

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autora: Ana Clara Galván

ANÁLISIS DEL COSTO DE LA CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PACIENTES CON CONDICIÓN DE SALUD NO URGENTE. HOSPITAL SAMIC EL CALAFATE, 2018.

2023

Director: Mg. Arturo Schweiger

Co-directora: Esp. Analía Sesta

Citar como: Galván, A. C. (2023). Análisis del costo de la consulta en el Servicio de Urgencias de pacientes con condición de salud no urgente. Hospital SAMIC El Calafate, 2018. [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/756>



INDICE DE CONTENIDOS

1- Introducción

- 1.1 Presentación
- 1.2 Tema/ Problema
- 1.3 Contexto
- 1.4 Relevancia y justificación

2- Planteamiento del problema

- 2.1 Formulación del problema de la Tesis
- 2.2 Objetivos: General y Específicos

3- Marco teórico

- 3.1 Introducción
- 3.2 Conceptos generales. Definición de urgencia y emergencia
- 3.3 Historia del Servicio de Urgencias
- 3.4 Uso inadecuado del Servicio de Urgencias
- 3.5 Modelo conceptual de factores de entrada – rendimiento – salida
- 3.6 Definición de los pacientes con condición de salud *no urgente*

4- Metodología

- 4.1 Tipo de estudio
- 4.2 Dimensiones, variables, indicadores
- 4.3 Universo y características
- 4.4 Fuentes de información y técnicas de recolección

5- Desarrollo del trabajo de investigación

- 5.1 Caracterización del Servicio de Urgencias del hospital SAMIC
- 5.2 Triage en el Servicio de Urgencias
- 5.3 Análisis de las categorías diagnósticas en el Servicio de Urgencias
- 5.4 Perfil epidemiológico del Servicio de Urgencias
- 5.5 Presupuesto del Hospital SAMIC El Calafate 2018
- 5.6 Costos directos implicados en el Servicio de Urgencias
 - 5.6.1 Costos directos de las consultas *no urgentes*
 - 5.6.2 Recurso humano del Servicio de Urgencias
 - 5.6.3 Unidad de producción

6- Conclusiones

7- Discusión y propuestas

8- Bibliografía

9- Anexos

Resumen

Desde hace unos años, y de manera progresiva y sostenida, se observa un aumento en el número de consultas en los servicios de urgencias y emergencias por patologías que no implican riesgo de vida, por afecciones no urgentes. El objetivo de esta investigación fue analizar el efecto económico de las consultas en el Servicio de Urgencias del hospital SAMIC El Calafate, de pacientes adultos con condición de salud *no urgente*, durante el primer trimestre del año 2018, con el propósito de evaluar si estas consultas *no urgentes* generan mayores costos para dicho servicio y generar nuevo conocimiento para la reflexión estratégica sobre la asignación de recursos de manera eficiente y eficaz. Materiales y métodos: estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo para describir las atenciones brindadas y analizar los costos directos del Servicio de Urgencias, durante el primer trimestre de 2018. Se analizaron 3.922 consultas. Resultados: De acuerdo al régimen de afiliación, el 40,9% pertenecía al Sector Público (20,9% inscriptos al Plan SUMAR), 33,6% al Sector de la Seguridad Social y el 25,5% al Sector Privado. Considerando las consultas de pacientes con condición de salud *no urgente*, los resultados mostraron un predominio del sexo femenino (56%), y en el rango de edad de 15 y 34 años, con 899 personas. En cuanto a los horarios de las consultas, la mayor cantidad de búsqueda de atención fue en horario matutino, entre las 8 am y 16 pm, que mayormente acudieron los días laborables (predominantemente lunes). Los motivos de consulta más frecuentes, en orden decreciente, fueron: causas respiratorias, seguidas por las gastrointestinales y musculo esqueléticas. En relación al efecto económico, las consultas *no urgentes* representan cerca del 15% de costo directo del Servicio de Urgencias (14.48%). Conclusión: el Servicio de Urgencias tiene una tasa de consultas *no urgentes* del 43,68%, por lo que se concluye que el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate presenta una importante demanda de atenciones médicas por problemas de salud *no urgentes*.

Palabras clave: atención en emergencias; sobredemanda en emergencias médicas; condición de salud no urgente; uso inadecuado del servicio de urgencias; acceso a los servicios de salud.

1 Introducción

1.1 Presentación

Los departamentos de emergencias son un servicio integral para los sistemas de salud en todo el mundo, siendo su función primaria brindar atención inmediata para afecciones médicas que ponen en riesgo la vida. Sin embargo, en los últimos años existe una creciente demanda asistencial en los servicios de urgencias, lo que provoca aumento en los costos y dificultades para una provisión de servicios de calidad. Esta situación promovió la producción de estudios que investigaron si estos servicios de urgencias aumentaban su flujo de pacientes por motivos oportunos o inadecuado uso, siendo pocos los que focalizaron en la implicancia económica.

El presente trabajo tiene como objetivo el análisis del costo que generan las consultas *no urgentes* en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate, durante el primer trimestre de 2018.

Inicialmente se hace un recorrido por la historia del sistema de salud de El Calafate, en particular en su recurso humano e infraestructura, hasta describir las características del actual Hospital SAMIC El Calafate. Continuando con una descripción del "Modelo conceptual de factores de entrada, rendimiento y salida" (Brent, Magid, Rhodes, Leif, Lurie, & Camargo, 2003) que permite explicar y conocer el flujo de pacientes en un servicio. Este modelo contribuye a detectar el componente donde se genera el mayor caudal de pacientes. Conjuntamente se mencionan otros estudios que concluyen en causas y factores determinantes en el inadecuado uso de los servicios de urgencias, en varios de los cuales se aplicó el modelo anteriormente citado. En este punto, uno de los inconvenientes que se suscitó fue la discrepancia sobre lo que se considera uso adecuado de los servicios de urgencias, tanto desde la perspectiva del paciente como de los profesionales sanitarios.

Posteriormente, se detalla la búsqueda de revisión bibliográfica en la literatura nacional e internacional de estudios que se focalizan en la saturación de los servicios de urgencias. Por último, y en base a las clasificaciones de triage vigentes, se optó por la que mejor se adapta a nuestro objeto de estudio: Índice de Gravedad de la Emergencia –ESI- (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2011). El mismo utiliza como criterios los insumos requeridos para la resolución de la consulta médica y en base a ello categoriza a los pacientes en niveles según prioridad para la atención, nivel 1 al 5; se considera que

corresponden al nivel 5 aquellas consultas resueltas únicamente con atención médica, sin necesidad de estudios complementarios. Éste último dato define a los pacientes con condición *no urgentes* y sobre ellos se estimó el costo que generan.

Finalmente, se concreta el objetivo planteado a través del desarrollo y análisis de las consultas y sus costos directos en el Servicio de Urgencias.

La pertinencia de este trabajo de investigación en relación a la maestría en Economía y Gestión de la Salud se refiere al aporte de información obtenida, a través de la cual se puede evaluar la designación de recursos destinados al Servicio de Urgencias y su utilización, poniendo en práctica los conceptos y teoría aprendida sobre costos en salud.

1.2 Tema/ problema

En los años recientes se ha detectado un incremento de las consultas en el Servicio de Urgencias en el Hospital SAMIC El Calafate, siendo consecuente con la problemática a nivel mundial de saturación de estos servicios, lo que genera un interés creciente en evaluar el número de pacientes que son admitidos y los costos que esta situación implica.

Este aumento de demanda genera sobrecargas al servicio, con consecuencias negativas en la calidad brindada y mayores costos. En este contexto, surge el interrogante: ¿Las consultas *no urgentes* del Servicio de Urgencias del Hospital de El Calafate generan mayores costos para dicho servicio?

Puntualmente, el estudio se propone analizar el costo generado por el inadecuado uso del Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC Gdor. Cepernik – Pte. Kirchner El Calafate, durante el primer trimestre del año 2018.

Para el estudio de los niveles de prioridad y análisis estadístico, se han tenido en cuenta los datos de las asistencias en el Servicio de Urgencias consignadas en las historias clínicas electrónicas (SIGHEOS) desde el 1 de Enero al 31 de Marzo de 2018, excluyendo las correspondientes al servicio de pediatría y gineco-obstetricia.

La base de datos incluye 3.922 consultas durante el trimestre en estudio, de las cuales 43.68 % fueron consideradas *no urgentes* según la clasificación definida por el triage del Índice de Gravedad de la Emergencia, utilizada en el estudio.

1.3 Contexto

La provincia de Santa Cruz se ubica en el extremo continental del sur de la República Argentina, siendo la segunda en extensión luego de Buenos Aires. La ciudad de Río Gallegos es la Capital de la provincia de Santa Cruz y pertenece al Departamento de Güer Aike.

La ciudad de El Calafate, localizada al Sudoeste de la provincia de Santa Cruz, es una de las tres principales ciudades de la provincia de Santa Cruz por su población, detrás de Río Gallegos y Caleta Olivia. Es la localidad cabecera del Departamento Lago Argentino (junto con El Chaltén y Tres Lagos, ambas consideradas zonas rurales por tener menos de 2.000 habitantes), y según datos del Censo Nacional de 2010 cuenta con una población de 16.955 habitantes permanentes, con un significativo incremento de la población transitoria en temporada turística alta –entre los meses de octubre y abril-.

Imagen 1. Localización geográfica de la Provincia de Santa Cruz según División Política



Fuente: www.santacruz.gob.ar

Según datos provisorios del Censo Nacional 2022 efectuado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la población del Departamento de Lago Argentino es de 25.403 habitantes.

Tabla 1. Datos Demográficos de la provincia de Santa Cruz según Departamento.

Departamento	Población 2010	Superficie en km2	Densidad pob. Hab/km2	Población 2022
TOTAL	273.964	243.943	1,12	333.473
Corpen Aike	11.093	26.350	0,42	15.027
Deseado	107.630	63.784	1,69	126.179
Güer Aike	113.267	33.841	3,35	135.511
Lago Argentino	18.864	37.292	0,51	25.403
Lago Buenos Aires	8.750	28.609	0,31	12.618
Magallanes	9.202	19.805	0,46	12.752
Río Chico	5.158	34.262	0,15	5.983

Fuente: Información elaborada por la Sala de Situación de la Provincia de Santa Cruz e INDEC

El sistema de salud de Santa Cruz es mixto, compuesto por un Sector Público, uno Privado y uno de Seguridad Social.

Básicamente, aquellos trabajadores del mercado formal aportan un porcentaje de su salario, según el ramo de su trabajo, a distintas Obras Sociales. Aquellos que realizan pagos voluntarios tienen cobertura privada; mientras que, aquellos que no aportan de ninguna manera tienen cobertura del Estado.

El sector de Seguridad Social en Santa Cruz está compuesto por la obra social provincial: Caja de Servicios Sociales y otros regímenes especiales como el de las Fuerzas Armadas (FFAA) –cuya obra social es IOSFA (por sus siglas, Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas), que brinda servicios de salud al personal militar y civil de las FFAA- y PAMI-INSSJP (Programa de Asistencia Médica Integral -Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados-). Tanto la Caja de Servicios Sociales como el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas, ambas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores públicos cuyo empleador es el

Estado, activos y pasivos y sus grupos familiares. El PAMI-INSSJP nuclea a todos los jubilados y pensionados de la ANSES, hayan trabajado en el Sector Público o Privado.

El estado provincial actúa como efector en una red de hospitales públicos que representan la mayor parte de la capacidad instalada en salud. Este sector se organiza principalmente a través de 14 hospitales públicos (13 son provinciales y 1 Hospital Nacional en Red (Sistema de Atención Médica Integral para la Comunidad -SAMIC- ubicado en El Calafate en el cual se realiza este trabajo de investigación), de distintos niveles de complejidad asistencial, ubicados en los 7 departamentos santacruceños. Asimismo, la provincia cuenta con Centros de Salud y Puestos Sanitarios distribuidos a lo largo del territorio provincial.

En relación al Sector Público, está integrado por una red de hospitales y Centros de Salud que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande. Aquellas personas que no cuenten con cobertura médica pueden tramitar el Plan SUMAR que garantiza acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud, brindado por los establecimientos públicos para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Entre los años 2012 y 2015 el Plan SUMAR fue ampliando la cobertura, logrando incorporar a toda la población hasta los 64 años de edad y brindando prestaciones específicas para el cuidado del embarazo, la primera infancia, la adolescencia y la adultez.

Por cada persona bajo el Programa y por cada consulta y control que realice, y la medición de indicadores denominados trazadoras, el Hospital o Centro de Salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a la comunidad. Por medio del Plan SUMAR, Nación transfiere a las provincias la suma equivalente al 85% del valor de las prestaciones mientras que el 15% restante es cofinanciado por las provincias. Un 60% se ejecuta mensualmente, mientras que el 40% restante se acumula y paga cuatrimestralmente, variando de acuerdo al grado de cumplimiento de los indicadores sanitarios. Por lo tanto, el Plan SUMAR fortalece la red de efectores públicos a través de recursos financieros adicionales para una atención de calidad. El Plan SUMAR no es una obra social y la inscripción no es requisito para ser atendido.

Santa Cruz es la jurisdicción con la mayor tasa de cobertura de salud de Argentina, dado que el 91,7% de las personas tenía algún tipo de cobertura médica en el segundo trimestre de 2017 (Dirección Nacional de Asuntos Provinciales, 2018). De acuerdo a datos publicados por la Encuesta Permanente de Hogares que elabora el INDEC al primer

trimestre de 2018, mientras que en el total de los aglomerados urbanos del país la población que contaba con una cobertura social fue de 70%, en el aglomerado Río Gallegos la misma fue de 89%. En contrapartida, la población sin cobertura, que sólo puede recurrir al sistema público, fue de 30% en el país y un 10.8% en el principal núcleo urbano de Santa Cruz. Dicha diferencia podría estar explicada por la categoría Planes y seguros públicos, que representa un 5.2 % del total de la cobertura de salud en el aglomerado bajo análisis, mientras que a nivel nacional sólo concentra 0.7% de la población.

Tabla 2. Tipo de cobertura médica en el Aglomerado Río Gallegos y en el total de los Aglomerados Urbanos del país. Primer trimestre de 2018.

Tipo de Cobertura	Total aglomerados País	(%) sobre total	Aglomerado Rio Gallegos	(%) sobre total
Obra Social (Incluye PAMI)	17.250.342	62,3%	91.674	78,6%
Planes y seguros públicos	184.889	0,7%	6.011	5,2%
Mutual, Prepaga o Serv. Emergencia	1.366.028	4,9%	291	0,2%
Obra social y otras	609.698	2,2%	6.089	5,2%
Sin cobertura	8.176.239	29,5%	12.593	10,8%
Resto	112.786	0,4%	0	0,0%
TOTAL	27.699.982	100,0%	116.658	100,0%

Fuente: INDEC

En 2018, el Plan SUMAR contaba con 8.937 inscriptos en las instituciones de salud públicas de El Calafate, de los cuales 4.639 fueron altas realizadas en SAMIC, 3.583 en CIC Formenti y 715 en CIC Cerro Calafate (información brindada por el Área de Gestión de Paciente del Hospital SAMIC). Si se analiza la cobertura en provincia de Santa Cruz en el año 2018 en relación a la cantidad de habitantes, ésta registra una cobertura del 14% - según datos del Reporte de Monitoreo SUMAR 2018, mientras que la misma relación en El Calafate es del 41,9%, siendo de los promedios más elevados del país, destacando en este sentido el trabajo con la población que desempeñan las Promotoras

de Salud promoviendo el Plan SUMAR, que con el apertura del hospital SAMIC su trabajo se vio fuertemente enriquecido con el aporte de mayores recursos humanos y materiales.

Tabla 3. Inscriptos al Plan SUMAR, según región del país. Año 2018.

Región	Población	Inscriptos SUMAR	% Inscriptos /Población
CABA	3.072.029	816.868	26,6%
PBA	17.370.144	6.276.090	36,1%
Centro	8.960.137	3.311.752	37,0%
NEA	4.151.259	2.095.907	50,5%
NOA	5.612.165	2.540.829	45,3%
Patagonia	2.528.120	696.230	27,5%
Cuyo	3.244.858	1.178.019	36,3%
Total	44.938.712	16.915.695	37,6%

Fuente: "Reporte de Monitoreo SUMAR 2018" Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO)

Tabla 4. Inscriptos al Plan SUMAR, según jurisdicción Santa Cruz. 2018

Jurisdicción	Población 2018	Inscriptos SUMAR 2018	Inscriptos SUMAR/Población 2018
Santa Cruz	347.593	48.663	14%
El Calafate	21.335	8.937	41,9%

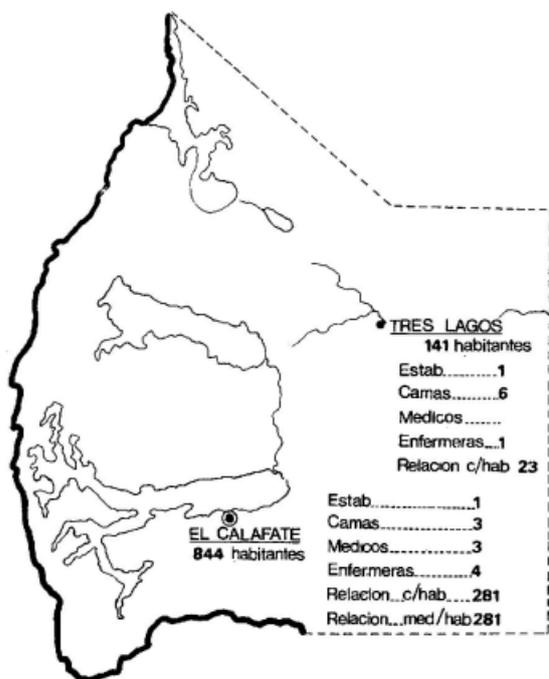
Fuente: "Reporte de Monitoreo SUMAR 2018" Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) y datos aportados por el Área de Gestión de Pacientes, hospital SAMIC.

Reseña del Sistema de Salud de El Calafate:

En 1973, los servicios de salud pública eran ejercidos en el Departamento Lago Argentino por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública. La localidad de El Calafate forma parte del Departamento Lago Argentino, junto con otras dos localidades: El Chaltén y Tres Lagos.

El siguiente mapa muestra el Hospital y el Puesto Sanitario, el número de camas, el número de médicos y las relaciones cama/habitante y médico/habitante.

Imagen 2: Sistema de Salud de El Calafate. Año 1973.



Fuente: Archivo de la biblioteca del Consejo Federal de Inversiones (Consejo Federal de Inversiones, 1973)

Por aquellos años, el Hospital de El Calafate "Dr. José Formenti", era considerado de nivel 4, con 3 camas de internación, 3 médicos y 4 enfermeras; contando con servicios de Clínica Médica, Cirugía de emergencia, Traumatología, siendo sus medios insuficientes para la amplia zona que debía atender. El Puesto Sanitario de Tres Lagos estaba a cargo de una enfermera que atendía los primeros auxilios de la población. Para casos de emergencia se debían trasladar a las ciudades de Gobernador Gregores o a San

Julián. Teniendo en cuenta el “plan de arranque turístico” en la zona de Lago Argentino del Ministerio de Asuntos Sociales, cuyo cumplimiento era generar una corriente turística mayor a la existente en el momento, fue necesario coordinar y acelerar también el proceso de desarrollo de la infraestructura a nivel sanitario para ofrecer las condiciones elementales de servicios, comodidad e higiene que diera seguridad y atención al movimiento turístico esperado.

A medida que fueron pasando los años, El Calafate y toda la zona tuvo un crecimiento exponencial, tanto en el número de habitantes como turistas, y fue mandatorio un nuevo Hospital. Teniendo además en cuenta que en 2003 Néstor Kirchner deja la provincia de Santa Cruz, habiendo allí logrado una reconocida gestión en salud, para asumir la presidencia de la Nación con la idea de reproducir ese sistema de hospitales públicos en red a lo largo y ancho del país.

Es en este contexto que se materializa el proyecto de una nueva institución de salud dentro del Sector Público: el Hospital de Alta Complejidad Gobernador Cepernic – Presidente Kirchner de El Calafate, creado mediante Decreto 34/2015 en virtud de la Ley 17.102 /66, inaugurado por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner el 15 de febrero de 2015, formando parte de la Red Nacional SAMIC –Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad-, con una fuerte impronta comunitaria y la misión de brindar excelencia en atención médica a toda la población de la ciudad de El Calafate y alrededores, estando integrado a otras instituciones de salud pública en la Argentina, permitiendo una mayor fluidez en gestión y derivación de pacientes según corresponda. Su conformación se vio enriquecida por una historia comunitaria que aportó el Hospital Provincial “Dr. José Formenti”, institución que había atendido la salud de la localidad hasta ese momento y que en mayo de 2015 trasladó parte de su personal, su historia y su propia identidad al seno del SAMIC, a la vez que el Hospital Formenti pasó a convertirse en un Centro de Atención Primaria (llamándose Unidad Comunitaria Dr. José Formenti), sumándose al Centro Integrador Comunitario –CIC- Cerro Calafate. Esta última institución había sido inaugurada en 2013 por la entonces presidenta Cristina Fernández de Kirchner. Quedaría así conformado el sistema de salud pública de El Calafate por un Hospital de Alta Complejidad y dos Centros de Atención Primaria, con el objetivo de trabajar interinstitucionalmente y fortalecer la calidad de atención pública a nivel regional.

Su puesta en marcha implicó el desafío de poner en funcionamiento aparatos y tecnología que no contaban con antecedentes en la región. Se modificó el perfil de la

localidad como emisora de derivaciones médicas para convertirse en centro de recepción de pacientes de otras localidades de la provincia como: El Chaltén, Tres Lagos, Río Turbio, Río Gallegos, Piedra Buena, 28 de Noviembre, Puerto Santa Cruz, San Julián, incluyendo personas de otras provincias Patagónicas, como Tierra del Fuego y Chubut para distintas especialidades como Traumatología, Diagnóstico por Imágenes, Neurología Infantil, Neonatología, Cirugía, Unidad de Terapia Intensiva de Adultos y Pedriática, entre otras.

Como característica relevante, el sistema de salud nacional de atención de urgencias es gratuito en el momento de su uso y es de libre de acceso. Sin embargo, para el caso del Hospital en estudio, los pacientes que son atendidos en el Servicio de Urgencias deben informar si tienen alguna obra social o prepaga para el posterior cobro de gastos generados. Y para los residentes de El Calafate, que no cuentan con esos recursos, se los ingresa al Plan SUMAR. En el caso de no cumplir con ninguno de los requisitos antes mencionados (obra social, prepaga, residencia), y de considerarse su condición de salud una urgencia, el paciente es asistido sin generarle ningún costo. Un caso particular son los turistas extranjeros que asumen los costos de la prestación y son ellos los encargados de tramitar el reintegro a través de su asistencia al viajero en caso de contar con ella.

Los costos generados por las consultas y prestaciones serían recuperados, pero la cobranza de los mismos para el año de la investigación no se efectivizaba por diversos motivos, tanto por falta de convenio con determinadas Obras Sociales, incumplimiento en el pago, el área de cobranza estaba en proceso de mejora, al momento de la consulta el paciente no contaba con bono la mayoría de las veces por desconocimiento de tener que disponer de uno, entre otros.

Imagen 3: Ubicación geográfica del Hospital SAMIC

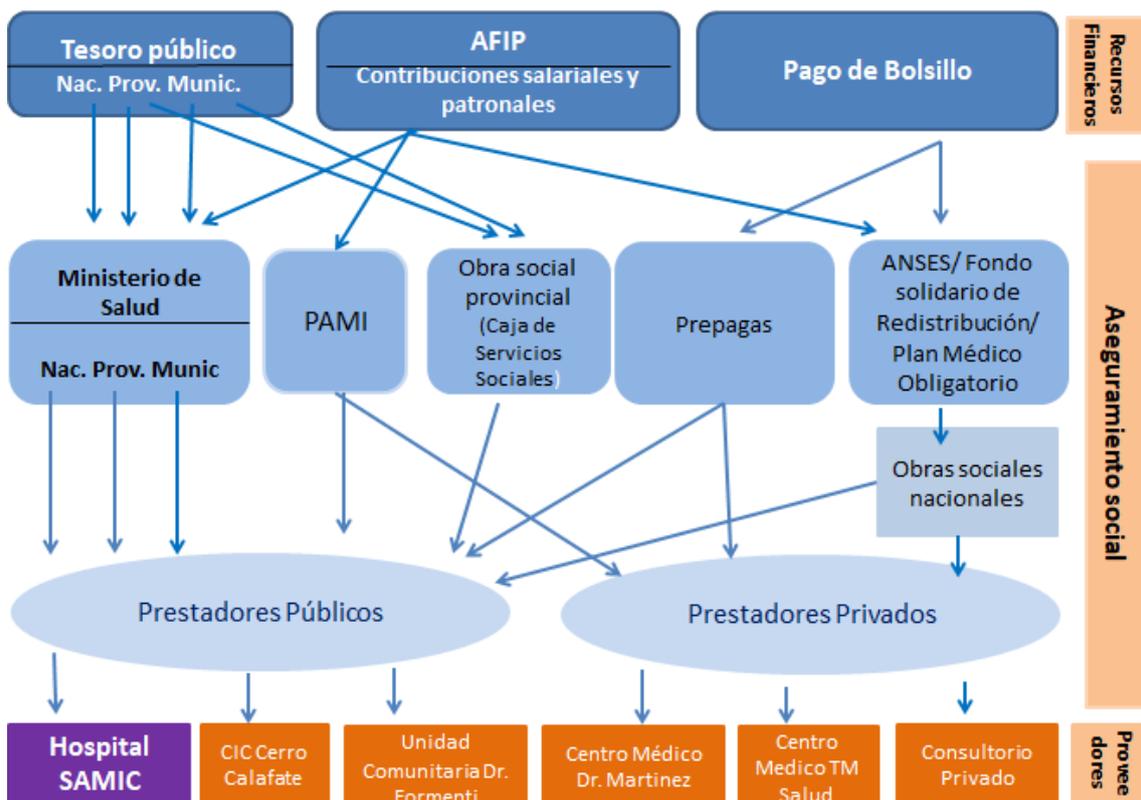


Fuente: sitio web oficial del Hospital SAMIC El Calafate. <http://www.hospitalelcalafate.gob.ar/web/>

Considerando el año 2018 en que se llevó adelante la presente investigación, el Sector Privado contaba con tres centros médicos (Centro Médico TM Salud, Centro Médico Dr. Martínez y Consultorio Privado) ofreciendo atención médica ambulatoria programada, con consultas particulares, prepagas y obras sociales (en los tres casos, la mayoría son aceptadas a excepción de la Caja de Servicios Sociales, la obra social de los empleados públicos de los Tres Poderes de la provincia de Santa Cruz). Su mayor caudal de pacientes radica en prestaciones de especialidades de las cuales carecen los efectores de salud pública, tales como Diabetología, Endocrinología, Urología y Cardiología Infantil (mensualmente concurren especialistas que se trasladan desde Río Gallegos y atenciones online con especialistas de Buenos Aires). Estudios complementarios de imágenes – radiografías, ecografías, etc.- se realizan de manera exclusiva en el Hospital SAMIC y su registro es digital, lo que significa que las imágenes e informes pueden visualizarse únicamente a través de un programa –visor de imágenes- disponible en los efectores públicos (hospital y los 2 Centros de Salud), y en cuanto a laboratorios si bien existen

dos privados, ambos trabajan con extracciones y recepción de muestras matutinas, a diferencia del laboratorio del Hospital SAMIC que funciona las 24 horas. Estas últimas dos características generan en los pacientes la necesidad de ser asistidos en dichas instituciones en detrimento de las opciones de salud privadas.

Figura 1. Sistema de Salud de El Calafate: Organización y Financiamiento



Fuente: elaboración propia.

El Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate forma parte del Departamento de Emergencias, junto a Terapia Intensiva de Adultos y Terapia Intensiva Pediátrica.

El acceso al Servicio de Urgencias es ilimitado, pudiendo ser el paciente autorremitido, por derivación de profesional médico de la misma u otra institución, o derivado por ambulancia.

Teniendo en cuenta esta característica, se busca conocer la cantidad de pacientes que son asistidos en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate con condición de salud *no urgente* y el costo de las mismas durante un trimestre.

1.4 Relevancia y justificación

El aumento progresivo de las consultas en el Servicio de Urgencias genera un deterioro en la calidad de atención, acceso deficiente, demora en la atención de pacientes con patologías graves, tendencia a realizar una medicina defensiva con pérdidas financieras para los proveedores y consecuencias éticas, unida al avance en medios diagnósticos y terapéuticos y su consiguiente encarecimiento, ocasionando el incremento del costo y la superpoblación y saturación en este servicio (sinónimo de sobrecupo, del inglés, crowding u overcrowding) siendo una realidad sentida tanto para el paciente como para los profesionales de la salud (S Trzeciak, 2003). Se genera así un círculo vicioso, ya que el personal más experimentado abandona y la eficiencia y calidad del servicio se resiente.

El presente trabajo de investigación se focaliza en ampliar la visión con que hoy es evaluado el Servicio de Urgencias, generando nuevo conocimiento sobre economía aplicada al ámbito de la salud, analizando el efecto económico de aquellos pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias con condición de salud *no urgente*, impulsando el análisis y reflexión sobre la asignación de recursos para mejorar la eficacia y eficiencia de este servicio, teniendo en cuenta que la atención en entornos hospitalarios es más costosa que en entornos no hospitalarios debido a los altos costos fijos que se requieren para mantener una capacidad operativa las 24 horas del día.

A partir del mismo, se podrá obtener información útil para mejorar el proceso de la toma de decisiones, con resultados más positivos, para permitir la priorización y la asignación óptima de recursos y definir estrategias de intervención para la contención de costos en la atención médica en el Servicio de Urgencias, con una participación coordinada de los efectores de salud. Para ello, es necesario conocer las particularidades del servicio, la población objetivo, la forma de abordar las consultas, el uso eficiente de los recursos estrictamente necesarios y correctamente utilizados.

2 Planteamiento del problema

2.1 Formulación del problema de la Tesis

Las visitas inadecuadas al Servicio de Urgencias son comunes, pero ¿influyen en los costos de la atención médica a través del Servicio de Urgencias?

CASO: Servicio de Urgencias, Hospital de Alta Complejidad SAMIC El Calafate

El Hospital de Alta Complejidad Gobernador Cepernic – Presidente Kirchner ubicado en la localidad de El Calafate, es un establecimiento nivel VIII, perteneciente a la Red Nacional de hospitales de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC - Ley Nº 17.102 y su Decreto Reglamentario Nº 8248/68), que presta atención especializada, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios que brindan atención segura, con la participación coordinada de efectores de la Red de Salud Local.

Es un hospital polivalente inaugurado en 2015. Tiene una superficie de 21.430 mts² - 17.000 cubiertos-, se realizó una inversión de 600 millones de pesos, de los cuales casi 250 millones de pesos se destinaron a aparatología de última generación, cuenta con 147 camas de internación (34 camas maternas, 34 camas pediátricas, 34 camas adultos, 4 camas UCI pediátrica, 8 camas UCI adultos, 19 camas UCI neonatal, 14 camas observación emergencias), 4 quirófanos habilitados. Oficialmente inaugurado en febrero de 2015 por la presidenta de la nación Cristina Fernández y el gabinete nacional. Heredó recursos y personal del hospital provincial Dr. José Formenti, que pasaron a revistar en el nuevo centro asistencial bajo un acuerdo entre Nación y Provincia de Santa Cruz.

En cuanto a su financiamiento, tiene ingresos de tipo Nacional –Ministerio de Salud de Nación-, Provincial –Gobierno de la provincia de Santa Cruz-, Municipal –Municipio de la Ciudad de El Calafate- y propios –por tratarse de un hospital de autogestión- desde el recupero de las Obras Sociales y empresas de medicina prepaga por los servicios prestados a los afiliados. El Anexo II del Decreto 34/2015: “Convenio de creación del ente Hospital de Alta Complejidad El Calafate Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad” en su cláusula octava establece que la Nación, la Provincia y el Municipio se obligan a aportar los recursos presupuestarios anuales necesarios para asegurar el

funcionamiento del hospital y su desarrollo, fijándose en dicho acto que la Nación aportaría el 70% de los recursos, provincia 25% y municipio 5%.

Para el año en que se llevó a cabo el presente trabajo, el financiamiento del Hospital SAMIC se vio afectado por interrupciones políticas, con demoras e incumplimientos en los aportes presupuestarios. Por otra parte, y también pertenecientes al sector público, se contaba con dos Centros de Atención Primaria de Salud; sin embargo, uno de ellos recibía financiamiento de Nación y otro de Provincia de Santa Cruz, ocasionando mayor fragmentación al sistema de salud, dificultando la organización y el trabajo articulado.

Lo anteriormente detallado permite reconocer al Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC como el lugar de consulta no programada y de fácil acceso para situaciones de salud imprevistas.

2.2 Objetivos de la tesis

Objetivo general:

Analizar el efecto económico de las consultas *no urgentes* en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC de El Calafate, durante el primer trimestre de 2018.

Objetivos específicos:

- Describir los principales motivos de consulta *no urgente* del Servicio de Urgencias, considerando edad, sexo y tipo de patología, en el primer trimestre de 2018.
- Estimar los costos del total de las consultas *no urgentes* efectuadas en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC, en el periodo consignado.
- Estimar la incidencia del costo de las consultas *no urgentes* en el total del costo del Servicio de Urgencias, en el trimestre considerado.

3 Marco teórico

3.1 Introducción:

Los servicios de urgencias (SU) constituyen un área esencial en el sistema de salud, al proveer atención a pacientes con enfermedades agudas, inesperadas y repentinas y/o que han sufrido algún tipo de trauma que implica riesgo de vida. En primer lugar, en estos servicios se atienden necesidades asociadas con deterioros del estado de salud, en casos extremos cuando se pone en riesgo la vida de las personas. Como podrían darse barreras financieras de acceso, en nuestro país el sistema de salud cuenta con políticas de cobertura universal que establecen la atención obligatoria y gratuita. En segundo lugar, las urgencias constituyen una puerta de entrada a los hospitales.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un aumento en la cantidad de pacientes que buscan asistencia en estos servicios, situación que genera preocupación en los proveedores de atención de salud. En cuanto a las causas, éstas se pueden atribuir a múltiples factores. En diversos estudios se plantean categorías de condiciones de salud de pacientes admitidos en el servicio, documentando un elevado porcentaje de aquellos con condición de salud *no urgente*. Se estima que aproximadamente la mitad de todas las visitas a estos servicios son por problemas médicos menores, llamadas consultas inapropiadas, visitas *no urgentes*, ocasionando un aumento de los costos de los servicios de salud, contribuyendo al hacinamiento y comprometiendo la atención de verdaderas emergencias.

3.2 Conceptos generales. Definición de urgencia y emergencia

Urgencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define urgencia como la "aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad de atención médica inminente y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte". El tema importante aquí es la aparición de un evento inesperado, que lastima, sorprende, estresa y que, en todo caso,

necesita de alguna acción. El sujeto o un grupo de sujetos se encuentran ante la necesidad inminente de actuar. Aquí la noción que destaca es el tiempo: el tiempo limitado para actuar que aparece como una condición sine qua non para salvar a un herido, un enfermo antes de que la situación se agrave (Sociedad Argentina de Emergentología, 2014)

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) define urgencia: "situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre la aparición y la instauración de un tratamiento efectivo, que condiciona un episodio asistencial con importantes necesidades de intervención, en un corto período de tiempo". Este concepto lleva implícita la necesidad de ajustar la respuesta asistencial en un plazo máximo de 6 horas, de forma que los pacientes más urgentes sean atendidos más rápidamente, y la necesidad de adecuación entre el grado de urgencia y los recursos necesarios para solucionarla. Involucra patologías de evolución lenta y no necesariamente mortal pero que debe ser atendida de manera oportuna para evitar complicaciones mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Ejemplos de urgencias médicas son: vómitos con sangre, cólico renal, crisis asmática, quemaduras extensas.

Emergencia

Según el American College of Emergency Medicine, una emergencia es toda circunstancia nueva o inesperada que implica un riesgo vital, la lesión puede progresar en severidad por lo que requiere asistencia inmediata. La Organización Mundial de la Salud considera una emergencia médica a "aquellas situaciones en las que se requieren acciones y decisiones médicas inmediatas y la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, por lo que la aplicación de primeros auxilios sería de vital importancia". Dada la complejidad de la situación o afección esta situación pone en riesgo de vida al individuo involucrado. Ejemplos de estas situaciones son el paro cardiorrespiratorio, neumotórax a tensión, infarto agudo de miocardio, politraumatismo grave, hemorragia severa, convulsión, etc (Sociedad Argentina de Emergentología, 2014).

3.3 Historia del Servicio de Urgencias

Con el transcurso del tiempo los departamentos de emergencias cambiaron el concepto y visión de Guardia Médica entendida como un policonsultorio, a cargo de profesionales

con formación y experiencia muy variada, considerada la actividad de consulta espontánea como parte de una etapa de la vida laboral, mientras se capacitaban para trabajar en el futuro en otra especialidad, la mayoría de las veces sin relación con la urgencia (Tisminetzky & Pahissa, 2011). Con los cambios producidos en el conocimiento médico y la aparición de nueva ciencia y tecnología, evolucionaron a departamentos de emergencias con un perfil propio. Al mismo tiempo, en el campo de la medicina se empezó a comprender que el cuidado de la emergencia requería habilidades propias diferentes a aquellas utilizadas en la práctica de la medicina general. En 1968 se creó el College of Emergency Physicians en los Estados Unidos, y dos años más tarde se estableció el primer programa de residencia en Emergentología, con el objetivo de capacitar a los médicos que practicaban la medicina de emergencia y mejorar el nivel de los cuidados de emergencia. Este nuevo perfil comprende un sistema de emergencias médicas con recursos físicos y humanos coordinados, con un conocimiento específico, para implementar la asistencia de pacientes en situaciones críticas, con riesgo de vida real (emergencias) o potencial (urgencias) y en el lugar donde circunstancialmente se encuentra (American College of Emergency Physicians, 2015). En Argentina la primera residencia en Emergentología data de 1990. En el año 2001, se fundó la Sociedad Argentina de Emergencias, quien en 2004 certificó a los primeros especialistas, y en 2010 la Emergentología fue reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud, 2010)

Sin embargo, desde hace unos años, y de manera progresiva y sostenida, se observa una mayor demanda de atenciones en los servicios de urgencias por patologías que no implican riesgo de vida, sumado al aumento en la complejidad del sistema de atención y al mayor acceso a estos servicios que tiene la población general, siendo el departamento de emergencias generalmente el primer contacto que tienen los pacientes con los servicios de atención médica.

Los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias son pacientes no programados que llegan por problemas de salud en busca de admisión, evaluación y tratamiento inmediato. El paciente puede concurrir de manera ambulatoria –ya sea por propia decisión o derivación de un médico de otra institución-, arribar en ambulancia o en el caso de estar hospitalizado en otro servicio por derivación del médico tratante.

Esta tendencia a la creciente demanda de pacientes que buscan asistencia a través del Servicio de Urgencias se ha transformado en un “problema de salud pública mundial”. La American College of Emergency Physicians (ACEP) sostiene que “la saturación ocurre

cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el mismo Servicio de Urgencias, en el hospital o en ambos (Gonçalves-Bradley, Khangura, Flodgren, Perera, Rowe, & Shepperd, Primary care professionals providing non-urgent care in hospital (Review), 2018). Esta descripción sugiere que la saturación puede ser cuantificada como la relación entre las variables de dos categorías: necesidad de servicio y recursos disponibles. Ha habido varios intentos en la literatura para proporcionar una medida cuantitativa del hacinamiento en los servicios de urgencias mediante el desarrollo de escalas de puntuación. Tres de los puntajes utilizados en los Estados Unidos son la Escala Nacional de Hacinamiento del Departamento de Emergencias (NEDOCS), el Índice de Trabajo del Departamento de Emergencias (EDWIN) y el Análisis de Emergencia en Tiempo Real del Indicador de Demanda (READI) (Spencer S. Jones MStat, 2008). La fórmula para cada una de estas puntuaciones tiene en cuenta diversa información del paciente, el servicio de urgencias y el hospital, y produce un valor numérico que indica si un servicio de urgencias está funcionando sin problemas, si está abarrotado, pero es eficaz, o si está abarrotado en un momento determinado. Sin embargo, se les cuestiona la escalabilidad para las puntuaciones de hacinamiento y por lo tanto no llegar a un resultado que represente la situación del Servicio de Urgencias. Así es como surge y es aceptado el enfoque de entrada- rendimiento y salida, detallado este modelo más adelante, y por el cual es posible analizar el flujo de pacientes (Asplin, Magid, Rhodes, Solberg, Lurie, & Camargo, 2003). Por otra parte, la literatura coincide en atribuir la falta de capacidad de respuesta a varias causas: aumento de la complejidad de estudios complementarios para arribar a un diagnóstico, mayor volumen de pacientes, escasez de personal. Sin embargo, el motivo más importante es el inadecuado uso por parte de los pacientes que solicitan atención médica *no urgente* en los servicios de urgencias.

3.4 Inadecuado uso del Servicio de Urgencias

Las primeras investigaciones sobre la saturación y sobrepoblación de los servicios de urgencias fueron publicados en la década del '80 e inicios de los '90, e investigaron principalmente las causas, factores considerados "de entrada", aquellas causas que motivaban la consulta al Servicio de Urgencias como primera opción en procura de una solución para los problemas que los aquejan, entre los cuales predominan consultas banales e "innecesarias". Se trata de motivos potencialmente evitables, que generan presión sobre los servicios de urgencia, sobre los cuales existen distintas definiciones,

entre ellas "consultas inapropiadas", "problemas banales", "condiciones *no urgentes*", pacientes que se autorremiten con problemas de baja urgencia que es poco probable que requieran ingreso y son más adecuados para otros servicios, como atención primaria, consultorios de demanda espontánea, farmacia, etc. Se postulaba que los pacientes que se presentaban con consultas simples como resfríos, transcripción de recetas, solicitud de estudios, certificados médicos para justificar ausentismo laboral, completar planillas solicitadas por la obra social para realizar algún estudio complementario, pacientes que se auto-referenciaban y que no requerían el ingreso, saturan y "taponan" el sistema de urgencias (Williams, 1996) (Sarver JH, 2002) (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007)

Estos primeros trabajos son en su mayoría revisiones retrospectivas de los diagnósticos finales de pacientes que consultaban en los servicios de urgencias. Una vez conocido el diagnóstico, los investigadores concluían que esas visitas no implicaban riesgo de vida y por lo tanto eran innecesarias. A partir de estas investigaciones, se llegó a la creencia generalizada de que muchos pacientes que se hacían presentes en estos servicios, lo hacían por problemas banales.

La elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones *no urgentes* tiene consecuencias preocupantes, tales como:

- Pérdida de la continuidad asistencial y seguimiento para los pacientes que sustituyen la atención primaria por estos servicios de urgencias. Especialmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.
- Atención subóptima de los casos *no urgentes*, que se tratan de forma apresurada y sin el beneficio de una atención integral que podría recibirse en un entorno de atención primaria.
- La detracción de los recursos para la atención de pacientes en situaciones de riesgo vital.
- La sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital y los mayores costos respecto a la atención primaria.

Al respecto, también cabe mencionar un artículo nacional que fue publicado en 2022 sobre los efectos nocivos en la urgencia generados por la sobreutilización del Servicio de Urgencias provocando una mayor tensión, en palabras del autor: "conduciendo al aumento de la violencia hacia el personal, una alta rotación del personal clínico y de

enfermería, una disminución de la productividad del proveedor, una mayor distracción del personal que resulta en un error humano y la consiguiente acción legal” (Díaz, 2022)

Acudir al Servicio de Urgencias dependerá en parte de la percepción de urgencia que represente para el paciente o sus familiares y ésta a su vez dependerá de las características del usuario, el acceso, la disponibilidad a los servicios de consulta externa y al grado de aceptación de la atención médica que se proporciona en la institución de salud (Jun He, 2011).

Existe una gran variabilidad al estimar la prevalencia de estas consultas debido en gran parte a las distintas definiciones. A pesar de esto, a nivel internacional se considera que entre el 24% y el 40% de todas las atenciones del Servicio de Urgencias resultan inadecuadas, obstaculizando la capacidad de dichos servicios para tratar pacientes de manera oportuna y segura (McHale, P. et al., 2013). Estudios realizados anteriormente en Inglaterra, concluyen que el número de visitas a los departamentos de emergencias de hospitales en ese país han aumentado un 42% entre 2006 y 2017 (Hodgson, Deeny, & Steventon, 2019).

Un estudio realizado en el Lawrence Hospital Center de New York, reveló que en Estados Unidos, desde 1996 a 2006, el número de visitas anuales a los servicios de urgencias se incrementaron de aproximadamente 90 a 118 millones de consultas, un incremento del 31%. En España se observó un incremento del 14,5% en las visitas a urgencias entre 2001 y 2005

En la literatura médica especializada particularmente interesa la investigación de las posibles causas y factores que determinan, desde la perspectiva del paciente, su elección del Servicio de Urgencias para la asistencia médica de condiciones de salud *no urgentes*, que generan entre otros inconvenientes, la congestión de este servicio. Se basan en la distribución de la demanda según la percepción del usuario, prevalencia de consultas *no urgentes*, y los motivos para realizarlas (Vinellia, y otros, 2011). La variable dependiente más comúnmente estudiada es la utilización del Servicio de Urgencias para condiciones de salud *no urgentes*, y la variable independiente es la satisfacción y el acceso al sistema de salud. Se identifica también una relación inversa entre motivos de consulta *no urgentes* y edad; las probabilidades de asistencia inadecuada es más alta en los niños y adultos jóvenes de 20 a 29 años, seguida de una caída constante a medida que la edad aumentaba a partir de entonces (McHale P, 2013).

Se han identificado múltiples factores para explicar el aumento de la demanda, incluido el envejecimiento de la población, el aumento del número de personas con múltiples afecciones crónicas y los cambios de comportamiento relacionados con la forma en que las personas eligen acceder a los servicios de salud. Para conocer y describir estos factores se destaca la revisión sistemática publicada en 2017 por el Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR) del Reino Unido (Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell, 2017). En esta revisión se identificaron seis factores determinantes en la elección de atención de urgencia que se detallan a continuación:

1) acceso a las consultas o confianza en la atención primaria: los factores identificados incluyeron la falta de conocimiento de opciones, en particular de los servicios de atención primaria, la insatisfacción con los médicos de cabecera, los horarios de apertura limitados, los tiempos de espera anticipados para las consultas, la experiencia previa en el uso del servicio de atención primaria y las barreras percibidas a la atención definidas por el paciente

2) percepción de urgencia, ansiedad y el valor de la tranquilidad de los servicios de emergencia: urgencia autopercibida y tranquilidad a partir de una mayor confianza en los proveedores de atención médica urgente y de emergencia. Había una fuerte sensación de que los pacientes consideraban que sus condiciones eran graves

3) opiniones de familiares o amigos: recomendación de familiares, amigos para asistir al Servicio de Urgencias. Uno de los 38 estudios incluidos en esta revisión abordó particularmente este tema, concluyendo que las mujeres eran más propensas que los hombres a acudir al Servicio de Urgencias debido a las recomendaciones y consejos de familiares y amigos.

4) conveniencia: en cuanto a la ubicación, no tener que tramitar una cita y el horario de atención. Las personas mayores tenían más probabilidades de comunicarse primero con un médico de cabecera, mientras que los pacientes más jóvenes se comunicaron con los centros de atención de urgencia ya que lo encontraron más conveniente. En esta diferencia también influye el hecho de que los pacientes adultos mayores desconfían de la atención telefónica brindada por los servicios de urgencias y preferían consultar a un médico clínico conocido que contactar a un servicio fuera de horario.

5) factores individuales del paciente: costos, opciones de transporte (por ejemplo, no tener un automóvil). En particular, viajar de noche y usar el teléfono fueron factores que disuadieron a las personas mayores de utilizar los servicios fuera de horario; en cambio,

prefirieron esperar una cita con su médico de cabecera. Por otro lado, las decisiones fuera del horario de atención a menudo estaban influenciadas por opiniones personales sobre los servicios fuera del horario de atención y las tendencias diferían entre las áreas rurales y urbanas, con personas en áreas rurales que a menudo retrasaban el contacto hasta que su propio médico estuviera disponible, mientras que las personas en las áreas urbanas eran más propensas a utilizar los servicios de atención urgente y de emergencia fuera del horario de atención

6) necesidad percibida de gravedad: la creencia de que su condición necesitaba los recursos e instalaciones ofrecidas por un proveedor de atención médica en particular, incluidos los médicos del hospital -en lugar de los médicos de cabecera-, diagnósticos - particularmente radiografías- y tratamiento. Todas situaciones que llevan al inadecuado uso del servicio de emergencias.

Las publicaciones de Latinoamérica relacionadas con el tema, han estado orientadas en su mayoría a describir los sistemas de salud, el perfil epidemiológico de los pacientes que son atendidos en urgencias, y la capacidad hospitalaria. En una revisión retrospectiva llevada a cabo en Chile, cuyo objetivo fue caracterizar las consultas de urgencia, las patologías más frecuentes en primer lugar fueron respiratorias y digestivas, ambas de etiología viral o inespecífica, en su mayoría auto limitadas, sin riesgo vital ni compromiso general, correspondiendo a cuadros de buen pronóstico por lo que fueron consideradas *no urgentes* (Alvo & Aguirre., 2010). En Brasil se realizó una revisión sistemática en bases de datos electrónicas analizando las intervenciones tendientes a resolver el problema del hacinamiento de los servicios de urgencias. Las intervenciones eran aplicadas en alguna de las etapas siguiendo el modelo conceptual de entrada, rendimiento y salida –descrito y detallado más abajo- que explica causas de hacinamiento. Como resultado se obtuvo que las principales causas de hacinamiento ocurrían en el componente de salida, dado por el aumento del tiempo de estadía del paciente asociando también a la mayor mortalidad que conlleva esta situación. Por lo tanto, las intervenciones seleccionadas para disminuir el problema fueron: implementación de la unidad de observación para pacientes críticos que estaban a la espera de algún diagnóstico, tratamiento o prueba terapéutica; implementación del servicio de enfermería dedicado al ingreso, alta y traslado del paciente (reforzando las últimas dos); desarrollo de protocolos para detectar momentos de saturación del Servicio de Urgencias e implementación de la unidad de atención de emergencia (Bittencourt & Alonso, 2009).

De todos modos, los estudios anteriormente mencionados describen las características de pacientes *no urgentes* que asisten a los servicios de urgencia para la resolución de su condición de salud, pero no comparan con pacientes que buscan atención no programada en servicios de atención primaria. En tal sentido, cabe destacar el estudio realizado en Estocolmo en 2008, que comparó pacientes con el mismo nivel de urgencia -nivel 4- (en una clasificación donde 1 eran aquellos que requerían atención médica inmediata, el nivel 2 dentro de los 30 minutos, el nivel 3 dentro de la hora y el nivel 4 después de una hora) asistidos en el Servicio de Urgencias del hospital público con aquellos que lo hicieron en 7 centros de atención primaria que compartían área de influencia con el hospital. Este estudio demostró que la mayoría de los pacientes que concurren al Servicio de Urgencias tenían antecedente hospitalización previa dentro de los últimos dos años, la duración de los síntomas era corta –menor a 24 horas-, y la percepción en aquel momento de los síntomas les generaba ansiedad, en comparación con los pacientes que buscaron atención urgente en los centros de salud. Otra diferencia que se constató fue la clínica del paciente, en la cual la mayoría de los pacientes de los centros de atención primaria presentaban síntomas respiratorios, mientras que la mayoría de los pacientes en urgencias presentaban síntomas digestivos o musculoesqueléticos. No hubo diferencias sociodemográficas sustanciales (excepto el sexo, en el cual se demostró mayor concurrencia de hombres al Servicio de Urgencias) entre los pacientes del centro de atención primaria y los pacientes del Servicio de Urgencias (Backman, Blomqvist, Lagerlund, Carlsson, & Adami, 2008).

De lo expuesto hasta aquí, los estudios de investigación de los últimos años tienen como principal *outcome* (resultado) determinar las causas y factores que llevan a la sobrepoblación en los servicios de urgencias, y si bien la actividad de estos servicios es muy importante en todos los países del mundo, tanto por considerarse la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema de salud como por el volumen económico que representa, el análisis de sus costos, considerando el enorme consumo de recursos, no tiene una gran presencia en la bibliografía.

En este sentido, un artículo estadounidense que data del año 1996, investigó sobre el costo generado en el área de emergencias de acuerdo a la urgencia de la consulta, concluyendo que un 30% de las consultas en este servicio corresponden a pacientes con patología *no urgente*, que los verdaderos costos de la atención *no urgente* en el departamento de emergencias son relativamente bajos y que el ahorro potencial de un desvío de visitas *no urgentes* a consultorios médicos privados sería mucho menor de lo

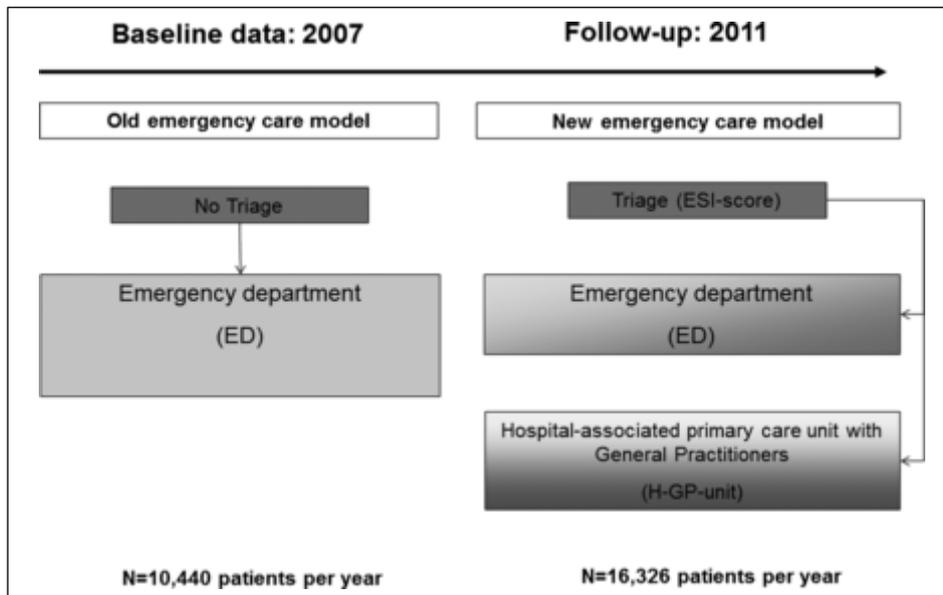
esperado. Menciona también que se podría disminuir el costo en el área de emergencias si los pacientes con condición *no urgentes* fueran atendidos en consultorios particulares –en los horarios en que estos consultorios están disponibles, cuyas excepciones serían los días fines de semana, horario nocturno y días feriados- (Williams, 1996).

De acuerdo a la bibliografía más recientemente publicada destacan dos publicaciones que evalúan costos y una de valoración subjetiva que utiliza el modelo ESI para clasificar a los pacientes. La primera, la revisión Cochrane, publicada en 2018, en donde se describen tres estudios no aleatorios, dos de ellos realizados en Irlanda y otro en Reino Unido, que luego en su actualización se sumó un ensayo aleatorio realizado en Australia, evaluando el efecto de la incorporación de médicos de atención primaria en los servicios de urgencias para brindar atención a los pacientes con condición de salud *no urgente*, concluyendo que dicha intervención reduciría los tiempos de espera y duración de atención, y de esta manera quedan liberados los médicos de urgencias para atender a pacientes con problemas más urgentes, abordando así factores de rendimiento y salida que contribuyen al hacinamiento. Asimismo, se pudo inferir que los médicos de cabecera brindan una atención más eficiente y con menos recursos que sus colegas especialistas en emergencias al tratar problemas que no son urgentes, lo que implicaría un menor costo; de esta manera el tiempo y los recursos de los servicios de urgencias podrían dirigirse más eficiente a los casos urgentes y potencialmente mortales ((Gonçalves-Bradley, Khangura, Flodgren, Perera, Rowe, & Shepperd, Primary care professionals providing non-urgent care in hospital (Review), 2018)

La segunda publicación se trata de un estudio suizo publicado en 2013, que se focaliza en la sobrecarga de la capacidad del Servicio de Urgencias debido al gran flujo pacientes, con la interesante evaluación del impacto económico de una intervención en pos de mejorar el problema en el componente de entrada (Eicher, y otros, 2013). La misma consiste en comparar los costos que generan dos modelos de prestación de servicios a la demanda no programada: el **antiguo modelo** de urgencias, en el cual se admiten todos los pacientes que asisten al Servicio de Urgencias versus el **nuevo modelo** que consiste en la implementación de un sistema de triage y una unidad de atención primaria asociada al hospital con médicos generalistas. Enfermeras capacitadas fueron quienes estaban a cargo del triage, estimando el Índice de Gravedad de Emergencia (ESI) con una puntuación que va de 1 (con riesgo de vida) a 5 (casos *no urgentes*). Posteriormente los pacientes eran dirigidos a la unidad de servicio adecuada de acuerdo con la urgencia,

es decir, pacientes con puntaje ESI de 1 a 3 al Servicio de Urgencias, y pacientes con puntaje ESI de 4 o 5 a la unidad de atención primaria.

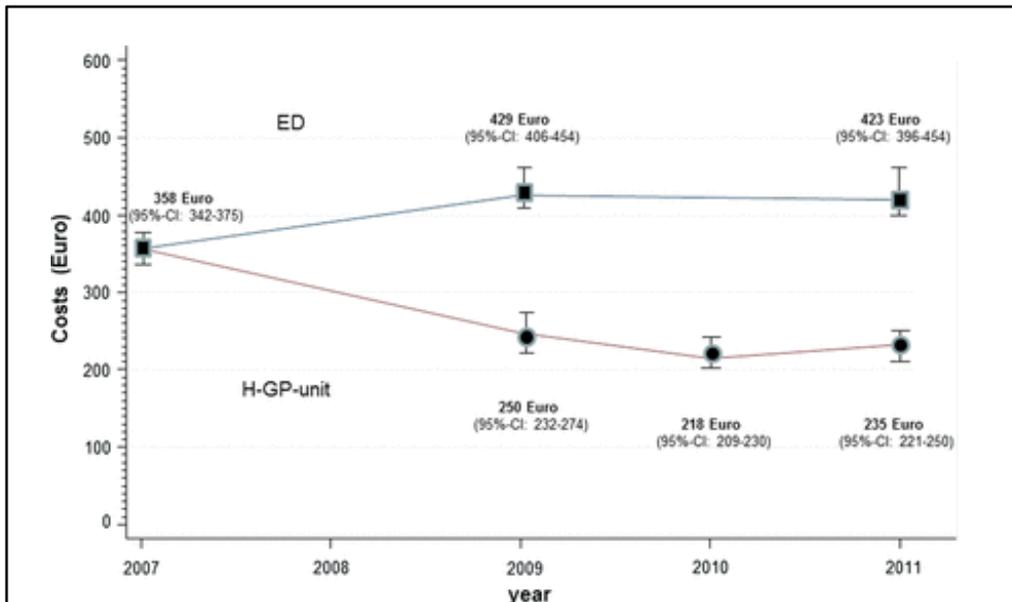
Figura 2. Modelo antiguo (2007) y modelo nuevo (desde 2009) del servicio de urgencias del Stadtspital Waid, Zúrich.



*Fuente: "Sustained health-economic effects after reorganization of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study" (Eicher, y otros, 2013)

Para comparar los costos, se realizó una medición de referencia en octubre de 2007 con el modelo tradicional y luego se analizaron los costos incurridos entre 2009 y 2011 cuando ya estaba implementado el nuevo modelo.

Gráfico 1. Costos de la atención de urgencias a pacientes ambulatorios según unidad de atención.



Fuente: "Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study" (Eicher, y otros, 2013)

En el estudio sólo se incluyeron pacientes ambulatorios (excluyendo los ingresos en ambulancia). Los costos se muestran en euros (€) para el Servicio de Urgencias (cuadrados negros) y la unidad de atención primaria (círculos negros). Las barras de error indican los IC del 95 % de los costos medios.

Como resultado se obtuvo que el número anual de consultas de emergencia de pacientes ambulatorios en el hospital en el que se realizó el estudio aumentó de n=10.440 (2007; línea de base) a n=16.326 (2011), lo que refleja una tendencia general. El hacinamiento en el Servicio de Urgencias se mitigó sustancialmente frente a esta tendencia general. En 2011, el 52% (n=8478) de los pacientes ambulatorios de urgencias fueron tratados en el Servicio de Urgencias y el 48% (n=7848) en la unidad de atención primaria. Por lo tanto, el número anual de consultas ambulatorias en el Servicio de Urgencias podría reducirse en un 19%.

En sus conclusiones determinaron que, desde el punto de vista de la economía de la salud, el nuevo modelo de servicio muestra un "dominio" sobre el modelo anterior: mientras que la calidad de la prestación del servicio mejoró (tiempos de espera reducidos; uso más eficiente de los recursos en la unidad atendida por médicos generales), los costos del tratamiento son sostenibles y disminuyeron contra la tendencia de aumento.

El tercero, y de más reciente publicación, es un estudio llevado a cabo en la ciudad de Lima, Perú, publicado en septiembre de este año -2023-. Se midió la eficacia de la

implementación de un Consultorio de Atención Inmediata en el servicio de emergencias de un hospital público, como estrategia de gestión de calidad. La importancia de este estudio radica en que utilizó el triage Emergency Severity Index para clasificar a los pacientes que buscaban atención en el servicio de emergencias e incluyó en el estudio a aquellos con niveles 3, 4 y 5, sobre los que se realizó una encuesta de calidad validada por el ministerio del mencionado país, antes y después de poner en funcionamiento el consultorio para los pacientes seleccionados. En las conclusiones describe que se evidenció una mayor eficacia, y en consecuencia, el tiempo de espera disminuyó, lo cual, a su vez, generó satisfacción en el usuario. (Nuñez Alcocer, 2023)

3.5 Modelo conceptual de factores de entrada – rendimiento - salida

La relevancia de describir el Modelo conceptual de factores de entrada-rendimiento y salida radica en permitir determinar cuál es el componente implicado en el aumento de flujo de pacientes.

El Modelo conceptual de factores de entrada, rendimiento y salida surge en 2003, de un consenso entre expertos, con el fin de comprender y medir el flujo de pacientes y monitorear la capacidad del sistema de atención aguda no programada, considerando tres componentes interdependientes: Input (factores de entradas), Throughput (proceso de atención en urgencias, rendimiento, manejo dentro del servicio de emergencias) y Output (salidas, eficiencia con la que los pacientes son dados de alta o transferidos a otros servicios para continuar la atención en otro lugar) (Brent, Magid, Rhodes, Leif, Lurie, & Camargo, 2003). Estos componentes existen dentro de un sistema de cuidados agudos que se caracteriza por la prestación de cuidados no programados. El objetivo del Modelo conceptual es proporcionar un marco práctico en el que se pueda basar una agenda organizada de investigación, políticas y gestión de operaciones para aliviar la aglomeración de los servicios de urgencias. Este modelo permite identificar las causas de las consultas en el Servicio de Urgencias –SU- y desarrollar posibles soluciones. Aunque los factores que se originan en muchas partes del sistema de salud contribuyen a la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios –SUH- , el modelo se enfoca en este problema desde la perspectiva del SU.

Una característica importante del sistema de cuidados agudos es su interacción con la prestación de cuidados crónicos y preventivos. Tanto el sistema de cuidados crónicos como el de agudos, tienen características funcionales diferentes. Por ejemplo: los lugares de atención ambulatoria ofrecen consultas programadas, al mismo tiempo que brindan citas no programadas, a diferencia de los servicios de urgencias que se limitan a consultas no programadas. Asimismo, los pacientes con afecciones crónicas a menudo requieren atención en los servicios de urgencias por exacerbaciones agudas de esas afecciones, especialmente cuando su atención general está mal organizada. Por lo tanto, la distinción entre atención aguda y crónica está en función de la urgencia de la demanda de atención y de la respuesta del sistema de salud.

El Modelo conceptual de entrada-rendimiento-salida se caracteriza por tres componentes que explican el flujo de pacientes en un servicio de urgencias. A continuación, se detalla cada uno, para luego poder entender cuál es el implicado en el mayor flujo de pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate.

Componente de ENTRADA:

En el mismo destacan tres categorías:

- 1) *Atención de emergencia*: tratamiento de pacientes gravemente enfermos y lesionados.
- 2) *Atención de urgencia no programada* : muchas veces, los pacientes son enviados al Servicio de Urgencias porque no consiguen cita con médico de cabecera o se encuentra fuera del horario de atención disponible para recibir atención médica rápidamente por un problema agudo (o una exacerbación aguda de un problema crónico); también puede ocurrir que los pacientes pueden programar una cita para una afección aguda pero acuden al Servicio de Urgencias porque sus síntomas empeoran antes de que puedan recibir tratamiento.
- 3) *Atención de red de seguridad en el Servicio de Urgencias*: hace referencia a pacientes vulnerables, definidos como personas sin seguro médico o que no tienen una fuente de atención habitual.

Componente de RENDIMIENTO:

Este componente del modelo identifica la duración de la estancia del paciente en el Servicio de Urgencias como un posible factor que contribuye al hacinamiento en este servicio.

Hay dos fases principales de rendimiento en el modelo. La primera fase incluye clasificación (triage), asignación de habitaciones y la evaluación inicial del proveedor.

La segunda fase del componente de rendimiento incluye pruebas de diagnóstico y tratamiento. En este sentido, el modelo aborda la caracterización de los servicios de apoyo al Servicio de Urgencias tales como laboratorio, diagnóstico por imágenes, entre otros.

Componente de SALIDA:

Este componente hace referencia a la resolución del paciente, lo cual implicaría alta médica con o sin seguimiento de manera ambulatoria, derivación a otro servicio de internación (siendo éste uno de los determinantes más importantes que apremian a los servicios en cuestión), prolongando la estadía en los servicios de urgencias incluyendo en los factores causales la falta de disponibilidad de camas físicas, inadecuada proporción de personal de enfermería por paciente, necesidad de aislamiento o retraso en la limpieza de las habitaciones luego del alta médica, servicios auxiliares ineficientes, entre otros. Asimismo, los pacientes que no pueden obtener atención de seguimiento a menudo regresan al servicio de urgencias si su condición no mejora o empeora.

3.6 Definición de pacientes con condición de salud *no urgente*

Como anteriormente fue mencionado, el objeto de análisis del presente estudio son los pacientes admitidos en el Servicio de Urgencias. Dentro de estos, particularmente nos centraremos en aquellos con condición de salud *no urgente*, por ello es oportuno esclarecer este concepto.

Existen varias definiciones de pacientes con condición de salud *no urgente*. Generalmente se definen como visitas por afecciones para las cuales un retraso de varias horas no aumentaría la probabilidad de un resultado adverso. Para esta definición se utilizan determinaciones prospectivas –aquellas generadas en el triage inicial, que

considera el motivo de consulta que refiere el paciente, su angustia, sus expectativas- o retrospectivas –en las que se realiza la revisión de la historia clínica del paciente y se tiene en cuenta su reclasificación en caso de ser necesaria-.

Dentro de las utilizadas en los últimos estudios de investigación al respecto es el concepto **Ambulatory care-sensitive conditions** (ACSC) (Hodgson, Deeny, & Steventon, 2019) –condiciones críticas que reciben atención ambulatoria-, se trata de diagnósticos agudos que potencialmente podrían prevenirse, siendo un conjunto de afecciones, como el asma y la diabetes, donde se considera que la necesidad de admisiones de emergencia es evitable. Se lo usa como indicador de desempeño de la atención primaria, bajo el supuesto de que las intervenciones de atención primaria oportunas, apropiadas y eficaces están disponibles y accesibles para los pacientes. Los ACSC se centran específicamente en las admisiones de emergencia que pueden evitarse con una atención ambulatoria óptima. Esto implicaría el manejo de los episodios agudos fuera del hospital. Por ejemplo, un médico de cabecera podría tratar rápidamente un episodio agudo de asma sin necesidad de una admisión de emergencia. Asimismo, varios trabajos publicados sobre el tema, asumen que, con un tratamiento adecuado y oportuno, las admisiones hospitalarias de las patologías incluidas dentro de las ACSC se podrían evitar. Pero esto supone que el curso de la enfermedad y el comportamiento del paciente, es totalmente predecible y modificable mediante intervenciones de atención primaria. Por otro lado, existen condiciones no-ACSC, donde se piensa que el cuidado previo es en gran medida irrelevante (por ejemplo, apendicitis aguda).

Tabla 5. Listado de patologías consideradas ACSC.

Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	National Health Service (UK)
Asma	Asma
Faringitis	faringitis
Neumonía	Gripe y neumonia
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC	EPOC

Insuficiencia cardiaca congestiva	Insuficiencia cardíaca congestiva
Deshidratación	Deshidratación
Diabetes	Complicaciones de la diabetes
Hipertensión	Hipertensión
Bajo peso al nacer	Condiciones dentales
Asma pediátrica	Epilepsia/ convulsiones
Gastroenteritis	Infecciones del oído, nariz y garganta
Infección del tracto urinario	Gangrena
	Gastroenteritis
	Celulitis
	Anemia por deficiencia de hierro
	Deficiencia nutricional
	Otras enfermedades prevenibles por vacunación
	Enfermedad inflamatoria pélvica
	Úlcera perforada o sangrante
	Pielonefritis

*Fuente: Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? (Gibbons, Bindman, Soljak, Millett, & Majeed, 2012)

El motivo por el cual no se considera esta clasificación para el presente estudio, radica en que las patologías incluidas como ACSC en nuestro medio abarcan prácticamente el total de las consultas, presentando a su vez el sesgo de no incluir enfermedades de salud mental. Además, para que el uso de las ACSC sea considerado como indicador se debe consensuar un listado sólido de patologías, y debe haber acuerdo sobre qué está dentro del poder de cambio de la atención primaria. Por otra parte, se trata de un método de calidad, en el que la prioridad no es clasificar a los pacientes según gravedad, sino que producir información para gestionar mejor la demanda.

Otro de los criterios utilizados se basa en el *diagnóstico prospectivo* considerando la clasificación que se hace del paciente en base a su **motivo de consulta al ingreso** al Servicio de Urgencias, determinado en el triage, basado en signos vitales y expectativas de tratamiento y diagnóstico. En este caso la clasificación del paciente se basa en el código inicial, sin considerar si luego de la evaluación médica fue reclasificado, requiriendo estudios complementarios, interconsulta con especialistas, o cualquier otra condición que implique cambiar de categoría. En este sentido, un estudio llevado a cabo por el Departamento de Emergencias de Nueva York, reintegraba el dinero abonado por aquellos pacientes cuyo motivo de consulta inicial correspondía a una situación de salud de posible resolución en el primer nivel de atención – “primary care treatable visits”-, si luego de la evaluación médica el paciente era reclasificado. De los resultados a los que arribaron, pudo obtenerse que un 88,7% correspondía a primary care treatable diagnoses, pero de éstas sólo el 6,3% de las consultas médicas resultaron efectivamente correctas en su diagnóstico inicial (Raven, Lowe, & Maselli, 2013). Se desestima esta clasificación por su baja especificidad comprobada.

Otra de las clasificaciones existentes y de adecuada aplicación para el estudio que se realizó en el Hospital SAMIC El Calafate, son los criterios del Índice de Severidad de la Emergencia (ESI, por sus siglas en inglés), que se basa en el “Emergency Triage”, midiendo el índice de gravedad de la condición clínica (Gilboy, Tanabe, Travers, & Rosenau, 2011) desarrollado inicialmente en 1999 y modificado en 2003 por la Agency for Health-care Research and Quality (AHRQ – Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica). Como antecedente de relevancia, esta clasificación fue utilizada en el estudio suizo mencionado anteriormente, en el cual también se evaluaron costos de las consultas (Eicher, y otros, 2013). Se trata de una escala válida, útil y reproducible, que proporciona una estratificación clínicamente relevante de los pacientes en cinco grupos de 1 (más urgente) a 5 (menos urgente) en función de la agudeza y las necesidades de recursos (estudios complementarios: de diagnóstico por imagen y/o laboratorio, o atención provista por enfermería como puede ser la aplicación de vacuna antitetánica, analgésico inyectable, etcétera. Este algoritmo de triage es fácil de utilizar. Se fundamenta en la valoración clínica que ordena los pacientes en función de su urgencia/gravedad, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa en el Servicio de Urgencias, y que hace que en una situación de saturación o masificación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes sean tratados con prioridad. Inicialmente, un enfermero de triage valúa la **agudeza de la enfermedad** del paciente. Si un paciente no cumple con los criterios de un nivel alto de agudeza (nivel

1 ó 2 del ESI), el enfermero de triage evalúa los **recursos** necesarios previstos para ayudar a determinar un nivel de triage (niveles 3, 4 ó 5 del ESI). La inclusión de los recursos necesarios en la clasificación de triage es una característica exclusiva del ESI que no tienen otros sistemas de triage.

Se definen como consultas *no urgentes* a las que corresponden al nivel 5 de esta clasificación. Las correspondientes a los demás niveles se consideran urgentes.

Desde 1998, ESI ha sido el principal recurso de triage en el que confían casi todas las enfermeras de emergencia de los Estados Unidos para evaluar la agudeza del paciente en función de su presentación en el Servicio de Urgencias y el nivel de atención esperado que requerirán, y actualmente lo **utiliza aproximadamente el 80 por ciento. de los hospitales de EE. UU.** (Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD., 2020)

Dado que en nuestro medio no contamos con la realización de triage, necesario para la implementación de esta clasificación, es que se utilizó la propuesta del Índice de Severidad de la Emergencia con la modificación de considerar el diagnóstico final y el uso de recursos que requirió y con estos datos clasificar al paciente. Aquellos que se encuentren en el nivel 5 serán los incluidos en la investigación. Son considerados nivel 5 aquellos pacientes para cuya resolución fue suficiente la anamnesis del paciente y el examen físico realizado por un médico de urgencias, incluyendo aquellas patologías tales como los resfríos, molestias abdominales, entre otras, la indicación de medicamento vía oral, prescripción de recetas, evaluación de heridas, prescindiendo de la utilización de recursos.

Esta clasificación no valora la idoneidad del profesional médico, de modo que si el paciente recibe algún tratamiento (administración de analgesia inyectable) o se realiza algún estudio complementario (electrocardiograma, radiografía), la consulta se considera urgente, y tal vez otro profesional hubiese prescindido de tales recursos. Estos factores tienden a sobrestimar las urgencias apropiadas, sin que tuvieran criterios relacionados con la gravedad.

Tabla 6. Índice de Gravedad de la Emergencia (Emergency Severity Index)

Nivel 1	Requiere intervención de soporte vital (ejemplo: obstrucción de la vía aérea, paro cardíaco, paro respiratorio, disnea aguda)
Nivel 2	Paciente confundido, letárgico, desorientado; o con dolor grave/ compromiso general; o ningún de los anteriores pero requiere más de un recurso* para su resolución y presenta signos vitales en zona de riesgo (ejemplo: dolor precordial típico, dolor abdominal grave, paciente oncológico con fiebre)
Nivel 3	Ninguno de los anteriores pero requiere el uso de 2 o más recursos* para su resolución (ejemplo: requiere diagnóstico por imagen y laboratorio)
Nivel 4	Requiere el uso de UN recurso* para su resolución (ejemplo: radiografía de tórax, nebulización)
Nivel 5	No requiere ningún recurso* para su resolución. Con la atención médica se logra la resolución de la consulta

*estudio complementario o atención de enfermería (por ejemplo: curación de herida, aplicación de vacuna antitetánica, administración de medicación)

Fuente: Extraído del Manual de implementación AHRQ. "Índice de gravedad de emergencia (ESI, por sus siglas en inglés)" Versión 4. 2011

Considerando la bibliografía consultada previo al inicio de esta investigación, se puede concluir que la mayoría de los estudios que analizan el aumento de la demanda y hacinamiento, obtienen como resultado porcentajes variables de consultas *no urgentes* a los servicios de urgencias y cómo estas situaciones impactan negativamente en la calidad de atención y seguridad del paciente y en la utilización de recursos hospitalarios. En relación a estas conclusiones, surgen hipótesis que se relacionan con la satisfacción y la facilidad en el acceso al sistema de emergencia como lugar para resolver situaciones *no urgentes*, obteniendo una respuesta rápida al problema de salud independientemente de su magnitud y gravedad.

Por otra parte, la demografía de los pacientes que asisten a un Servicio de Urgencias varía entre los centros, lo que refleja los factores socioeconómicos locales, el estado de salud y la accesibilidad a los servicios de atención primaria.

En cuanto a las discusiones y los diferentes puntos de vista que se plantean, éstas se relacionan al desafío que implica comparar estudios realizados en distintos servicios de urgencias con características propias y la heterogeneidad y falta de consenso en la definición de consultas *no urgentes*. Considerando el aumento de estas demandas, se plantea ahorro de recursos y costos con el empleo de médicos de cabecera, y en tal caso, si esta prestación generará mayor demanda y aumento del uso de servicios de urgencias para consultas *no urgentes*. También hay miradas diferentes sobre el impacto en los tiempos de espera, los efectos adversos, la mortalidad, los resultados de los pacientes y su grado de satisfacción con la implementación de un nuevo esquema de atención.

3.7 Definición de costos en salud

Por tratarse de un estudio sobre costos, es menester dar precisión sobre algunas definiciones para luego poder determinar el impacto que tiene esta demanda de pacientes *no urgentes* en relación al costo del Servicio de Urgencias.

Para la gestión hospitalaria es necesario conocer la producción, es decir la cantidad de bienes o servicios que se han generado en un centro de servicios, en un período de tiempo determinado. Si hay producción de bienes o servicios, quiere decir entonces, que se ha generado una serie de erogaciones, es necesario establecer ¿cuáles de ellas son consideradas como gasto y cuáles como costo? (Schweiger A. , "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina", 2003)

La diferenciación entre los conceptos de costo y de gasto es un aspecto importante, ya que ambos conceptos denotan un sacrificio de recursos, pero mientras el **costo** es aquel demandado por la obtención, la transformación, el mantenimiento o el intercambio de determinado bien o servicio, el **gasto** es aquel que si bien está vinculado con el desenvolvimiento de la organización, no lo está específicamente con alguno de los bienes que produce o los servicios que desempeña (De la Puente & Schweiger, 2008)

Un gasto, se da cuando un centro de servicios que genera productos o servicios finales, para lo cual compra materiales, medicamentos y utiliza sueldos y salarios, que contribuyen a generar un servicio o producto. En tanto que el costo es el valor que

resulta de convertir todos los insumos y materiales, en la cantidad de unidades producidas. Es decir:

Gasto/Producción: Costos unitarios

Se entiende por **costo** a todo el sacrificio económico necesario para la obtención, la transformación, el mantenimiento o el intercambio de un bien o servicio. Dentro de los mismos, los **costos directos** son aquellos atribuibles directamente a una actividad, programa o servicio de salud (Litmanovich & Geria, 2019). Los costos directos son la suma de los **materiales** (medicamentos, apósitos, vendas, descartables, etc.), **salarios** y otros gastos que suman en forma real y precisa en el costo final a imputar a una determinada patología (De la Puente & Schweiger, 2008).

En consecuencia, la diferencia entre gasto y costo, consiste en que el gasto representa la compra de bienes o la contratación de servicios durante un periodo, mientras que el costo es la utilización de dichos bienes o servicios para "producir" una consulta o egreso hospitalario (Schweiger A. , "Sistemas de Costos Hospitalarios", 2010)

Acorde a la bibliografía consultada, el **costo unitario del egreso de un paciente**, podría presentar en general, la siguiente composición:

- **Mano de obra directa:** alrededor del **60%-70%**. Se trata de las remuneraciones y cargas sociales de los profesionales tratantes (esencialmente médicos y enfermeras).
- **Materiales directos:** esencialmente medicamentos suministrados y materiales descartables (fungibles) utilizados durante la estada del paciente, cuyo monto puede representar entre el **10% y el 20%** del costo final.
- **Costos indirectos:** prácticamente el resto de los gastos en que se incurre en un hospital adquieren la categoría de "indirectos" con respecto a los productos finales y para asignarlos a los mismos deben elaborarse tasas de distribución (Schweiger A. , "Costos de Organizaciones y de Servicios de Salud", 2018). Son aquellos originados en las áreas de diagnóstico y tratamiento y de apoyo estructural del hospital. Podemos considerar entre ellos al mantenimiento de equipos, instalaciones, alumbrado, calefacción, limpieza, etc (De la Puente & Schweiger, 2008)

Por lo tanto, los costos son una herramienta útil que permite a los administradores de salud hacer un uso adecuado de los recursos. Expresan los recursos que se requieren para la producción de un bien o servicio determinado en un programa, proyecto, unidad, departamento o servicio asistencial. Permite al administrador, determinar el uso que se da a los recursos humanos, materiales y financieros en la prestación de servicios a la población (Schweiger A. , "El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina", 2003)

El producto (bien o servicio) del que se desea saber el costo se denomina objeto del costo. Los objetos de los costos se seleccionan no por ellos mismo, si no de acuerdo a su importancia para la toma de decisiones. A veces los objeto del costo, en trabajos especiales, son subproductos, como la hora de un determinado trabajo, o los días cama, o los insumos específicos requeridos. La magnitud de estos productos o subproductos, objeto de los costos, se denomina actividad o volumen.

La actividad o volumen de costos puede medirse en las siguientes unidades:

- Unidades de producto vendidas o producidas: pacientes atendidos
- Horas trabajadas
- Días cama
- Insumos consumidos

(Schweiger A. , "Sistemas de Costos Hospitalarios", 2010)

4- Metodología y técnicas a utilizar

4.1 Tipo de estudio

El presente trabajo constituye una investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal, con recolección de datos de forma retrospectiva, en el cual se describe el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate en cuanto a su infraestructura, recursos humanos, perfil epidemiológico de las atenciones brindadas y la evaluación de costos que se generan por la atención en el Servicio de Urgencias de pacientes con condición de salud *no urgente* y su incidencia en el costo total del servicio, durante el primer trimestre 2018.

El análisis de datos se realizó en dos etapas. En la primera, se recopilaron datos suministrados por el Área de Facturación, el Servicio de Farmacia y de Recursos Humanos. En la segunda etapa, se cotejaron los datos con la Dirección de Administración

y Operaciones. Posteriormente, se analizaron los datos y se seleccionó la información relevante.

4.2 Dimensiones, variables, indicadores

Identificación de variables

Las variables utilizadas para alcanzar los objetivos son:

Objetivo 1: Describir los principales diagnósticos de consulta <i>no urgente</i> del Servicio de Urgencias, considerando edad, sexo y tipo de patología, en el primer trimestre de 2018.				
Variable	Descripción operacional	Categorías	Escala	Técnica de recolección
Consultas realizadas	Total de consultas brindadas en el Servicio de Urgencias		Cuantitativa continua	SIGHEOS
Perfil epidemiológico de los pacientes		Sexo	Nominal (femenino–masculino)	SIGHEOS
		Edad	Numérica continua (años y meses)	
		Régimen de afiliación	Nominal (seguridad social, obra social, prepaga)	

Primeras 5 categorías diagnósticas de urgencias	Consultas por urgencia realizadas en el periodo de estudio	Causas más frecuentes de enfermedades	Cualitativa nominal, con categorías ordinales (los 5 niveles de la escala ESI)	SIGHEOS
Primeras 5 categorías diagnósticas de consulta <i>no urgente</i>	Consultas por urgencia realizadas en el periodo de estudio	Causas más frecuentes de enfermedades	Cualitativa nominal (categoría ordinal correspondiente al nivel 5 de la escala de ESI)	SIGHEOS

Objetivo 2 y 3: Estimar los costos del total de las consultas *no urgentes* efectuadas y su incidencia en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC, en el periodo consignado.

Variables	Descripción operacional	Técnica de recolección
Costo de las consultas en el Servicio de Urgencias	Total de costos directos de las consultas en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado	Dirección de Administración y Operaciones
Costo de las consultas <i>no urgente</i>	Total de costos directos de las consultas <i>no urgentes</i> en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado	Dirección de Administración y Operaciones
Presupuesto	Asignación presupuestaria anual	Revisión de registros de la Dirección Ejecutiva

4.3 Universo y características

La unidad de análisis está formada por los pacientes adultos y su condición de salud atendidos en el Servicio de Urgencias. La variable nominal: condición de salud *no urgente*. También se recolectaron datos de la infraestructura, recurso humano, recursos materiales y presupuesto asignado.

Los criterios de inclusión son:

- pacientes adultos, mayores de 14 años
- con condición de salud *no urgente*, correspondiente al nivel 5 en la clasificación del Índice de Gravedad de Emergencia
- aquellos que abandonan el Servicio de Urgencias antes de ser evaluados

Se excluyeron pacientes menores de 14 años y aquellos que consulten por patología obstétrica y ginecológica, por ser atendidos por médicos especialistas –pediatras, ginecólogos y licenciadas en obstetricia- con cronograma de guardia distintos del habitual y horarios reducidos. El número de casos fue de 3.922 pacientes.

Población de referencia: es la población total del estudio: todos los pacientes adultos que consultan en el Servicio de Urgencias.

Población objetivo: es aquella parte de la población afectada al estudio: pacientes adultos con condición de salud *no urgente*.

4.5 Fuentes de información y técnicas de recolección

La obtención de datos es de fuentes de información secundarias:

- Información relevada de bases de datos administrativas secundarias de alta calidad correspondientes al sistema digital de atención: historia clínica electrónica, del sistema operativo vigente SIGHEOS, –compartiendo el sistema con los otros dos centros de atención primaria en la localidad (CIC Cerro Calafate y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Dr. Formenti). Estos datos recolectados permitieron clasificar a los pacientes adultos atendidos en el Servicio de Urgencias según el “Índice de Gravedad de la Emergencia”.

- Datos proporcionados por la Dirección de Administración y Operaciones, Servicio de Urgencias, de Recursos Humanos, de Farmacia, las áreas de Facturación y Compras.

La técnica utilizada es el análisis documental. Los datos fueron almacenados en planilla electrónica en el formato Microsoft Excel para el análisis de la información recolectada. Fue utilizada la estadística descriptiva con presentación de datos en tablas y gráficos de elaboración propia con los resultados de las variables; el texto se redactó en Microsoft Word.

Se recopilaron datos de las consultas en el Servicio de Urgencias en el primer trimestre de 2018 y fueron revisadas 3.922 historias clínicas digitales. Debido a que el triage implementado en el Hospital SAMIC El Calafate, se trata de una adaptación local, no puede ser extrapolado a ninguno de los triages avalados internacionalmente debido a la falta de datos pertinentes, motivo por el cual debieron ser relevadas de manera individual cada una de las historias clínicas para ajustar de manera retrospectiva la clasificación de los pacientes según el Índice de Gravedad de la Emergencia. La lectura de las historias clínicas fue entonces imprescindible para poder individualizar y consensuar el nivel de ESI al que pertenecía cada una. La información obtenida se plasmó en un Excel diseñado específicamente para este trabajo de investigación, el cual contenía las variables de interés.

Se consideraron los costos directos del total de las consultas en el Servicio de Urgencias para luego estimar el costo correspondiente a los pacientes clasificados como *no urgentes* y posteriormente poder evaluar la incidencia del costo de estas consultas *no urgentes* en el total del costo del Servicio de Urgencias.

La estimación de los costos del Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC se realizó considerando los costos directos – honorarios del personal del Servicio de Urgencias (médicos, enfermeros, administrativos y camilleros) y el costo generado por los materiales directos (tanto insumos descartables como medicamentos). El sueldo del personal de limpieza es excluido dado que forman parte de una cooperativa. Los datos fueron suministrados por los Servicios de Urgencias, Recursos Humanos, Farmacia y Área de Compras y Facturación, y el Departamento de Administración y Operaciones del Hospital SAMIC. No se consideraron los costos indirectos o variables.

5- Desarrollo de la investigación

5.1 Caracterización del Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate

Previo a la inauguración del Hospital SAMIC El Calafate, funcionaba el Hospital José Formenti, creado en 1974, con una dotación de 3 médicos generales y 1 pediatra, y en cuanto a lo que hoy llamamos Servicio de Urgencias –en ese momento conocido como Guardia- contaba con una enfermera que evaluaba al paciente que concurría sin turno y por una patología aguda, y de considerarlo oportuno, avisaba al médico quien se hacía presente en el hospital.

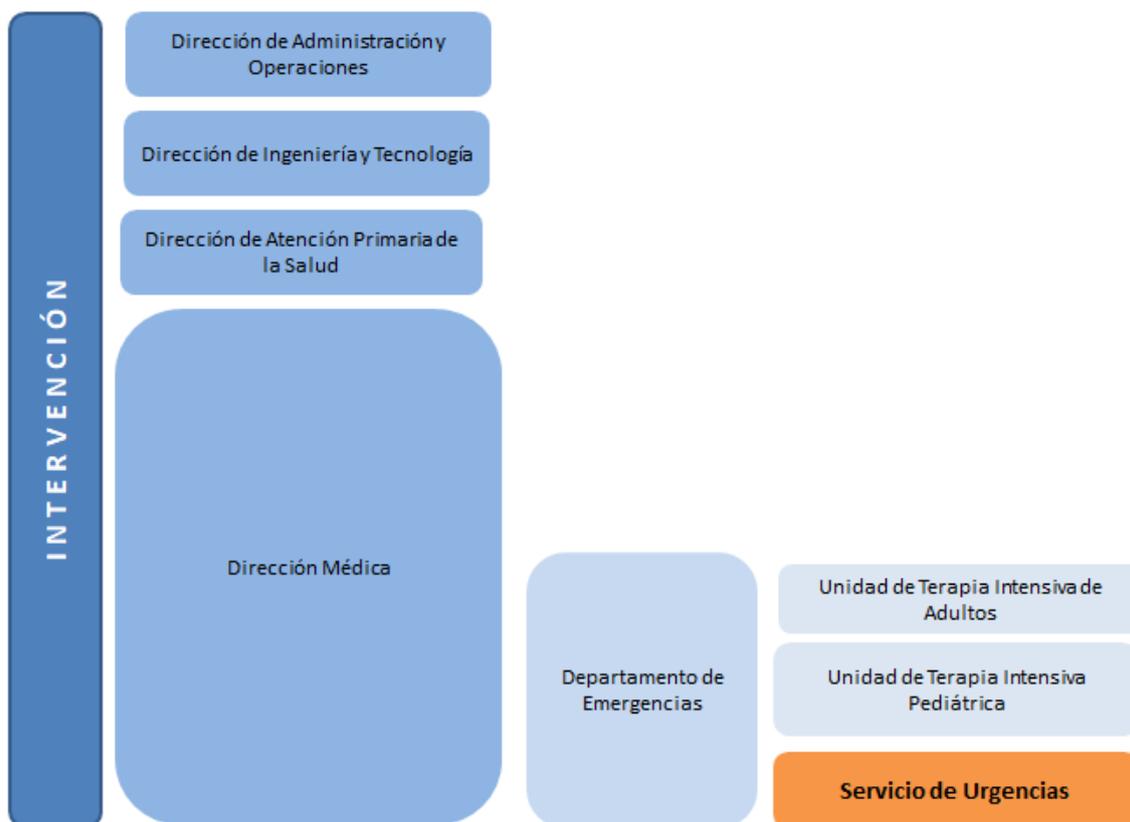
En 2015 es inaugurado el Hospital SAMIC El Calafate, y el primer servicio habilitado fue el Servicio de Urgencias, ofreciendo atención todos los días, las 24 horas. Para el momento del presente estudio, el hospital disponía de 121 médicos (101 médicos pertenecientes a planta permanente y 20 contratados), 9 de ellos con dedicación exclusiva en el Servicio de Urgencias.

El Servicio de Urgencias tiene como **misión** prestar la atención sanitaria urgente al paciente adulto, en el menor tiempo posible y con la mayor eficiencia. Esta atención urgente se realiza de forma profesional, humana y eficiente, en un entorno de calidad, intimidad, seguridad y confianza.

Se prioriza la alta complejidad y una atención cada vez más intensiva en recursos en concordancia con la aceleración de los avances tecnológicos a nivel mundial, logrando de esta manera satisfacer necesidades preexistentes y creando nuevas necesidades para mejorar el estado de salud de los individuos. Por esta razón, el sistema brinda atención de alta calidad, pero puede incurrir en costos excesivos como resultado del sobreesfuerzo, el sobretratamiento y la redundancia.

En la figura a continuación se detalla la estructura orgánica funcional del Hospital SAMIC El Calafate para el momento del estudio. Luego se describe la conformación del Servicio de Urgencias.

Figura 3. Estructura orgánica funcional. Hospital SAMIC El Calafate, 2018



*Fuente: elaboración propia.

Descripción de la infraestructura del Servicio de Urgencias

El Servicio de Urgencias cuenta con una admisión administrativa que incorpora la totalidad de las consultas todos los días, durante las 24 horas. En el Servicio de Urgencias coexisten 4 Servicios, a saber:

- Servicio de Urgencias –denominado así, aunque está destinado a la atención de adultos de manera excluyente.
- Servicio de Pediatría de Urgencias
- Servicio de Ginecología y Obstetricia de Urgencias
- Servicio de Traumatología de Urgencias

Al ingreso, los pacientes son admitidos y clasificados según su edad (pediátricos o adultos, si son menores de 14 años o mayores a esa edad, respectivamente) y patología, y de acuerdo a su gravedad, son categorizados siendo asignados con un color de triage, adecuado localmente para ser implementado por personal administrativo (ver anexo 1),

a diferencia de otras categorizaciones internacionales vigentes que son implementados por enfermeros y/o médicos, entre otras distinciones. De esta manera, son clasificados y derivados al Servicio que corresponde dentro del Servicio de Urgencias.

En relación al Servicio de Urgencias destinado a pacientes adultos, cuenta con un plantel de 9 médicos para la atención (con guardias de 12 horas c/u, 2 médicos por turno); una Jefa del Servicio de Urgencias; 3 consultorios de atención médica de adultos; un sector de prácticas médicas (para recambio de sondas vesicales, suturas de heridas, inyecciones intramusculares, entre otras), 2 habitaciones con cama y monitor para urgencias, una sala de observación con 4 camas, 1 sala de shock para emergencias médicas, sala de enfermería, sala de médicos. En cuanto a los otros 3 servicios que también forman parte del Servicio de Urgencias – Servicio de Pediatría, Servicio de Ginecología y Obstetricia y Servicio de Traumatología- éstos cuentan con: 3 consultorios destinados la atención de pacientes pediátricos, 1 consultorio para Ginecología, 1 consultorio para Traumatología, sala para médicos pediatras, sala de observación pediátrica con 4 camas y shock pediátrico, 1 sala de yesería.

Vías de acceso: entrada al Servicio de Urgencias independiente del acceso general del hospital, de esta manera no interfieren las circulaciones. Tiene acceso a la llegada de vehículos, como así también de otras áreas del hospital. La ubicación del servicio esta diferenciada del resto del hospital.

Área de Admisión de Urgencias: se ubica próxima al ingreso de pacientes tanto ambulatorios como aquellos que ingresan en ambulancia. Registra datos del paciente – información personal, hora de llegada, valida si está activo en algún plan de salud- y el motivo de consulta. Asimismo, a través de un breve interrogatorio asistido, basado en el motivo de consulta, categoriza al paciente con un color según la urgencia (Anexo 1). Este sistema de triage es una adaptación local del Triage Pentapolar a los motivos de consultas más habituales del hospital, atribuyendo un color que se define en término de tiempo máximo para el primer contacto con el médico. Por tratarse de un sistema modificado y utilizado de esta manera en El Calafate (anexo 1).

Esta área también se encarga de las comunicaciones entrantes y salientes que se realizan a través de la línea telefónica 107 y radiales. Está equipada con las conexiones de comunicaciones e informáticas necesarias.

Sala de espera: ubicada próxima al área de admisión. Es confortable, cálida, con espacio suficiente para 25 personas sentadas.

Sala de Reanimación/ Shock room: allí se realiza la atención inmediata de los pacientes con emergencias médicas (politraumas, traumatismo severo, descompensaciones cardiovasculares u otras). Está equipado con la aparatología necesaria para la reanimación y estabilización del paciente crítico.

Consultorios de atención: son utilizados para la atención médica de pacientes que no presentan emergencia médica. Para la atención de adultos, exceptuando pacientes con patología ginecológica o traumatológica –ya que disponen de consultorios específicos- , se cuenta con 3 consultorios.

Sala de observación: pacientes que deben permanecer varias horas en el área de emergencias a fin de controlar su evolución, o a la espera de resultado de imágenes o laboratorio, o una decisión de internación o intervención quirúrgica. Esta sala cuenta con 4 camas.

Habitaciones de aislamiento: se trata de 2 habitaciones con cama y monitor para pacientes que debido a su condición de salud deben ser derivados a Terapia Intensiva o Sala de internación, pero que dichos servicios no cuentan con disponibilidad para recibirlo.

5.2 Triage en el Servicio de Urgencias

Existe consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implementación de un sistema de triage estructurado en los cuartos de urgencias. Actualmente, todo sistema de triage estructurado está basado en una escala de 5 niveles, con suficiente grado de validación científica que garantice su fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad.

El término triage proviene de la palabra francesa trier que significa separar, clasificar. Desde que este término comenzó a utilizarse en las batallas napoleónicas persiste como concepto de clasificación o priorización de la atención urgente de pacientes según criterios de gravedad.

En el ámbito hospitalario, se utiliza para referirse al proceso de evaluación clínica preliminar que clasifica a los pacientes, asignándoles un orden de atención, antes de la

valoración diagnóstica y terapéutica completa, en virtud de la severidad de su patología y desde el punto de vista clínico, con el fin de asignar la prioridad de la atención para aquellas revestidas de gravedad que amenazan la vida del paciente, y se da espacio para que esperen en la sala los pacientes que necesitan atención, pero cuya condición no amenaza la vida en los siguientes minutos.

Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triage:

- La Escala canadiense de triage y urgencia para los cuartos de urgencias: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), introducida por la Asociación Canadiense de Médicos de Urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la National Triage Scale (NTS) de Australia como referente.
- La escala australiana de triage (ATS): se utiliza de forma generalizada en Australia, pero no sólo como un sistema de triage sino que se utiliza también para medir el rendimiento de los servicios de urgencias, las necesidades de recursos económicos y para determinar la calidad de la atención. Es una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela.
- El Sistema de triage de Manchester: Manchester Triage System (MTS), introducido por el Grupo de triage de Manchester en 1996.
- El Índice de Gravedad de Emergencias de 5 niveles de triage: Emergency Severity Index 5 level triage (ESI), desarrollado en los Estados Unidos, en 1999.
- El Modelo andorrano de triage: Model Andorrà de Triatge (MAT).
(Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Todas estas escalas tienen en común que están formadas por cinco niveles de priorización de urgencia y se basan en las necesidades de cuidados, categorías sintomáticas y motivos de consulta. Además, en todas ellas se establece la reevaluación del paciente que ha superado el tiempo de espera marcado por la escala, valorando de nuevo su estado de salud y estableciendo el nivel de prioridad correspondiente.

Acorde a lo que sucede a nivel mundial, en el Hospital SAMIC El Calafate se ha incrementado la demanda en el Servicio de Urgencias, llevando a la necesidad de modificar la organización de la asistencia, con el fin de facilitar la igualdad de acceso. Así surgió un protocolo inicial para identificar a los pacientes que requieren atención inmediata y reconociendo aquellos que pueden esperar de manera segura. Se trata de una adaptación local del triage Pentapolar. Este último, clasifica a los pacientes en cinco colores según tipo de urgencia: rojo (resucitación), naranja (emergencia), amarillo

(urgencia), verde (urgencia menor) y azul (sin urgencia). En la versión de triage adaptada localmente, a los pacientes se les asigna uno de los tres colores –Verde, Amarillo o Rojo- dependiendo el grado de urgencia de los síntomas y asociándolo a un tiempo de espera. Este protocolo inicial de pacientes es realizado por administrativos del Servicio de Urgencias y estandariza motivos de consulta en 14 categorías sintomáticas. Entendiendo por categoría sintomática a la estructura sindrómica que vincula una serie de motivos clínicos de consulta. Cada una de estas categorías se subdivide en tres colores, de acuerdo a la gravedad sintomática, en Verde, Amarillo y Rojo.

Figura 4. Representación gráfica del algoritmo de admisión de pacientes que consultan en el Servicio de Urgencias.



Fuente: Elaboración propia.

Esta figura demuestra cómo es la distribución de los pacientes; es decir una vez que el paciente ingresa al Servicio de Urgencias por sus propios medios, se lo interroga en el área de Admisión y se clasifica de acuerdo al color de triage; si en cambio ingresa traído por ambulancia, es clasificado como código rojo y es trasladado directamente al shock room para su evaluación.

En esta investigación se optó por utilizar un triage validado internacionalmente como el ESI, que como fue mencionado anteriormente, para su aplicación fue necesario evaluar cada una de las historias clínicas para con los datos allí vertidos poder asignar un nivel

al paciente según lo indica esta clasificación. Por lo tanto, en base al motivo de consulta y a lo necesario para su resolución, es que se otorgó un nivel, y en relación a ese nivel es que se obtuvo la cantidad de pacientes que consultaron y la categoría de urgencia.

Aquellos pacientes cuya evaluación de la historia clínica indicaba que correspondían a nivel 5 de la clasificación ESI –por resolver su consulta con la evaluación médica únicamente- fueron considerados *no urgentes*, quedando así definido el objeto de esta investigación. El resto de los pacientes fueron asignados con los niveles del 1 al 4 según la cantidad de estudios complementarios solicitados y el tratamiento indicado.

Respecto a la actuación médica, es importante precisar que no existe un protocolo de práctica clínica médica en relación al diagnóstico. Esto quiere decir que frente a una misma situación clínica, puede suceder que dependiendo del médico tratante crea oportuna o no la solicitud de determinado estudio complementario, y dependiendo de la utilización de recursos es que se considera el nivel de ESI. El presente estudio no valora el criterio médico.

En relación a los resultados obtenidos, según el nivel de ESI, el 43,68% pertenece al nivel 5, correspondiente a los pacientes con condición de salud *no urgente*, seguidas por las que corresponden al nivel 4 de la clasificación ESI en un 42,38%, luego nivel 3 con un 10,99%, nivel 2 con un 2,88% y finalmente nivel 1 representado por un 0,05%.

5.3 Análisis de las categorías diagnósticas en el Servicio de Urgencias

El conocimiento de los diagnósticos más habituales en el Servicio de Urgencias permite, entre otras cosas, asignar recursos en cantidad y calidad conforme a las necesidades de la población y adecuar la respuesta del sistema sanitario con el objetivo de implementar las correcciones necesarias para ofrecer un mejor servicio de salud.

El motivo de consulta consiste en la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria. El médico evalúa al paciente mediante anamnesis, examen físico y determina la necesidad o no de algún estudio complementario para arribar al diagnóstico que al finalizar la consulta es registrado en la historia clínica, utilizando la clasificación CIE 10, que permite clasificar las afecciones de salud, registrarlas sistemáticamente, analizarlas e interpretarlas. Los problemas de salud se dividieron en 16 categorías, de las cuales 13 pertenecen a sistemas y 3 a grupos específicos de diagnósticos. Los sistemas están

representados por afecciones de un aparato anatómico: Respiratorio, Gastrointestinal, Músculo-esquelético, Piel, Cardiovascular, Metabólico, Cirugía, Otorrinolaringología, Salud Mental-Adicciones, Urinario, Neurológico, Odontológico, Oftalmológico y los 3 grupos específicos: Recetas, Control clínico de pacientes traídos por personal policial y Ausente.

En la siguiente tabla se muestran las 5 categorías en que fueron divididos los motivos de consulta de pacientes con condición de salud *no urgente* de mayor a menor frecuencia.

Tabla 7. Principales diagnósticos de consulta de pacientes con condición de salud *no urgente*, en el Servicio de Urgencias, Hospital SAMIC El Calafate. Primer trimestre 2018.

Categorías Diagnósticas	Pacientes con condición de salud <i>no urgente</i>	Part % sobre total
Respiratorio	459	26,80%
Gastrointestinal	297	17,34%
Músculo esquelético	245	14,30%
Recetas	156	9,11%
Piel	139	8,11%
Sub Total	1.296	75.66%
Otros (13 diagnósticos)	417	24,34%

TOTAL DIAGNÓSTICOS	1.713	100,00%
-------------------------------	--------------	----------------

Las enfermedades respiratorias agudas ocupan el primer lugar dentro de los motivos de consulta prevalentes en el Servicio de Urgencias, es decir, resfríos, faringitis, crisis asmática con indicación de tratamiento ambulatorio, sinusitis, neumonía con diagnóstico clínico, suponen el 26,80% de las consultas por motivos *no urgentes*. Los procesos gastrointestinales como dolor abdominal, diarrea, dispepsia, vómitos suponen el 17,34%.

Una categoría que es importante destacar es la de "Recetas" que para ambos sexos predomina en el grupo etario de 35 a 64 años, conclusión que discrepa con el dato ya conocido de que son los mayores de 65 años quienes más recetas solicitan. Si bien llama la atención que no sea este último grupo etario el que prevalezca en estas consultas, hay que tener en cuenta dos cuestiones. La primera tiene que ver con el que el grupo etario de 65 años y más es el más pequeño en términos de población, lo que se refleja al tratarse del grupo con menor cantidad de consultas. Lo segundo, es que los pacientes con la obra social PAMI cuentan con recetas confeccionadas mensualmente de manera automática, sin necesidad de concurrir a consulta médica para la realización de las mismas. Para el resto de los adultos que tienen otras obras sociales, los afiliados también cuentan con facilidades para obtenerlas sin que ello implique una consulta médica. Esta característica podría explicar un menor uso del Servicio de Urgencias por parte de los adultos mayores, en relación a los demás grupos etarios, para la categoría "Recetas", si bien se sabe que es el grupo que más demanda tiene por dicho motivo.

Los procesos osteomusculares, es decir, lumbalgia, esguince, tendinitis, heridas suponen el 14,30%. En menor porcentaje las afecciones de piel como urticarias, reacciones alérgicas, celulitis. Y por último recetas que suponen un 8,11%.

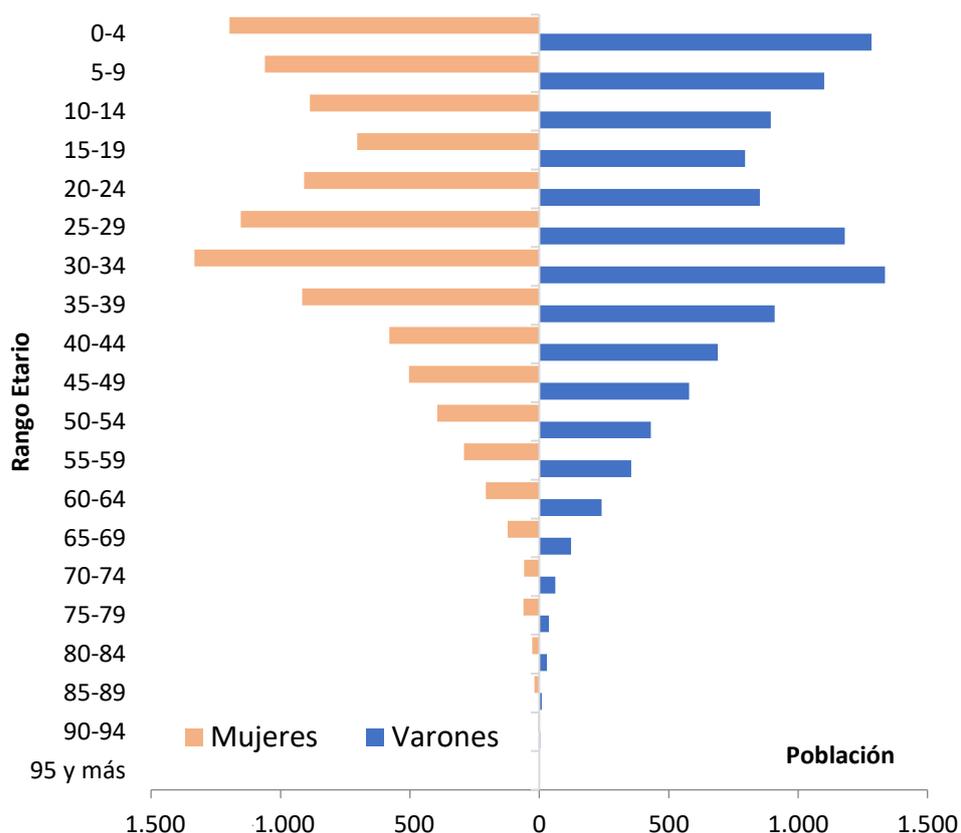
Es posible concluir, entonces, que, en todas las categorías diagnósticas mencionadas previamente, el grupo etario que detenta mayor participación corresponde a pacientes de 15 a 34 años a excepción de la categoría "Recetas" dada por pacientes de 35 a 64 años.

5.4 Perfil epidemiológico del Servicio de Urgencias

El perfil epidemiológico expresa la carga de enfermedad (el estado de salud) que padece la población que asiste, en nuestro caso, al Servicio de Urgencias, y para su descripción se requiere del análisis de la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

De acuerdo a estimaciones del INDEC, la población de Lago Argentino creció 49,5% en 2018, en relación a 2010 (www.indec.gov.ar), y bajo el supuesto de que todos los grupos etarios crecieron por igual es que se diseña la siguiente pirámide poblacional del año 2018.

Figura 5. Pirámide de Población según rango etario. El Calafate. Año 2018.



Fuente: INDEC.

La Pirámide de Población de El Calafate permite conocer la representación de la estructura demográfica de la población; está formada por dos ejes, el de las ordenadas donde se disponen las edades con intervalos quinquenales y el de las abscisas formadas las variables de población según sexo: mujeres y varones; a la izquierda se ubica la información de las mujeres y a la derecha la de los varones.

Se trata de una pirámide progresiva que se estrecha rápidamente, que permite identificar una mayoría de población joven, con alta proporción de niños, adolescentes y adultos jóvenes, y baja en adultos mayores y ancianos. La distribución por edad es la característica de una población donde los nacimientos aumentan anualmente a un fuerte ritmo. Esta alta natalidad de El Calafate, se ha traducido en una elevada proporción de la población en edades infantiles y jóvenes. Hay que nombrar en su estructura a los procesos migratorios procedentes de otras provincias de Argentina y en menor medida de países limítrofes, principalmente de Chile por su cercanía, acelerándose desde 2003 a la actualidad, aunque hoy día de manera atenuada. Fue a partir de ese año que se produjo de manera constante un incremento de la población urbana, sobre todo de personas provenientes de distintas provincias del país, atraídos por las oportunidades laborales y con la consecuente mejora en su calidad de vida. De este grupo depende la capacidad reproductiva. En El Calafate hay una etapa de gran crecimiento económico que comenzó en 1990 hasta 2010, en la cual se consolidó y desarrolló el turismo, con una significativa evolución en los años posteriores.

Según estimaciones del INDEC, la población en el departamento Lago Argentino para el año 2018 fue de 28.245 y específicamente, según estimaciones propias, en El Calafate en mismo año fue de 21.335. El grupo etario de mayor prevalencia corresponde a personas entre 15 y 34 años, con un porcentaje mayor de varones en relación a mujeres (INDEC. Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010).

De esta manera, se puede concluir que el grupo etario con mayor número de consultas en el Servicio de Urgencias, se corresponde con su mayor representatividad en la pirámide poblacional del área geográfica evaluada.

En los siguientes párrafos se describirán los datos obtenidos en relación a la población total de El Calafate y el número de consultas *no urgentes* que son las que nos interesan en este trabajo.

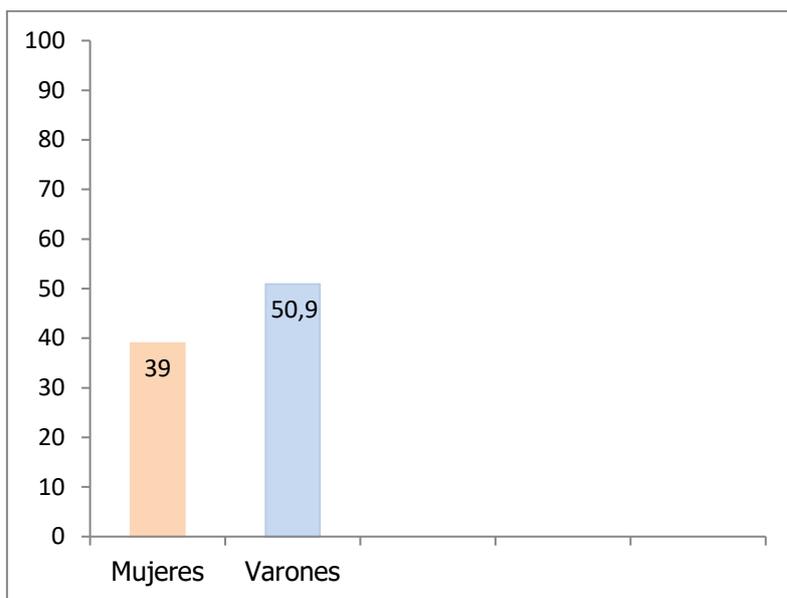
Tabla 8. Pacientes de las consultas *no urgentes* en relación a la población total según género. Primer trimestre 2018.

Sexo	Población El Calafate (Año 2018)	Pacientes de las Consultas <i>no urgentes</i>	% Pacientes de las Consultas <i>no urgentes</i> en la Población
Varón	10.905	755	6,9%
Mujer	10.431	958	9,2%
Total	21.335	1.713	8,0%

Fuente: Hospital SAMIC e INDEC

En la tabla 8 puede observarse una mayor demanda en consultas *no urgentes* de la población femenina, en el Servicio de Urgencias, en donde la participación de las pacientes en relación a la población total femenina fue de 9,2% en el primer trimestre de 2018. Este mismo resultado se mantiene constante al analizar los diferentes grupos etarios y podría deberse a la situación de las mujeres en el mercado laboral. Por este motivo se evaluaron datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del primer trimestre de 2018, con una muestra representativa de la población de los aglomerados urbanos seleccionados de acuerdo al presente estudio y se evaluaron indicadores sociales permitiendo el análisis socio-laboral. En este caso se tuvieron en consideración tres jurisdicciones, a saber: total del país (31 aglomerados), Patagonia (región 44) y Rio Gallegos (aglomerado 20); este último es un indicador representativo de la población urbana de la provincia de Santa Cruz y es una referencia de El Calafate. A continuación, se presentan los datos del aglomerado Rio Gallegos.

Tabla 9. Tasa de actividad. Aglomerado Río Gallegos. Primer trimestre de 2018



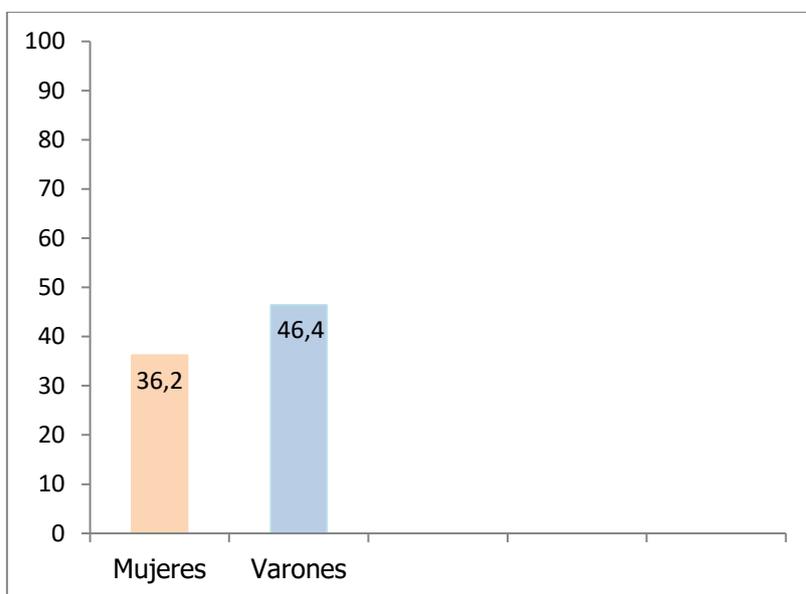
Brecha

11,9

puntos
porcentuales

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Primer trimestre de 2018

Tabla 10. Tasa de empleo. Aglomerado Río Gallegos. Primer trimestre de 2018



Brecha

10,2

puntos
porcentuales

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Primer trimestre de 2018

En las tablas precedentes se exponen datos obtenidos de la Encuesta Permanente de Hogares, con datos correspondientes al primer trimestre de 2018. Conociendo las poblaciones fue posible obtener las tasas del mercado laboral que implican la *tasa de actividad* (es la población activa, está formada por la población con empleo y desocupada), esta tasa muestra la fuerza laboral de determinada jurisdicción, la *tasa de empleo* (permite conocer el empleo en relación a la población total hay en un lugar). Así es como se obtiene una brecha de la *tasa de actividad y empleo* entre mujeres y varones alta, siendo de 11,9 puntos porcentuales para la *tasa de actividad*, lo que significa que dentro de la tasa laboral son los varones los que en su mayoría se vuelcan al mismo; mientras que en lo que refiere al empleo, las mujeres participan menos en el mundo laboral con una brecha de la *tasa de empleo* de 10,2 puntos porcentuales, y podría deberse a mayor responsabilidad en tareas domésticas y de cuidado de niñas y niños al interior del hogar, contando con una flexibilidad horaria mayor, mientras que los varones inmersos en una cultura laboral más rígida deben dar cuenta de su motivo de ausentismo.

Tabla 11. Situación del mercado laboral según género y rango etario. Aglomerado Rio Gallegos. Primer trimestre 2018.

Rango etario	Población Total		Población Activa		Población Ocupada		Tasa Actividad		Tasa Empleo	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0-14	12.461	12.921					0%	0%		
15-34	16.512	17.701	10.463	9.098	8.872	7.835	63,4%	51,4%	53,7%	44,3%
35-64	20.369	22.623	16.889	14.160	15.980	13.702	82,9%	62,6%	78,5%	60,6%
65 y más	5.906	6.787	970	551	970	551	16,42%	8,1%	16,42%	8,1%
Total	55.627	61.031	28.322	23.809	25.822	22.088	50,9%	39,0%	46,4%	36,2%

Fuente: INDEC

Teniendo en cuenta los datos proporcionados por la Encuesta Permanente de Hogares, también es posible conocer la distribución de la población activa, ocupada y las tasas de

actividad y empleo según edad y género. De esta manera es posible concluir que en el grupo de 35 a 64 la participación en el mercado laboral es muy alta y sobrepasa la brecha entre varones y mujeres, donde los primeros detentan tasas que superan casi en 20 puntos porcentuales a la participación de las mujeres.

Tabla 12. Participación % de los Pacientes de consultas *no urgentes* en la Población Total según Rango Etario en el Servicio de Urgencias, durante el Primer Trimestre de 2018.

Rango etario	Población de El Calafate (Año 2018)	Pacientes de consultas <i>no urgentes</i>	% de Participación de Pacientes en Consultas <i>no urgentes</i> en la Población
15 a 34 años	8.261	899	10,9%
35 a 64 años	6.096	713	11,7%
65 y más	559	101	18,1%
Total	21.335	1713	8%

Fuente: Hospital SAMIC e INDEC

De la tabla 12 se desprende que el grupo de 15 a 34 años es el que detenta mayor cantidad de consultas *no urgentes* en el Servicio de Urgencias en el periodo estudiado, lo que coincide con mayor representatividad en términos de población y podría deberse a que es la población con menor cobertura de salud (obra social o prepaga), y por lo tanto no cuentan con atención médica regular, ni con actividades concretas de promoción y prevención de la salud que incentivan a los controles médicos habituales; a su vez los pacientes de entre 15 y 34 años poseen factores de riesgo pero no

enfermedades que repercutan y afecten en las actividades cotidianas, por lo que no tienen un médico de cabecera al cual poder recurrir en situaciones que requieren atención de salud espontánea.

La tabla a continuación describe lo anteriormente mencionado, explicitando que el rango etario que genera mayores consultas *no urgentes* es la población con menor cobertura en salud.

Tabla 13. Cobertura de salud de la población según rango etario. Aglomerado Rio Gallegos. Primer trimestre 2018.

Cobertura de salud	Rango Etario					Total
	Valores perdidos	0-14	15-34	35-64	65 y más	
Obra social (incluye PAMI)	1.143	19.416	24.061	35.492	11.562	91.674
Mutual / Prepaga / Servicio de emergencia	-	-	291	-	-	291
Planes y seguros públicos	-	1.483	2.393	1.713	422	6.011
No paga ni le descuentan	235	2.633	6.180	3.545	-	12.593
Ns./Nr.	-	95	-	281	-	376
Obra social y mutual 7 prepaga / servicio de emergencia	-	1.755	1.288	1.961	709	5.713
Total	1.378	25.382	34.213	42.992	12.693	116.658
No paga ni le descuentan / Total (En%)	17,1%	10,4%	18,1%	8,2%	0,0%	10,8%

De esta forma, se observa que dentro del rango 15 a 34 años, los que no pagan obra social ni le descuentan explican el 18,1% de su rango, mientras que en la población total del aglomerado ese porcentaje es 10,8%.

Otra explicación se debería al hecho de que representan población ocupada, que son personas que tienen empleo y que tal como se mencionó anteriormente se conoce que la tasa de empleo es elevada, más aún para los varones, y por tanto necesitan un certificado médico para justificar el ausentismo laboral, ya que si bien se trata de patologías banales deben guardar reposo por el riesgo de contagio y/o no estar en condiciones físicas óptimas para trabajar y por otro lado el presentismo (se trata de asistencia laboral o ausentismo justificado) tiene una traducción monetaria.

Al relacionar las consultas *no urgentes* y la población para ese mismo rango etario, allí los resultados muestran una relación más alta para los mayores de 65 años (18,1%) que para las personas entre 15 y 34 años (10,9%). En conclusión, los adultos mayores de 65 años son quienes realizan más consultas *no urgentes*, en términos de los adultos mayores de El Calafate.

Las personas mayores de 65 años representan el 4,7% del total de la población de El Calafate. A su vez, en el periodo estudiado tuvieron un total de 382 consultas, y de ellas 101 consultas fueron *no urgentes*. Este dato confirma el hecho ya conocido de que los adultos mayores son quienes tienen una mayor existencia de patologías en relación a la edad y el grupo etario que genera mayor consumo de recursos sanitarios (tiempo y medios materiales), por lo tanto su atención es más cara. La mayor cantidad de consultas *no urgentes* en relación a la población para este grupo etario, podría explicarse por la poca disponibilidad en la ciudad El Calafate para poder realizar consultas espontáneas, –o sea sin turno previo-, pero que requieren atención médica, fuera del ámbito público, aun cuando es el grupo que en su mayoría cuenta con cobertura en salud. A su vez, se sabe que es el grupo etario más vulnerable en cuanto a salud y por lo tanto cualquier síntoma no debe ser desestimado, por más banal que impresione. Otra posible explicación de estas consultas innecesarias en el Servicio de Urgencias, podría deberse a la inexistencia de soporte de atención domiciliaria.

A modo de conclusión en cuanto a la relación entre edad y consultas, podemos entonces mencionar que el grupo etario entre 15 y 34 años es el que generó mayor número de consultas en el Servicio de Urgencias (1.844 consultas, que implicaron el 47% de las consultas en el primer trimestre 2018), y que este dato se corresponde con su mayor

representatividad en términos poblacionales. Si consideramos las consultas *no urgentes*, se arriba a la misma conclusión.

Por lo tanto, la relación entre edad y consultas en el Servicio de Urgencias, alcanzó su punto máximo en los adultos jóvenes (15 a 34 años) en relación al total de la población. Después de esta edad, el número de consultas fue en constante disminución. A su vez, el 30% de la población tenía menos de 15 años, no formando parte del presente análisis estadístico.

Las **horas con mayor afluencia**, tanto para consultas urgentes como *no urgentes*, fueron las correspondientes al turno matutino, de 8 am a 16 pm, y fueron más bajas entre la medianoche y las 8 am. Esta prevalencia de consultas en el horario matutino en contraposición al turno nocturno, podría deberse a que las categorías diagnósticas obtenidas en el estudio, tanto de consultas *no urgentes* como urgentes, y aun dentro de estas últimas, en su mayoría no son percibidas por el paciente como riesgo inminente de vida, no afectando por lo tanto el ciclo sueño vigilia. Además, este resultado podría deberse a una insuficiente cantidad de consultorios externos, cuyos turnos se dan a partir de las 8 am y por orden de llegada, para su atención el mismo día, por lo cual los pacientes al no conseguir turno disponible en este servicio, terminan debiendo ser asistidos en el Servicio de Urgencias.

El **número de consultas diarias** al Servicio de Urgencias, fue significativamente mayor los lunes, seguida por los miércoles, teniendo una disminución importante el sábado y finalmente el domingo es el día que se reciben menos consultas. Se podría especular que esta mayor cantidad de visitas los lunes se debería a que pacientes que se enferman el fin de semana esperan este día para solicitar turno por consultorio externo, y que al no encontrar disponibilidad serían derivados al Servicio de Urgencias; otros intentan no ir a trabajar y acuden para solicitar una justificación.

Para interpretar adecuadamente la relación entre pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias y su **régimen de afiliación** es preciso remarcar que el Hospital SAMIC El Calafate, por tratarse de un hospital público, es un establecimiento que presta servicio médico-asistencial garantizando el derecho a la salud integral a todas las personas y también a través de su presupuesto se hace cargo de los gastos producidos para otorgar esa prestación; brinda cobertura fundamentalmente a los grupos de menores ingresos sin cobertura, de la Seguridad Social o del sector Privado y a aquellos que si bien están cubiertos tienen limitaciones de acceso por razones económicas y geográficas (González

García & Tobar, Salud Para Los Argentinos, 2004). Por lo tanto, asegura la accesibilidad al sistema y a la atención de la salud a los tres sectores de salud:

- Sector Público: que incluye los programas y planes estatales de salud, como lo es el Plan SUMAR e Incluir Salud –ex PROFE.
- Sector Privado: abarca las Empresas de Medicina Prepaga. Incluye trabajadores asalariados, monotributistas e independientes que derivan sus aportes a través de obras sociales con convenios, también a aquellas personas que contratan voluntariamente seguros privados y quienes están cubiertos en situaciones particulares por empresas aseguradoras (ART, Compañías de Seguros)
- Sector de la Seguridad Social: Obras Sociales Provinciales –en nuestra investigación corresponde a la Caja de Servicios Sociales –**CSS**–: incluye a agentes de cualquiera de los Organismos de los tres Poderes del Estado Provincial, ya sean que estén en situación permanente, contratados, jubilados, pensionados, veteranos de Malvinas y sus adherentes; afiliados al Programa Atención Médica Integral (**PAMI**); trabajadores asalariados, monotributistas e independientes (Obras Sociales Sindicales y del Personal de Dirección, tal el caso de Unión Personal –**UP**–) y otros trabajadores alcanzados por Leyes Especiales (por ejemplo, **IOSFA** es la obra social de la Armada).

Por otra parte, están los pacientes que no contaban con ninguna cobertura médica al momento de la investigación. Dentro de este grupo quedan incluidos pacientes sin ningún régimen de afiliación y aquellos turistas que recibieron atención pero que a posteriori debieron tramitar de manera personal el reembolso por parte de su seguro médico, en caso de contar con el mismo.

Tabla 14. Comparación de pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate, según su condición de salud y cobertura de salud. Primer trimestre 2018.

Cobertura de salud	Pacientes con condición de salud urgente	Part % sobre el Total	Pacientes con condición de salud <i>no urgente</i>	Part % sobre el Total
Sin cobertura de salud	468	21,2%	298	17,4%
Sector Público	852	38,6%	402	23,5%
Sector Privado	433	19,6%	437	25,5%
Sector de la Seguridad Social	456	20,6%	576	33,6%
Total	2.209	100,0%	1.713	100,0%

La tabla anterior permite analizar la cobertura en salud de los dos grupos en que fueron divididos los pacientes según su condición de salud: urgentes y *no urgentes*.

Analizando los datos de la tabla 14, sabemos que la mayor cantidad de pacientes asistidos en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate, durante el primer trimestre de 2018, fue generada por pacientes con régimen de afiliación, ya sea perteneciente al sector de la Seguridad Social ó al Sector Privado. A esta misma conclusión se arriba si se tienen en cuenta pacientes con condición de salud *no urgente*.

Los pacientes pertenecientes al Sector Público pueden recibir atención gratuita en el Hospital SAMIC y los otros dos efectores públicos –Centros de Atención Primaria-. Las tres instituciones cuentan con un número reducido de consultorios externos destinados a atenciones generadas de manera espontánea. Como se mencionó anteriormente, son escasas e insuficientes para cubrir la totalidad de esta demanda generada a diario. Tras completarse el cupo de estas consultas por demanda espontánea, los pacientes restantes son derivados al Servicio de Urgencias para su atención.

En cuanto a pacientes pertenecientes al Sector de la Seguridad Social, cabe diferenciar entre ellos a los afiliados a la Caja de Servicios Sociales –obra social provincial-, dado que carecen de atención espontánea en consultorios médicos privados, por caducidad y no renovación del convenio. Por lo tanto, este grupo, cuenta únicamente con atención espontánea ofrecida por el Sector Público.

A su vez, la atención de pacientes con algún tipo de cobertura médica, ya sea de otra obra social distinta a la provincial o medicina prepaga, tienen la posibilidad de recibir atención programada en consultorios privados, pero las consultas espontáneas son muy limitadas. Por lo tanto, también muchos de estos pacientes deben recurrir al Sector Público para este tipo de consultas.

Poniendo en números las características anteriores, es posible determinar que el Sector de la Seguridad Social, representa el 33,6%; la mayoría de estas consultas fueron generadas por pacientes que cuentan con la obra social provincial –Caja de Servicios Sociales- (22,1%), y menor cantidad consultas de pacientes afiliados a PAMI (7,4%), a la obra social de la Armada –IOSFA- (0,3%) y afiliados a Unión Personal (3,8%). El sector Privado representa 26,4% del total de estas consultas. Y el 40,0% restante de las consultas está representado por pacientes del Sector Público (19,1% sin cobertura de salud y 20,9% con Plan SUMAR).

5.5 Presupuesto Hospital SAMIC El Calafate 2018

Para conocer y evaluar el presupuesto del Hospital SAMIC El Calafate destinado al Servicio de Urgencias, y más específicamente a la atención de pacientes con condición de salud *no urgente*, es importante antes hacer algunas consideraciones generales y relevantes acerca del presupuesto como instrumento que permite asignar recursos financieros y responsabilidades.

El presupuesto es un instrumento de gestión imprescindible, de uso cotidiano que proporciona información sobre los recursos económicos que se prevén utilizar y que permite, además, hacer un seguimiento económico de cómo se están empleando esos recursos (De la Puente & Schweiger, 2008).

El Informe Anual del Presupuesto 2018 permite evaluar los montos de dinero asignados al financiamiento del Hospital SAMIC El Calafate y obtener datos del año 2018, para la producción de bienes y servicios. Dicho presupuesto guarda conformidad con el plan financiero, el plan de inversiones y la planificación económica.

Este Informe y la contabilidad existente al momento de la investigación, no están diseñados para determinar el costo del Servicio de Urgencias y sus prestaciones. Por este motivo es que se sumaron datos obtenidos de la Dirección de Administración que permitieron analizar el servicio en estudio.

Durante todo el año 2018, el hospital contó con 500 empleados.

Tabla 15. Distribución de los empleados según régimen de contratación. Hospital SAMIC El Calafate. Año 2018

Empleado	PLANTA	CONTRATO	TOTAL 2018
Conducción	5	0	5
Médicos	101	20	121
Otros profesionales	74	3	77
Técnicos	33	5	38
Administrativos	72	15	87
Auxiliares	47	20	67
Operarios	5	5	10
Enfermeras auxiliares	9	0	9
Enfermeras profesionales	48	16	64
Licenciados en enfermería	22	0	22
TOTAL	416	84	500

5.6 Costos directos implicados en el Servicio de Urgencias

La estructura de costos permite observar los grandes rubros de gastos atribuibles al Servicio de Urgencias.

Tal como ya fue descripto en el apartado 3.7, los costos en salud se dividen en directos e indirectos. En el presente estudio nos centramos en los costos directos, que se detallan en la siguiente tabla.

Tabla N°16: Costos directos del Servicio de Urgencias

COSTOS DIRECTOS	Salarios/ Gastos
MANO DE OBRA DIRECTA (60-70%)	Médicos
	Enfermeros
	Administrativos
	Choferes de ambulancia
	Camilleros
MATERIALES DIRECTOS (10-20%)	Descartables
	Medicamentos

Fuente: Elaboración propia

De esta manera se visualizan los porcentajes de cada rubro de costos directos del Servicio de Urgencias, a saber, mano de obra directa y materiales directos. A continuación, se describe cada uno de ellos.

5.6.1 Costos Directos de las consultas de pacientes con condición de salud *no urgente* en el Servicio de Urgencias

Tabla 17: Costos directos de las consultas en el Servicio de Urgencias Hospital SAMIC El Calafate.

COSTOS DIRECTOS	Salarios/ Gastos	Costos Directos del Servicio de Urgencias	Costos Directos generados por la atención de pacientes <i>no urgentes</i>
MANO DE OBRA DIRECTA (60-70%)	Médicos	X	X
	Enfermeros	X	X
	Administrativos	X	X
	Choferes de ambulancia	X	
	Camilleros	X	
MATERIALES DIRECTOS (10-20%)	Descartables	X	
	Medicamentos	X	

Fuente: elaboración propia

Para obtener el costo directo de las consultas generadas en el Servicio de Urgencias tanto para los pacientes con condición de salud urgente como para pacientes con condición de salud *no urgente*, se consideró la variable:

- Mano de obra directa: médicos, enfermeros, administrativos, choferes de ambulancia, camilleros.

A su vez, para aquellas consultas de pacientes con condición de salud urgente, se agregó al costo de la mano de obra, los materiales directos. Por lo tanto, se usaron las variables:

- Mano de obra directa: médicos, enfermeros y administrativos
- Materiales directos: descartables y medicamentos

5.6.2 Recurso humano del Servicio de Urgencias

Dado que el estudio se centra en conocer los esfuerzos económicos que demanda la atención de pacientes en el Servicio de Urgencias, a continuación se detalla el personal que brinda servicios en esta área de manera exclusiva.

Tabla 18. Dotación de recursos humanos en el Servicio de Urgencias.

Función	Cantidad de funcionarios
Enfermería	15
Médicos	9
Administrativos	13
Camilleros	7
Choferes de ambulancia	10
TOTAL	54

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Hospital SAMIC El Calafate

A través de la tabla precedente es posible conocer la cantidad de personas abocadas al servicio en estudio.

En cuanto a los médicos, éstos pertenecen al Servicio de Urgencias dependiente de la Dirección Médica, con un Jefe de Servicio de Urgencias y un Jefe de Departamento de Emergencias. En total son 9 médicos con dedicación exclusiva en este servicio, que realizan turnos rotativos de 12 horas (de 8 am a 20 pm y de 20 pm a 8 am del día siguiente). La distribución de horarios es de 2 médicos de 8 a 20 hs y 1 médico de 20 a 8 hs.

El Servicio de Enfermería de Urgencias depende del Departamento de Enfermería y éste a su vez de la Dirección Médica, contando con 15 enfermeros, distribuidos diariamente en turnos de 8 horas: de 6 am a 14 pm, de 14 pm a 22 pm y de 22 pm a 6 am.

Del total de camilleros que trabajan en el Hospital SAMIC, 7 de ellos están destinados de manera exclusiva al Servicio de Urgencias y colaboran con los demás servicios en caso de ser necesario. Esta colaboración es posible solo cuando no son requeridos en el servicio para el cual fueron contratados. Para el año 2018 el número total de camilleros para el total de los servicios era de 67 (40 de ellos en planta permanente y 20 con contrato).

En relación a los administrativos del Servicio de Urgencias, están destinados 13 de manera exclusiva con turnos rotativos de duración variable.

La cantidad de personal dependiente del Servicio de Urgencias y su salario correspondiente al ejercicio 2018, fue consultado en el Departamento de Recursos Humanos y la Dirección de Administración del efector.

Tabla 19. Recurso humano y remuneración del personal del Servicio de Urgencias. Primer trimestre, año 2018.

Recurso Humano en el Servicio de Urgencias					
Personal	Cantidad de personal	Sueldo Promedio	Sueldo con Aportes	Total, sueldos mensuales	Total, sueldos del periodo
Enfermeros	15	\$ 70.800,00	\$ 95.580,00	\$ 1.433.700,00	\$ 4.301.100,00
Choferes	10	\$ 75.520,00	\$ 101.952,00	\$ 1.019.520,00	\$ 3.058.560,00
Médicos	9	\$ 123.900,00	\$ 167.265,00	\$ 1.505.385,00	\$ 4.516.155,00
Camilleros	7	\$ 42.480,00	\$ 57.348,00	\$ 401.436,00	\$ 1.204.308,00
Administrativos	13	\$ 44.840,00	\$ 60.534,00	\$ 786.942,00	\$ 2.360.826,00
TOTAL	54	\$ 357.540,00	\$ 482.679,00	\$ 5.146.983,00	\$ 15.440.949,00

Fuente: elaboración propia con datos aportados por la Dirección de Administración. 2018

La tabla 19 permite conocer la distribución del personal en el Servicio de Urgencias, teniendo en consideración que aquellos afectados en todas las consultas (pacientes con condición de salud urgente y *no urgente*):

- médicos
- enfermeros
- administrativos

En este punto quedan excluidos choferes y camilleros ya que son requeridos solo por algunos pacientes (que de acuerdo a la clasificación ESI corresponderían a los pacientes con condición de salud urgente)

5.6.3 Unidad de producción

La producción final del Servicio de Urgencias son las consultas en el trimestre en estudio. Se analizaron 3.922 consultas. Para obtener el costo de la consulta se consideraron los costos directos para la atención del total de las consultas. Una vez conseguido este número, fue necesario conocer la condición de salud de los pacientes, para por último focalizar en aquellas consultas de pacientes con condición de salud *no urgente* y evaluar su costo.

Tabla 20. Costos directos del Servicio de Urgencias, Hospital SAMIC, El Calafate. Año 2018.

COSTOS DIRECTOS	Salarios/ Gastos	Costos Directos del Servicio de Urgencias	Costos Directos del Servicio de Urgencias para la muestra
MANO DE OBRA DIRECTA (60-70%)	Enfermeros	\$ 4.301.100,00	\$ 2.434.186,75
	Médicos	\$ 4.516.155,00	\$ 2.555.896,09
	Administrativos	\$ 2.360.826,00	\$ 1.336.098,06
	Choferes de ambulancia	\$ 3.058.560,00	
	Camilleros	\$ 1.204.308,00	
MATERIALES DIRECTOS (10-20%)	Descartables	\$ 474.805,23	
	Medicamentos	\$ 3.160.485	
TOTAL del PERIODO		\$ 19.076.239,23	\$ 6.326.180,90

La tabla 20 permite conocer el costo directo del total de consultas, se trate tanto de consultas de pacientes con condición de salud urgente como de consultas de pacientes con condición de salud *no urgente*. Lo resaltado en naranja aplica para evaluar el costo de las consultas *no urgentes*. En cambio, para determinar el costo de las consultas

urgentes, es necesario considerar además otros costos directos no implicados en las anteriores, como: 1) mano de obra: choferes de ambulancia y camilleros y 2) materiales directos.

Tabla 21. Costo de la consulta en el Servicio de Urgencias. Primer trimestre, 2018.

Servicio de Urgencias Hospital SAMIC El Calafate 2018		
Costo directo trimestral del servicio	Número total de consultas	Costo unitario de la consulta no urgente
\$ 6.326.180.90	3.922	\$ 1.613

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 21 se visualiza el costo directo del Servicio de Urgencias en el trimestre en estudio, el número de consultas seleccionadas para el estudio y el costo unitario de cada consulta (*urgentes* y *no urgentes*).

De los datos obtenidos en la tabla 20, surge el costo unitario de la consulta (\$19.076.239,23/3922) siendo de \$4.864.

A su vez, es posible conocer el costo de las consultas *no urgentes*, debiendo para ello considerar la cantidad de consultas *no urgentes* (1.713 consultas) y aquellos ítems específicos para las mismas, detallados en la siguiente tabla.

Tabla 22. Costos directos de las consultas *no urgentes*.

Costo unitario de la consulta en el Servicio de Urgencias	Costo directo del total de las consultas (3922 pacientes)	Costo directo de las consultas <i>no urgentes</i> (1713 pacientes)
Enfermeros	\$ 2.434.186,75	\$ 1.063.172,33
Médicos	\$ 2.555.896,09	\$ 1.116.329,64

MANO DE OBRA DIRECTA	Administrativos	\$ 1.336.098,06	\$ 583.563,48
Total		\$6.326.180,90	\$ 2.763.065,45

La tabla precedente permite concluir que el costo directo de las consultas *no urgentes* en el periodo estudiado corresponde a \$ 2.763.065.45 lo que implica cerca del 15% del costo directo del total de las consultas (14.48%)

Esto permite demostrar que los costos de la atención de pacientes con condición de salud *no urgente* son relativamente bajos. Por lo tanto, los ahorros potenciales de la implementación de consultorios médicos destinados a estas atenciones pueden no ser sustanciales o contrarios a los esperados. En este sentido, sería importante comparar los costos generados por las atenciones en estas diferentes estructuras. Las intervenciones deberían estar orientadas a dar respuestas a la necesidad en función de la prioridad de la condición de salud.

6 Conclusiones

La tendencia creciente de la utilización de los servicios de urgencias para consultas *no urgentes* es una crisis de salud pública global que probablemente se ha agravado por la pandemia COVID-19, siendo estos servicios los más afectados dado que están en la primera línea del sistema de salud, a pesar de haber recibido un volumen menor de pacientes durante la cuarentena decretada por el gobierno nacional (Lucero A, 2021).

No ajeno a esta situación, el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate también presenta un aumento en la demanda de pacientes que solicitan atención médica, independientemente de su gravedad de salud, situación que implica una mayor complejidad en la respuesta a estos procesos clínicos y organizativos del servicio.

Los datos de la presente investigación fueron recabados pre pandemia y proporcionan información sobre variables demográficas (edad, sexo, cobertura de salud) y temporales (mes, día, hora) asociados con consultas *no urgentes* en el Servicio de Urgencias del hospital SAMIC El Calafate, descriptas en el apartado anterior, agregando evidencia al campo de la investigación de los costos del servicio, permitiendo visualizar la distribución de recursos económicos, y con estos datos poder evaluar si es conveniente.

Examinando los datos obtenidos con el Modelo de entrada, rendimiento y salida, es posible comprender que el mayor flujo de pacientes está representado por el componente de entrada, y se podría trabajar sobre este resultado para gestionar mejor la demanda. Una característica destacada de los servicios de urgencias es su interacción con los controles de salud y cuyo objetivo es la prevención. Este último sistema y las atenciones de urgencia representan las dos caras de una misma moneda. Ambos componentes son esenciales en el sistema general de atención de salud y tienen varias características en común, como también relevantes diferencias funcionales, independientes del lugar de atención y del paciente. El Hospital SAMIC El Calafate brinda atenciones programadas y consultas no programadas. Del mismo modo, los pacientes con patologías crónicas requieren atención en el Servicio de Urgencias por exacerbaciones de su enfermedad, o por presencia de otros procesos agudos que afectan su salud. Por lo tanto, la distinción entre atenciones de urgencia o consultas programadas es en función de la urgencia de la demanda de atención y la respuesta del sistema de salud. Esta característica es importante destacarla porque las particularidades de la organización para la prestación de atención médica son diferentes según se trate de una u otra necesidad. Por otra parte, el componente de rendimiento nos ofrece categorizar a los pacientes –clasificándolos y evaluándolos–, con lo cual la estandarización del triage en el Servicio de Urgencias facilitaría una comprensión común de la carga de trabajo de los pacientes en este servicio. Esta etapa del modelo permite analizar internamente el proceso de atención en el Servicio de Urgencias y modificarlo según sea necesario para optimizar el uso de recursos y mejorar la eficiencia y eficacia.

Si bien existe consenso en todo el mundo sobre el aumento de la demanda en estos servicios, en el presente estudio se ha estimado que un 43,68% de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC El Calafate, durante el primer trimestre de 2018, correspondieron a la categoría *no urgente*, y su consulta podría haber sido resuelta en un servicio de menor complejidad. Este porcentaje es sustancialmente más alto que otros reportados internacionalmente. Es preciso tener en cuenta que al momento de la investigación el Hospital SAMIC El Calafate contaba con una muy reducida disponibilidad de consultas médicas destinadas a demanda espontánea, que eran ocupadas inmediatamente por pacientes con condición de salud *no urgente*, siendo el resto remitidas al Servicio de Urgencias para su resolución.

Este estudio identificó las principales categorías diagnósticas, destacándose en primer lugar la respiratoria, seguida por motivos gastrointestinales y en tercer lugar diagnósticos comprendidos en la categoría musculo esquelética.

Analizando el perfil epidemiológico, se demostró una fuerte relación entre edad y consulta *no urgente*. La mayor cantidad de consultas *no urgentes*, del Servicio de Urgencias se presentó en el rango entre 15 y 34 años, seguida de una caída constante a medida que aumentaba la edad. Esta relación coincide con lo publicado en otros estudios (McHale, 2013) (Carret, Fassa, & Kawachi, 2007) y un predominio del sexo femenino.

Por otra parte, el costo generado por la atención de pacientes con condición de salud *no urgente*, representa cerca del 15% del costo directo del Servicio de Urgencias. Para evaluar el efecto económico de estas consultas se deben considerar las particularidades de este servicio, ya que los costos directos generados por este tipo de consultas (como la dotación del personal, recursos materiales e insumos) son comunes a todas las consultas, sin incurrir en gastos excepcionales, y por lo tanto se necesitaría investigación que incluya el costo de servicios de apoyo –Diagnóstico por Imagen y Laboratorio- y el costo generado a partir de la creación de un Servicio de Demanda Espontánea, para evaluar si la exceptuación de consultas *no urgentes* resultaría en un ahorro de costos o una mayor eficiencia y utilidad de los recursos existentes. A su vez, es preciso determinar condiciones específicas teniendo en cuenta la población y las características del hospital en estudio, con el fin de orientar una mejor respuesta al problema planteado.

7 Discusión y Propuestas

El tema elegido y la muestra han permitido un nivel de análisis permitiendo obtener nueva información en un hospital de pocos años desde su inauguración.

Reducir las consultas *no urgentes* en el Servicio de Urgencias podría tener un efecto significativo en la calidad de la atención brindada a los pacientes, aunque ello no necesariamente implique afectar el costo económico general de este servicio.

Retomando los resultados obtenidos al analizar el perfil epidemiológico de las consultas *no urgentes*, se sugiere implementar acciones y estrategias destinadas a adolescentes y adultos jóvenes, sobre el uso apropiado de los Servicios de Urgencias, con el fin de optimizar la atención médica. También es preciso considerar la mayor frecuencia de mujeres en este tipo de consultas, cuya situación clínica no implica gravedad, al elaborar estas intervenciones. Para llevarlas a cabo sería conveniente articular el trabajo con promotoras de salud que tienen un alto grado de participación comunitaria con este grupo etario y que trabajan de manera articulada con otras instituciones. Además, sería beneficioso evaluar, y de ser necesario mejorar, el acceso a la atención primaria, la cobertura de salud, y propiciar herramientas de monitoreo para evaluar las intervenciones que abordan este problema.

Otra intervención para mejorar la pertinencia de las consultas en el Servicio de Urgencias sería incorporar un sistema de triage estructurado y validado. En este sentido, y considerando la utilidad del triage estructurado para la determinación de pacientes *no urgentes*, es posible su implementación en el Servicio de Urgencias del Hospital SAMIC siguiendo las recomendaciones de la Organización Panamericana de salud –PAHO- y OMS para su implementación.

Por otra parte, considerando que en porcentaje en segundo lugar se encuentran los pacientes que corresponden al nivel 4 de ESI, podría sugerirse implementar estrategias, como por ejemplo la planteada en el estudio suizo (Eicher, y otros, 2013), en el cual asignaron un área adyacente al Servicio de Urgencias donde fueron asistidos pacientes con condición de salud *no urgente* y aquellos que requerían un estudio complementario, abarcando de esta manera la atención de pacientes clasificados en nivel 5 y 4, que en nuestro estudio corresponden a un 86% del total de pacientes que consultaron en el Servicio de Urgencias, traduciéndose en una mejor prestación de servicios médicos con tiempos de proceso reducidos y pruebas de diagnóstico más eficientes. De esta manera, se optimizaría la oferta del servicio de salud de acuerdo a su complejidad.

Finalmente, la importancia de conocer el costo que estas consultas generan en el Servicio de Urgencias es también de utilidad para negociar nuevos convenios con las obras sociales y prepagas, y conocer la población sin cobertura. Todos estos elementos enriquecen y colaboran con el Área de Facturación y Gestión del Paciente, el primero por

su intervención directa en el cobro de prestaciones y recupero de costos y el segundo por ser el nexo entre el paciente y los servicios.

8 Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. (mayo de 2020). *Índice de gravedad de emergencia (ESI): una herramienta de clasificación para departamentos de emergencia.*
- Alvo, & Aguirre. (2010). Perfil Epidemiológico de la Atención de Urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana. *ANACEM*, 3, 18-21.
- American College of Emergency Physicians. (Junio de 2015). *ACEP*. Obtenido de <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine/>
- Asplin, B., Magid, D., Rhodes, K., Solberg, L., Lurie, N., & Camargo, C. (1 de Agosto de 2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), Aug;42(2):173-180 doi: 10.1067/mem.2003.302. PMID: 12883504.
- B. Asplin, D. Magid, K. Rodes, L. Solberg, N. Lurie, C. Camargo. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42: 173-180 DOI:<https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>.
- Backman, A., Blomqvist, P., Lagerlund, M., Carlsson, E., & Adami, J. (2008). Characteristics of non-urgent patients. Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26 (3), 181-187.
- Bittencourt, R., & Alonso, V. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 1439-1454 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>.
- Brent, Magid, D., Rhodes, K., Leif, I., Lurie, N., & Camargo, C. (1 de Agosto de 2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173-180.

- Carret, M., Fassa, A., & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res.*, doi: 10.1186/1472-6963-7-131.
- Consejo Federal de Inversiones. (1973). *Departamento Lago Argentino: estructura económica y social.*
- Coster, J., Turner, J., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). "Why do people choose emergency and urgent care? A rapid review utilicen a systematic literatura cerché and narrative synthesis". *Acad Emerg Med.*
- Cowling, T. (2013). Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One (8)*, 6.
- De la Puente, C., & Schweiger, A. (2008). *Sistema de informacion gerencial como base del presupuesto por resultados y costos en hospitales públicos seleccionados.* ISALUD.
- Díaz, D. C. (4 de enero de 2022). Tensión en la urgencia hospitalaria y sus efectos nocivos.
- Dirección Nacional de Asuntos Provinciales. (2018). Obtenido de http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/santa_cruz.pdf
- Eicher, K., Hess, S., Chmiel, C., Bogli, K., Sidler, P., Senn, O., y otros. (octubre de 2013). Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study. *Emerg Med J*, 31(10), 818-823. doi: 10.1136/emered-2013-202760.
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergency Department. Lawrence Hospital Center. Bronxville. Nueva York, EE.UU.*, 59:64.
- Gibbons, D., Bindman, A., Soljak, M., Millett, C., & Majeed, A. (octubre de 2012). Defining primary care sensitive conditions: a necessity for effective primary care delivery? (d. 10.1258/jrsm.2012.120178, Ed.) *National Library of Medicine.*
- Gilboy, N., Tanabe, T., Travers, D., & Rosenau, A. (2011). *Manual de implementación. Emergency Severity Index: A Triage Tool for Emergency Department Care.* Agency for Healthcare Research and Quality -AHRQ-4ta Versión.
- Gonçalves-Bradley, D., Khangura, J., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B., & Shepperd, S. (13 de Febrero de 2018). *Primary care professionals providing non-urgent care in hospital*

- (Review). (Cochrane, Ed.) Obtenido de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491134/pdf/CD002097.pdf>
- Gonçalves-Bradley, D., Khangura, J., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B., & Shepperd, S. (2018). *Profesionales de atención primaria que brindan atención no urgente en los departamentos de emergencias de los hospitales*. Cochrane Library.
- González García, G., & Rossen, c. C. (2010. 1a Ed. 2a Reimp.). *Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios, Módulo 5 : Políticas De Salud*.
- González García, G., & Tobar, F. (2004). *Salud Para Los Argentinos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones ISALUD.
- Hodgson, Deeny, S., & Steventon, A. (2019). Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Qual Saf*, 28(6):429-433.
- (s.f.). INDEC. *Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*.
- Jun He, X.-y. H. (2011). Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *Australia World J Emerg Med*, Vol 2, No 4.
- Litmanovich, R., & Geria, M. (2019). *Contabilidad, Costos y Finanzas. Clase 5*. ISALUD.
- Lucero A, S. K. (2021). Worsening of emergency department length of stay during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Emerg Physicians*.
- McHale P, W. S. (2013). Who uses emergency departments inappropriately and when—a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Med* , 11:258.
- McHale, P. (2013). Who uses emergency departments inappropriately and when—a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Med*, 11:258.
pmid:24330758.
- Ministerio de Salud. (2010). *Resolución 2273 / 2010*.
- Núñez Alcocer, Shirley Alejandra (2023), Consultorio de Atención inmediata como estrategia de gestión de calidad en el servicio de Emergencia de un Hospital de Lima , Perú
- Organización Panamericana de la Salud. (diciembre de 2010). Manual para la implementación de sistemas de triage para cuartos de urgencias. Washington DC.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (diciembre de 2010). *Manual para la implementacion de un sistema de Triage para cuartos de urgencias*. Obtenido de www.paho.org:

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf

- Raven, M., Lowe, R., & Maselli, J. (2013). Comparison of Presenting Complaint vs Discharge Diagnosis for Identifying “Nonemergency” Emergency Department Visits. *JAMA*, 309(11): 1145–1153.
- S Trzeciak, E. P. (2003). Emergency Department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J*, 20, 402-405.
- Sarver JH, C. R. (Septiembre de 2002). *Usual source of care and nonurgent emergency department use*. Obtenido de doi: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb02193.x. PMID: 12208681.
- Schweiger, A. (2003). “*El Control de Gestión y el Sistema de Información Gerencial (SIG), en Sistemas y Organizaciones del Sector de Salud: El caso de aplicaciones en países de América Latina*”. Cádiz. España: Congreso AES.ES.
- Schweiger, A. (2007). Sistema de Información Gerencial. Informe de Avance de Proyecto Multicéntrico. Comisión Nacional de Salud Investiga. Ministerio de Salud.
- Schweiger, A. (2010). “*Sistemas de Costos Hospitalarios*”. Buenos Aires: ISalud.
- Schweiger, A. (2018). “*Costos de Organizaciones y de Servicios de Salud*”. ISALUD. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Materia: Economía de la Salud y Gestion Sanitaria.
- Schweiger, A. (2018). “*Costos de Organizaciones y de Servicios de Salud*”. ISALUD. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Materia: Economía de la Salud y Gestion Sanitaria.
- Schweiger, A. (2018). Costos de Organizaciones y de Servicios de Salud. ISALUD. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Materia: Economía de la Salud y Gestion Sanitaria.
- Sociedad Argentina de Emergentología. (2014). “*Emergencias*”. Edimed.
- Spencer S. Jones MStat, T. L. (2008). An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. doi.org/10.1197/j.aem.2006.05.021.
- Stanley S, Z. J. (2007). Appropriateness of children’s nonurgent visits to selected Michigan Emergency Departments. *Pediatr Emerg Care* , 23(8):532- 6.
- Tisminetzky, G., & Pahissa, G. (2011). *Manual de emergencias médicas clínicas y quirúrgicas*. Editorial El Ateneo.

Vinellia, N., Mannuccia, C., Labaa, N., Vecchioa, L., Valerioa, A., Lagoa, M., y otros. (2011).

Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*, 109(1):8-13.

Williams, R. M. (1996). The Costs of Visits to Emergency Departments. *New Engl J Med*, 334:642-646.

www.indec.gob.ar. (s.f.). Obtenido de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-119>

Xin, H., Kilgore, M., Sen, B., & Blackburn, J. (2015). Can Nonurgent Emergency Department Care Costs be Reduced? Empirical Evidence from a U.S. Nationally Representative Sample. *J Emerg Med*, 49(3):347-54.

Anexo 1

Triage adaptado según necesidad local e implementado en el Hospital SAMIC El Calafate.

CARDIOVASCULARES		
Ausencia de signos vitales Hipertensión arterial sintomática Hipotensión severa Lesión penetrante Dolor torácico Sangrado activo	Palpitaciones Hipertensión arterial asintomática	Sin código verde para cardiovascular
RESPIRATORIOS		
Dificultad respiratoria severa Trauma penetrante Apnea Quemadura de vía aérea Trauma cerrado hemoptisis	Tos con expectoración y fiebre Falta de aire Crisis asmática	Tos disfonía
GASTROINTESTINALES		
Trauma penetrante Dolor abdominal severo Trauma severo Vómitos con sangre	dolor abdominal moderado enterorragia	Dolor abdominal leve Vómitos diarrea
NEUROLOGICOS		
Inconsciente Convulsiones TEC con pérdida Trauma de columna	Cefalea intensa/moderada Vértigo/mareos TEC hace más de 6 hs	Cefalea leve lumbalgia

Trauma penetrante Alteración del estado mental Foco motor Imposibilidad para hablar		
URINARIOS		
Trauma penetrante Trauma cerrado Cólico renal Retención aguda de orina	Hematuria con dolor	Hematuria sin dolor Infección urinaria
GENITALES MASCULINOS		
Trauma testicular priapismo	Dolor testicular Abuso sexual	Secreción por pene
GENITALES FEMENINOS		
Trauma genital Metrorragia severa	Abuso sexual Dolor post cirugía	Metrorragia leve Mastodinia Flujo vaginal Determinación de embarazo Irregularidad del ciclo menstrual
NARIZ-BOCA-GARGANTA		
Trauma penetrante Trauma facial Edema de cara súbito	Epistaxis Dificultad para tragar	Lesiones en boca Dolor de garganta Congestión nasal
PIEL		
Trauma penetrante Hipotermia Electrocución Picadura con reacción alérgica Quemadura grave	Reacción alérgica de menos de 2 hs Mordedura Quemadura no grave Herida cortante	Reacción alérgica de más de 2 hs Picadura sin reacción alérgica Lesiones menores Retiro o revisión de sutura
MUSCULO-ESQUELETICOS		
Amputación Fractura expuesta Politrauma Trauma penetrante Herida de miembros con sangrado activo Luxación aguda con deformidad Fractura de cadera o huesos largos	Trauma cerrado Torceduras con dolor intenso Heridas menores	Torceduras tolerables Dolor articular Edema lumbalgia
OFTALMOLOGICAS		
Trauma ocular Alteración aguda de la visión	Cuerpo extraño	Ardor ocular Secreción ocular

		Disminución crónica de visión
OTORRINOLARINGOLOGICAS		
Amputación traumática Otorragia por trauma	Cuerpo extraño	Otalgia Disminución crónica de la audición
SALUD MENTAL - ADICCIONES		
Intento de suicidio Excitación psicomotriz Paciente combativo Abuso de sustancias Intoxicación con drogas de abuso	Alucinaciones Ansiedad depresión	Sin código verde
OTROS		
Diabetes descompensada	Paciente agresivo (se dará aviso a personal de seguridad)	receta
OBSTETRICOS		
Metrorragia severa Trauma Parto inminente Hipertensión convulsiones	Aborto incompleto Metrorragia leve Contracciones Dolor abdominal Ausencia de movimientos fetales	Sin código verde

Fuente: Elaboración propia.