.

Población objetivo: todos los usuarios que acudieron a la consulta de los integrantes de la UDA de MFyC en el período de enero a diciembre de 2014.

Sitios de estudio: se realizó en cinco de los seis centros de atención a la salud donde trabaja la UDA: policlínicas Santa Mónica de Asencio, Vista Hermosa, Quebracho y Casa Blanca. Se excluyó la policlínica de COMEPA, perteneciente al Departamento de Prevención, porque la misma se integró a la UDA en abril del 2014.

Instrumentos: los datos fueron obtenidos de registros escritos de las policlínicas diseñados para tal fin, donde residentes o docentes consignaban en tiempo real los usuarios derivados al servicio de urgencia del Hospital Escuela del Litoral de ASSE o de COMEPA, según correspondiera, contemplando las siguientes variables: fecha (día y mes de la derivación); edad (años del usuario derivado); sexo; motivo del traslado codificado según la Clasificación Internacional para la Atención Primaria - 2ª edición (CIAP-2); uso de la ambulancia (sí o no). Para el registro de la derivación realizada al SNA simplemente se realizó la copia en carbónico de la hoja

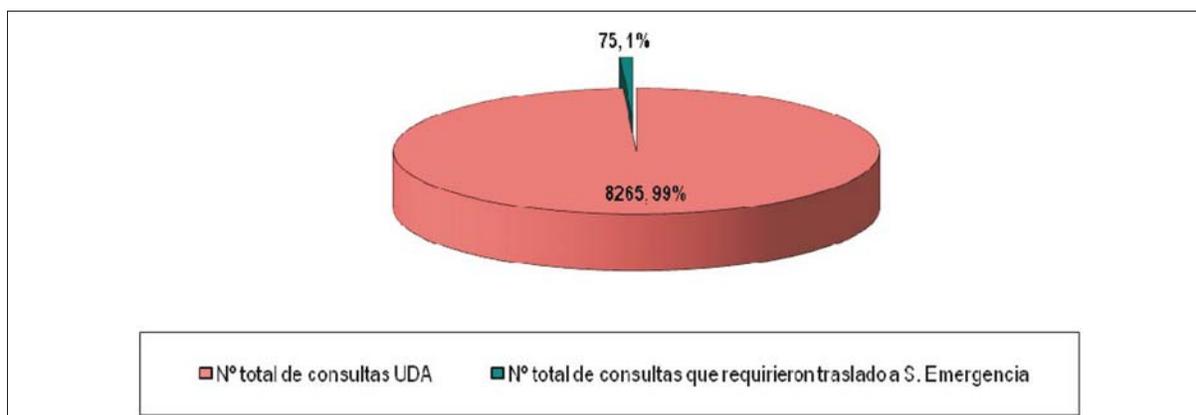


Figura 1. Porcentaje de consultas anuales que requirieron traslado al servicio de emergencia. UDA de MFyC Paysandú, 2014

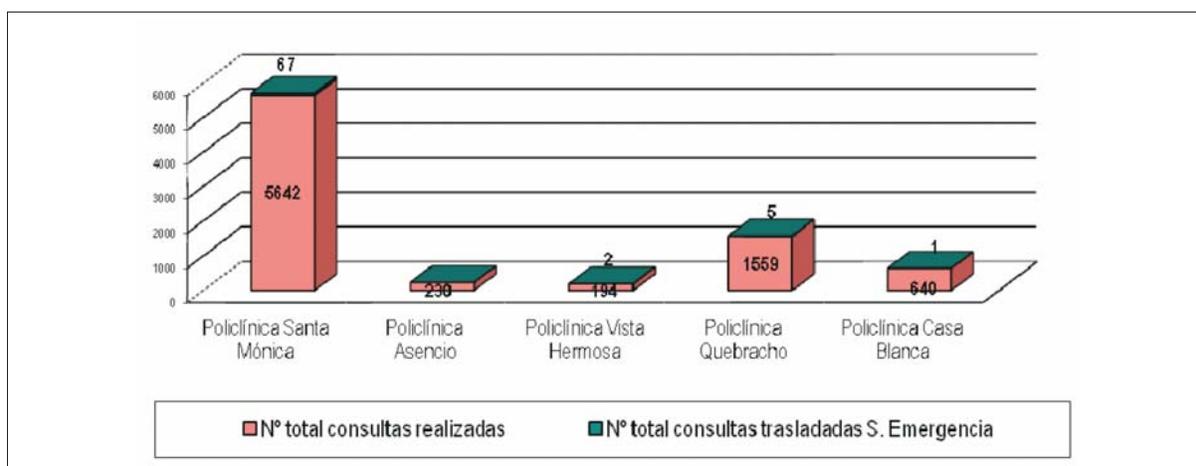


Figura 2. Consultas anuales realizadas y trasladadas según policlínica. UDA de MFyC Paysandú, 2014

de referencia, también en tiempo real, guardando las mismas en carpetas pertenecientes a cada residente y destinadas para tal fin. De las copias de las hojas de referencias se estudiaron las siguientes variables: edad y sexo del usuario, y motivo de la referencia codificado según CIAP-2.

La base de datos, el ingreso y el análisis estadístico se realizó utilizando el programa Epi Info 7 versión 3.5.3 (2011), para el cálculo del porcentaje de consultas trasladadas al servicio de emergencia e interconsultas realizadas al SNA desde la UDA N° 74, y la distribución de los usuarios según edad, sexo, mes, motivo de las mismas y uso de la ambulancia.

Resultados

Del total de consultas realizadas por la UDA en el período de estudio en los cinco servicios de salud (n = 8.265), el 1% (75 consultas) requirieron trasladado al servicio de urgencias, variando según policlínica desde 0% en

policlínica Asencio a 1,04% (n = 67) en policlínica Santa Mónica. Las figuras 1 y 2 muestran los citados resultados totales y discriminados por servicio, en términos absolutos y relativos.

El 59% (n = 44) de las personas trasladadas fueron de sexo femenino, y el grupo etario que predominó fueron los adultos jóvenes (27%; n = 20), agrupándose en los restantes tercios los niños y adolescentes (31%; n = 23) y los adultos y adultos mayores (30%; n = 22). En diez traslados no se registró edad del usuario.

El mes que registró mayor proporción de traslados fue setiembre: 11 en un total de 937 consultas en el mes (1,2%), seguido por el mes de junio: ocho traslados en un total de 751 consultas en el mes (1%).

Las patologías respiratorias fueron el motivo más frecuente de traslados (25%; n = 19), utilizando la CIAP-2, como se muestra en la figura 3.

Finalmente, el 49% (n = 37) de los traslados requirieron ambulancia y el 100% de los mismos tuvo como des-

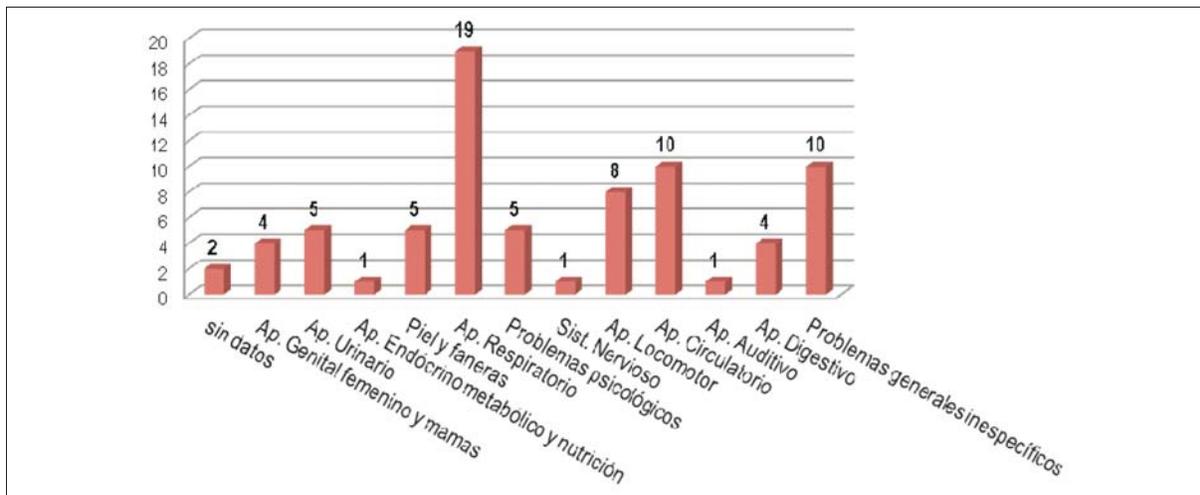


Figura 3. Distribución de los motivos de traslado según CIAP-2.

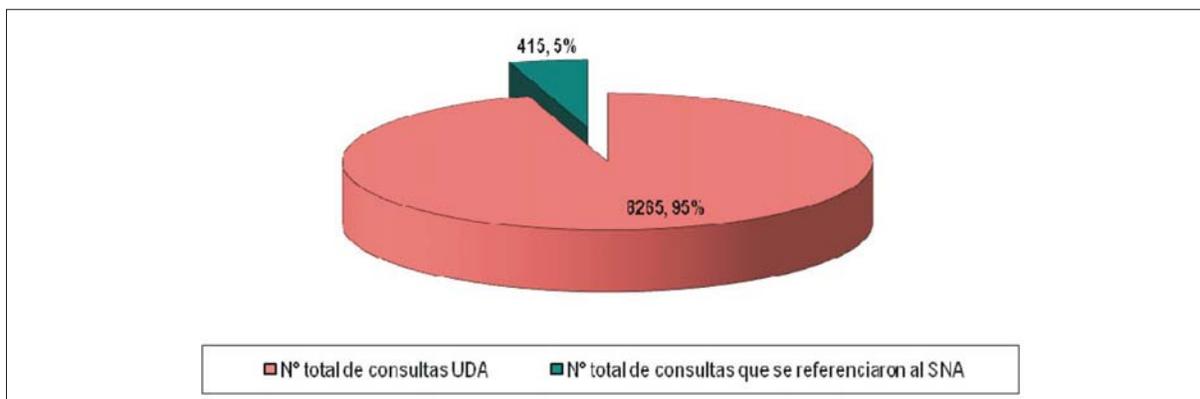


Figura 4. Porcentaje de consultas anuales referenciadas al SNA. UDA de MFyC Paysandú, 2014.

tino la puerta de emergencia del Hospital Escuela del Litoral de ASSE.

Respecto a la referencia de consultas no urgentes a especialistas del SNA, se obtuvieron los resultados que se describen a continuación.

Las figuras 4 y 5 muestran que del total de consultas realizadas en 2014 ($n = 8.265$), el 5% ($n = 415$) de las mismas fueron referenciadas al SNA, siendo, según la policlínica, mayor el porcentaje en Quebracho (11%; $n = 171$), y menor en Casa Blanca (1,9%; $n = 128$).

El 62% ($n = 259$) de las personas trasladadas fueron del sexo femenino, y el grupo etario que predominó fueron los adultos mayores de 45 años (46%; $n = 190$), seguido de los niños de 5 a 14 años (24%; $n = 99$).

Finalmente, las patologías derivadas de ojos y anexos (17%; $n = 73$) constituyeron el grupo con mayor porcentaje de referenciación, seguido de las del aparato circulatorio y locomotor (13%; $n = 55$ y 54, respectivamente), según la CIAP-2, como se muestra en la figura 6.

Discusión y análisis

Es fundamental contextualizar los resultados obtenidos para dotarlos del valor real que los mismos adquieren en el proceso de gestión asistencial de las policlínicas integrantes de una UDA.

Lo primero a analizar es el alto porcentaje de resolución de la patología aguda urgente: 99%. La misma se presenta en la consulta de los integrantes de la UDA, ya sea en las consultas programadas (como síntomas de descompensación aguda de una patología crónica), o en las consultas espontáneas generadas para tal fin. Esta forma de organización se da en policlínicas, no en servicios de urgencia extrahospitalarios creados específicamente para absorber dichas patologías. Por ende, no es estrictamente comparable la resolutivez de estos (94% - 95%), que se extrae de los estudios internacionales, con la de la UDA. Otro aspecto a analizar de la resolutivez de la patología aguda es la escasa variabilidad que existe entre los diferentes servicios de la UDA. Esto

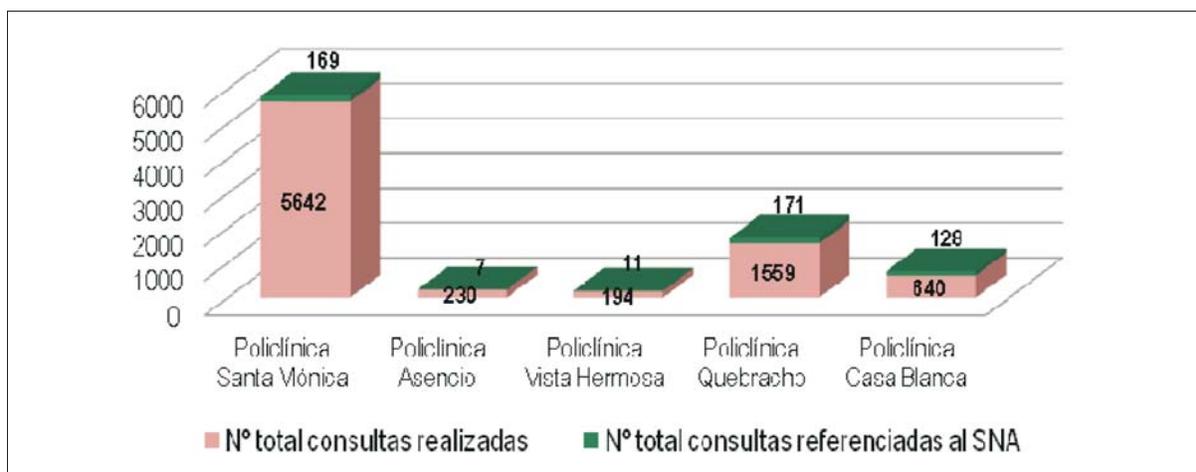


Figura 5. Consultas realizadas y referenciadas según policlínica. UDA de MFyC Paysandú, 2014.

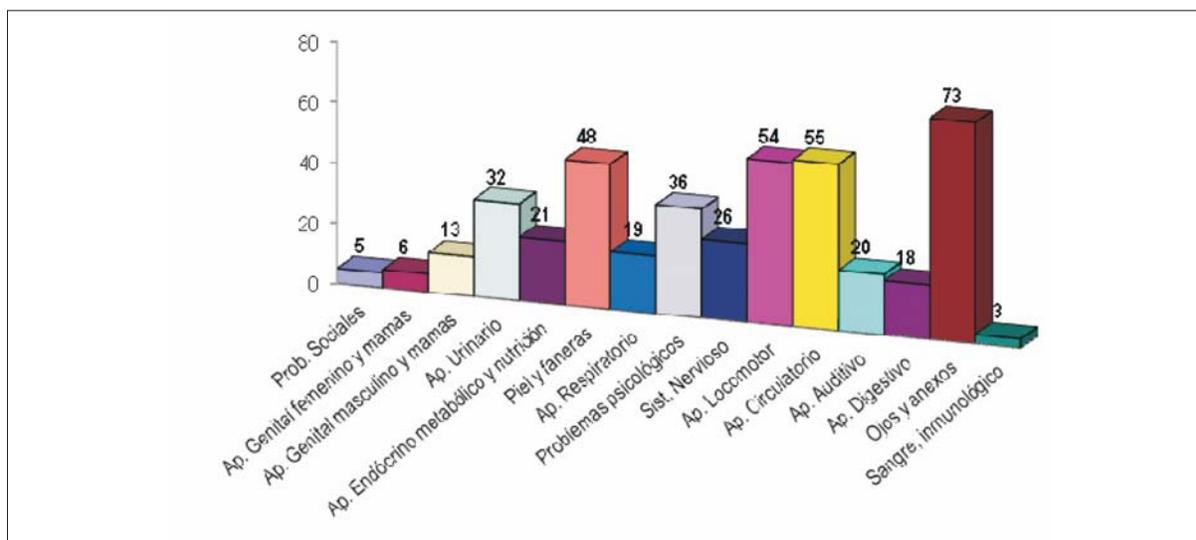


Figura 6. Distribución de los motivos de traslado según CIAP-2.

puede deberse a la presencia docente en cada uno de ellos, con instancias permanente de discusión de casos. A destacar: el grupo etario que requirió más traslados fue el de los adultos jóvenes y las mujeres. Esto se debe principalmente a las características sociodemográficas de la población usuaria de la policlínica Santa Mónica, servicio que representa el 68% del total de las consultas de la UDA. Según el diagnóstico de situación de salud realizado en dicha policlínica en 2010, la población referenciada muestra una pirámide poblacional tipo campana, con predominio del grupo etario de 20 a 39 años, que constituye el 32% de la población, siendo la población femenina el 55% del total. Esto también explica las pocas diferencias de los indicadores presentados (edad, sexo, motivos de traslado, meses del año y traslado en

ambulancia) con los del estudio realizado por la UDA en 2013, que evaluó solo la resolutividad de la patología aguda en Santa Mónica. En lo que respecta a los meses del año en los que se realizó el mayor número de derivaciones, se destacan setiembre y junio, meses que marcan un cambio de estación en nuestro territorio con aumento en la incidencia de patología de la esfera respiratoria. Esto se corresponde con el motivo de traslado más frecuente en el estudio, que no condice con el registrado en los estudios internacionales, que muestran las consultas traumatológicas como principal motivo de derivación. Finalmente, cabe destacar que el porcentaje de consultas que requirió traslados en ambulancia y las que no fueron similares, y el 100% se derivó al servicio de emergencia de ASSE. Esto se debe a que solamente en un servicio

existen usuarios del subsector privado que complementa servicios con el subsector público.

El segundo aspecto a analizar son las referencias realizadas al SNA para resolución de la patología no urgente. Se destaca una resolutivez de 95% en este aspecto, cifra similar a la registrada en estudios internacionales (93, 34%). Un aspecto que merece mención es la posibilidad de que exista un subregistro de las referencias al SNA, ya que en algunos casos el instrumento de recolección seleccionado para tal fin (copia en carbónico en tiempo real) y la dinámica de la consulta podrían haber provocado el olvido de la realización de la misma. No obstante, dado que este sesgo de información fue previsto antes de iniciar el estudio, actuando en consecuencia, consideramos esta limitación como insignificante. A diferencia de las consultas agudas, la referenciación al SNA predominó en población adulta y adulta mayor, lo que se corresponde con los principales motivos de la misma: completar el abordaje de la patología crónica. Ojos y anexos, clasificados como tal por la CIAP-2, responde en el mayor porcentaje de los casos a la solicitud de realización de fondo de ojo por parte del oftalmólogo debido a la carencia de recursos materiales necesarios para su realización en el PNA. Dicha valoración forma parte de la rutina de control de los usuarios hipertensos y diabéticos, entre otros. Asimismo, se corresponde con el segundo grupo de motivos de interconsultas, aparato circulatorio, referido principalmente a la solicitud de ecocardiograma y electrocardiograma por el cardiólogo. El tercer grupo de interconsultas se deben a patologías del aparato locomotor, principalmente derivados a reumatólogos y traumatólogos. Esto coincide parcialmente con lo registrado en los estudios internacionales, que muestran a la oftalmología y la traumatología como disciplinas más referenciadas. No obstante, destacamos que ni la consulta ginecológica ni la pediátrica constituyen grupos referenciados al SNA en la UDA, a diferencia de los estudios revisados. Esto es debido a las competencias de la MFyC, disciplina capaz de atender problemas de salud prevalentes de la población sin distinción de edad ni de sexo.

Conclusión

La capacidad de resolución de la UDA de MFyC de Paysandú considerada específicamente en el abordaje de la patología aguda y de la referencia a especialistas del SNA es elevada. La misma debe leerse en función de la organización y características de la misma. Es muy relevante señalar la necesidad de poder dotar de mayores recursos al PNA para mejorar dicha resolutivez, por ejemplo, contar con oftalmoscopios para la realización de fondo de ojo.

El presente trabajo pretendió ser una aproximación al estudio de este fenómeno, valorando el aporte de la MFyC en este sentido.

Abstract

Introduction: resolutivity in the first level of care is an essential quality of the health system since this has an impact on the other levels of care and on emergency services. In our country, an emphasis has been made on the need for a first level of care that is resolute, based on the overload borne by the second level of care services and the doors at the emergency rooms in hospitals and private clinics which, among other aspects, results from the low resolutivity of the first level of care.

Objectives: to evaluate consultations which required transport to the emergency services of the National Administration of Health Services or the Corporación Médica de Paysandú (COMEPA), and the references made to specialists in the second level of care by the Teaching Unit Healthcare Service N° 74, Paysandú in 2014.

Method: observational, descriptive study of a cohort, conducted in five services of the first level of care in Paysandú, using specific recording instruments.

Results: out of 8,265 consultations, 75 required transport to the emergency services (0.9%), the majority being young adults, between June and September, mainly due to respiratory conditions, an ambulance being required in 49% of cases. 5% (n=415) of all consultations were referred to the second level of care, most of which were adults over 45 years old, mainly due to eye conditions and associated pathologies, the circulatory and the musculoskeletal systems.

Conclusions: resolutivity in the Teaching Unit Healthcare Service of Family and Community Medicine of Paysandú is high, competences in this discipline are highly valued and it can be further improved by allocating greater material resources (an ophthalmoscopy for instance).

Resumo

Introdução: a capacidade de resolução do primeiro nível de atenção (PNA) é uma qualidade fundamental dos sistemas de saúde porque tem impacto no funcionamento dos outros níveis e nos serviços de urgência. No nosso país se insiste sobre a necessidade de contar com um PNA resolutivo, considerando a sobrecarga assistencial que suportam os serviços do segundo nível de atenção (SNA) e os pronto-socorro dos hospitais e sanatórios, atribuída, entre outros aspectos, a baixa capacidade de resolução do PNA.

Objetivos: avaliar as consultas que demandaram transferência a serviços de emergência de ASSE (Administração de los Servicios de Salud del Estado) ou de COMEPA (Corporación Médica de Paysandú), e as re-

ferencias realizadas a especialistas do SNA pela Unidade Docente-Assistencial (UDA) N° 74, Paysandu, durante 2014.

Método: estudo observacional, descritivo e de corte, realizado em cinco serviços do PNA de Paysandu, usando instrumentos de registro específicos.

Resultados: das 8.265 consultas realizadas, 75 demandaram transferência ao serviço de emergência (0,9%), predominando adultos jovens, nos meses de junho e setembro, devido principalmente a patologias respiratórias, sendo necessário o uso de ambulância em 49%. 5% (n=415) das consultas realizadas foram derivadas ao SNA, predominando adultos com mais de 45 anos, devido a patologias dos olhos e anexos, aparelho circulatório e locomotor.

Conclusões: a capacidade de resolução da UDA de Medicina Familiar e Comunitária (MFyC) de Paysandu é alta; destacam-se especialmente as capacidades desta disciplina sendo possível melhorá-la com a inclusão de mais recursos materiais no PNA como, por exemplo, oftalmoscópio.

Bibliografía

1. Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. P. Legislativo. Montevideo (13 de diciembre, 2007).
2. **Instituto Mexicano del Seguro Social.** Reflexiones Finales y Propuestas. Capítulo XII. En: Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012-2013. México; 2013. p. 267-87.
3. **Ministerio de la Protección Social.** Diario Oficial 47467. Resolución N° 3253. Bogotá 2009.
4. **Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárate V, Depaux R, Villarroel L.** Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. 2010; 28(5):376-87.
5. **Peiró S, Sempere T, Oterino de la Fuente D.** Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. 1999; 13(5):361-70.
6. **Loría-Castellanos J, Flores-Maciél L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda MA.** Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. Cir Cir. 2010; 78(6):508-14.
7. **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca.** Masificación en el servicio de urgencias hospitalarias de Salamanca: análisis de sus causas y propuestas de soluciones. Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005; (101): 5-11.
8. **Vilagrasa ET, Rojas AG, Boatella MGT, Garc AP, Rua MP, Thi CB.** Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona Aten Primaria 2003; 32(7):423-9
9. **Aranaz JM, Martínez R, Gea MT, Rodrigo V, García A, Gómez F.** ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? Gac Sanit [Internet]. Elsevier; 2006; 20(4):311-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13091147>
10. **Aranaz JM, Martínez R, Rodrigo V, Gómez F, García A.** Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. Med Clin (Barc) 2004; 123(16):615-8
11. **Pérez A, López JR, Dierssen T, Villa M, Raba S, del Río JA.** Análisis de las derivaciones hospitalarias desde un servicio de urgencias de Atención Primaria durante un año. SEMERGEN. Medicina de Familia. 2007; 33(7):341-8
12. **Fuentes MD, López Á.** Análisis de las urgencias extrahospitalarias en la comarca de Verín. Cad Aten Primaria. 2008; 15(1):29-32
13. **Antunez M, Antunez de Oliveira L, Guillemín N, Heinzen J, Santos JP, Strozzi D, Doménech D.** Aproximándonos a la capacidad resolutive del primer nivel de atención. El caso "Santo Mónica" – Paysandú. 2013. Dossier Clínico N° 18. Rev.Ser Médico. 2014.
14. **Franquelo P, García D, Moya P, Lema J, Buendía J, Sáiz S.** Tasa de Derivación y factores asociados a la Calidad de la Hoja de Derivación en Atención Primaria. REV CLÍN MED FAM. 2008; 2(5): 199-205
15. **Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valles N, López de Castro F, Sánchez A.** Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. Aten Primaria. 2005; 36(3):137-43
16. **Báez JM, Sánchez A, Garcés G, González R, Santos L, López de Castro F.** El día a día en atención primaria: ¿qué haría usted ante un paciente...?: Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. Semergen: medicina general / de familia. 2013; 39(2):89-94
17. **Silbermann M, Etchegoyen G.** Optimización del proceso de Referencia-Contrarreferencia entre niveles de atención de la salud. Evaluación de la implementación de un sistema de comunicación electrónico. Maestría en Salud Pública – Orientación en Sistemas Municipales. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Médicas. 2007
18. **Contreras N, Gibert A, Linares JM, Ponce MC, Casamada N, Sauvalle M.** Análisis de las derivaciones a la Atención especializada desde la consulta de Atención Primaria. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2015; 17 (65):13-20
19. **Alcántara S, Márquez A, Corrales A, Neila J, Polo J, Camacho F.** Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. Formación continuada en dermatología. 2014; 29(1):4-8
20. **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): 69-82
21. **Quimbert R, Mejía H.** Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. Rev Soc Bol Ped 2013; 52(1): 8 - 12