

#4

Atención y esperas en los servicios de Emergencias de Centros de Salud. Hora de opciones para los pacientes.

Gerardo Bozovich / Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento
José Luis Leone / Clínica Bessone
Roberto Martínez / Hospital Italiano de La Plata
Matías Fosco / Fundación Favalaro

Por la Comisión de Dirección Médica
de la Asociación de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados de la República Argentina
(ADECRA) + Cámara de Entidades de Diagnóstico
y Tratamiento Ambulatorio (CEDIM)

Introducción

Los servicios de Guardia de Emergencias presentan, en nuestro país, una imagen repetida: salas de espera a menudo colmadas por pacientes impacientados por tiempos de atención.

Lejos de ser un fenómeno confinado a nuestro medio, representa un problema difundido en múltiples países, y su persistencia indica a las claras que existen causas combinadas que limitan mejoras significativas.

Concebidas como áreas de atención para todo cuadro que no pueda esperar, en las últimas dos décadas las áreas de Emergencias evolucionaron a ser la primera, y a menudo única, vía de contacto rápido con los servicios de Salud, no sólo para cuadros definida o potencialmente graves, sino también para estados de bajo riesgo, y, además, con selección de días y horarios condicionados por elementos personales, sociales y laborales.

Factores propios del Sistema de Salud también alinean los incentivos de la consulta a los Servicios de Emergencias (su accesibilidad, la disponibilidad rápida de métodos complementarios, la sugerencia del médico de cabecera, la dificultad en la atención primaria o en los consultorios externos).

Esto contribuye al congestionamiento de estos Servicios, lo cual se asocia a desenlaces no deseados para pacientes: retraso en el inicio del tratamiento, salida en contra de la recomendación médica o sin la evaluación completa, consulta recurrente, y, para quienes trabajan en los mismos, lleva a insatisfacción y burnout.

El sector de Servicios de Salud de gestión privada se encuentra en estado crítico de sostén económico financiero, tema ampliamente difundido por las cámaras representativas y los medios de comunicación. Al mismo tiempo, y no menos grave, se ha instalado la pérdida y falta de recuperación de recursos humanos de los equipos de Salud. Esta combinación de factores incrementa el estrés al cual están sometidos los servicios y acotan la posibilidad de satisfacer expectativas de los usuarios.

Objetivos

En este trabajo de la Comisión de Directores médicos de ADECRA CEDIM analizamos la distribución de la demanda de atención de pacientes y de recursos profesionales en una muestra de Clínicas y Sanatorios miembros de la Asociación.

Revisamos los mecanismos causales y proponemos acciones del conjunto de factores y fuerzas del área Servicios de Salud, con miras a una distribución racional de recursos y accesos a servicios, preservando el derecho y expectativa a las necesidades mandadas por los estados de las personas y determinantes sociales.

Material y método

Estudio de sección transversal, con participación voluntaria y anónima de 28 Centros de salud de gestión privada asociados a ADECRA, para el intervalo 01 de marzo al 31 de mayo de 2024. Medición de consultas e ingresos a los servicios de Emergencias de adultos, y pediátricas, en caso de tenerlos. Se realizó estadística de frecuencias, sin medidas de inferencia ni ajuste.

Las variables continuas se distribuyeron por medidas de tendencia central y dispersión: medias, medianas, rangos y rangos intercuartiles (IQR)

Se requirió a los Centros participantes capacidad para segmentar la población por gravedad y prioridad de atención, ora por medio de la clasificación “Emergency Severity Index” (ESI), ora por equivalente definido de la manera siguiente:

Agrupar en ESI 1-2: Riesgo vital, requiere atención inmediata para salvar la vida o bien se presenta letárgico, con disnea severa, dolor incapacitante.

Agrupar en ESI 3: Cuadros de riesgo moderado o que podrían deteriorarse en pocas horas, si no hay ESI 1 o 2 en atención, tiene prioridad.

Agrupar ESI 4-5: Cuadro sin riesgo vital, podría ser atendido en unidad de baja complejidad cerca del domicilio, en tele consulta, en domicilio o ser programado para atención.

Los datos fueron ingresados por los Directores médicos de cada institución a un formulario Google con anonimato de origen de datos, los cuales fueron procesados en el área de Análisis Económicos de ADECRA CEDIM.

Por tratarse de un registro observacional de episodios sin identificación de personas, ni cambio alguno en el proceso de atención, no se requirió aprobación ética ni obtención de consentimientos informados.

Resultados observados

Los Centros participantes se ubican en CABA (57%), conurbano bonaerense (18%) y provincias (25%)

Cuentan con servicio de Emergencias médicas de adultos en su sede y un 68% de ellos, además, tienen servicio de guardia pediátrica activa. Predominó la capacidad de guardia activa de clínica médica (disponible en el 93% de los casos), Traumatología (82%), Cardiología (71%) y Cirugía General (61%). Hubo otras especialidades disponibles en el 71% de los servicios.

Un 86% de los Centros participantes emplea el sistema de Triage para estratificar riesgo y asignar prioridades de atención.

En su conjunto, en los 90 días medidos, reportaron haber atendido 1.045.900 consultas en los servicios de Emergencias. En las 8 hs del día comprendidas entre las 14 y las 22 hs se concentró el 52% de las consultas (IQR 12%). Se observó un predominio de consultas para Clínica médica, promedio 69,5%; IQR 23,8%

Entre los Centros que contaron con mediciones de grado de urgencia y severidad de cuadro clínico, observamos una franca polarización a las consultas de bajo riesgo, promediando 84,5%; IQR 12,1%. El grupo de riesgo intermedio ESI 3 correspondió al 12,9%; (IQR 9,5%) de los episodios. Finalmente, los cuadros de alto riesgo y peligro vital/ necesidad de atención inmediata fueron el 2,6%; IQR 2,1 % (tabla 1)

	Porcentaje Consultas ESI 1-2	Porcentaje Consultas ESI 3	Porcentaje Consultas ESI 4-5
Primer cuartil	0.3%	6.7%	80.8%
Mediana	0.8%	9.9%	86.8%
Tercer cuartil	2.4%	16.2%	92.9%
Promedio	2.6%	12.9%	84.5%

Tabla 1. Distribución de las consultas de Emergencias por gravedad estimada por índice de severidad en Emergencias (ESI).

La mediana de tiempo de espera hasta contacto con el profesional actuante fue de 40 minutos, (IQR 30), con mayor tiempo de espera en los horarios vespertinos: 101,9 minutos (IQR 78,5 (figura 2). Como en todo promediado, hubo entonces una parte de la población con espera hasta el contacto con el profesional actuante mucho menores, pero también, en promedio, una de cada cuatro pacientes aguardó más de una hora y, en horarios de alta demanda, uno de cada cuatro esperó más de 120 minutos. Por lo contrario, en horarios que habitualmente tienen menor concurrencia (de 06.00 a 11.00), el tiempo promedio de espera fue de 29 minutos (figura 1).

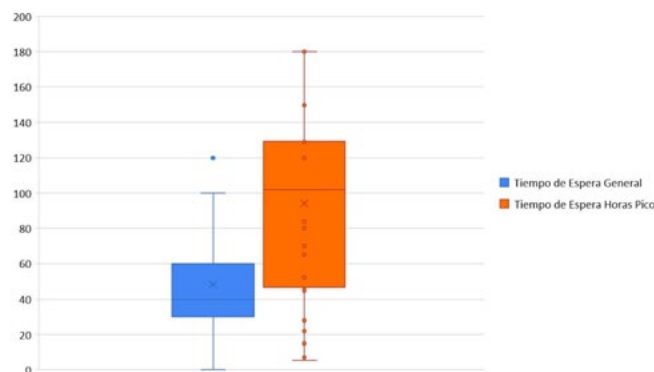


Figura 1. Tiempos de espera promedio general y en el horario de 14 a 22.

La cantidad de recursos médicos empleados fue considerable, en promedio 110 médicos por Centro, acumulando en el trimestre analizado 370.600 horas médicas trabajadas.

Resultó heterogénea la cantidad de profesionales certificados o en formación en Emergentología, promediando 6 por servicio, rango 0 a 35.

Análisis

Los servicios de guardia médica están concebidos como una respuesta durante las 24 horas para cuadros que afectan la salud con potencial riesgo de vida o con necesidad de atención inmediata.

Los últimos años han mostrado un uso creciente de los servicios de Emergencia para patologías que no revisten gravedad y que podrían ser atendidas en todo sistema prehospitalario, consultorios externos, centros de consulta de primer nivel o incluso por tele consulta (1) . Es elocuente que un promedio de 84,5% de las consultas hayan sido clasificadas en nivel de bajo riesgo/baja prioridad de atención. Esto en modo alguno quiere decir que se tratara de consultas inadecuadas per se, ya que la clasificación se realizó a manos de personal de Salud, y no es esperable que cada paciente pueda realizar una autoevaluación de riesgo sin validación. De hecho, algunos cuadros de gravedad y urgencia tales como infartos de miocardio, infecciones de riesgo o ataques cerebrales pueden presentar cuadros insidiosos, poco claros, cuyo diagnóstico requiere la intervención de recursos calificados.

No se trata entonces de preguntarse si corresponde la consulta médica, sino de tiempo y lugar para efectuarla. ¿Son consultas de bajo riesgo adecuadas para una guardia médica, o deberían contar los pacientes con opciones que representen mejor uso del tiempo y los recursos?

Hasta hace unas tres décadas, primaba en nuestro país un modelo de atención médica con predominio del formato consultorio, en muchos casos de propiedad y gestión particular, caracterizado por múltiples días y horarios de atención, en un escenario simultáneo de expansión de las cartillas de obras sociales y prepagas. El rápido acceso a consultas con un médico ya conocido hacía innecesaria, a menudo, la concurrencia a guardias (2). En paralelo, se instaló la opción de consultas domiciliarias provistas por las entidades de afiliación.

Varios factores modificaron este escenario: la pauperización de los ingresos médicos por consulta, que llevaron a hacer insostenible la estructura de un consultorio particular, y en forma reciente, la retirada de profesionales de las listas o cartillas de cobertura. Al mismo tiempo, ocurrió la migración del concepto prepaga como libre contratación de ciertos servicios entre pacientes y entidades, hacia un papel antes reservado a las obras sociales: obligación de inclusiones amplias de cobertura, expansión la población cubierta y la expectativa de servicios rápidos.

En efecto, la ley de prepagas 26682, sancionada en 2011, asimila obligaciones de cobertura, afiliación mandada y regulaciones de precios diferentes al concepto original de contrato de servicios entre partes.

Al no encontrar respuesta a la demanda acorde a expectativas, progresivamente los pacientes buscaron la opción de sustituir la visita de consultorio, ahora interferida por turnos muy alejados, por visitas a las guardias médicas. Los Centros privados, durante un tiempo relativamente prolongado, pudieron ajustar sus recursos a esta mayor demanda, expandiendo las áreas y las dotaciones de equipo de Salud. Sin embargo, limitaciones económico-financieras han puesto límite a la capacidad de crecimiento en infraestructura y dotación de equipos de Salud.

Identificamos varios factores que han acotado la capacidad de las Clínicas y Sanatorios para agregar fuerza laboral para sostener la demanda de servicios:

La pandemia por Coronavirus, luego de la cual se profundizó el desinterés de los profesionales por el trabajo en áreas intensivas, simultáneo con el retiro transitorio o permanente de profesionales en riesgo por edad.

La pérdida de competitividad de los ingresos médicos, que impulsa a la búsqueda de mejor calidad de vida y horarios convenientes a falta de mejores ingresos.

La agresividad social. Factores socio económicos y otras tensiones sociales han llevado a que, luego de la pérdida de valoración social para con las profesiones médicas, siguiera la

lisa y llana agresión al personal de servicios de Salud, tanto verbal como física, lo cual impulsó a un número creciente de profesionales a buscar ambientes de menor exposición.

Caída significativa en el número de profesionales que se forman en las disciplinas necesarias para atender guardias de urgencias. En coincidencia con lo medido en nuestro trabajo, las disciplinas necesarias para el espectro de cuadros que consultan en una guardia son: Clínica médica, Emergentología, Pediatría, Terapia intensiva y Cardiología.

El Ministerio de Salud pública regularmente el Monitoreo para el Análisis y Planificación de Acciones (M.A.P.A), el cual muestra datos alarmantes sobre el bajo número de ingresantes a las residencias médicas mencionadas (3). Dado que la práctica intensiva que representa el sistema de residencia médica, la cantidad de postulantes e ingresantes refleja la fuente futura de recurso para hospitales, clínicas y sanatorios para cubrir las posiciones en los próximos años.

El mencionado MAPA de residencias ilustra que, en los últimos años, apenas se han cubierto 6 de cada 10 vacantes de los concursos nacionales para las especialidades asistenciales.

La figura 2 muestra los porcentajes de adjudicación de vacantes disponibles para el concurso nacional 2023: 60% en clínica médica, 64.5% en Pediatría y 52.6% en Terapia intensiva, entre otras.

Por otro lado, la figura 3 refleja que, lejos de ser un problema aislado, se ha mantenido así en los últimos 10 años. El dato es crítico, ya que la inercia de la caída en cantidad de recursos formados no podrá cerrarse rápidamente, aunque se observe una incipiente mejoría en 2023 y 2024. La relativa escasez de profesionales idóneos para la atención de servicios de Emergencias y las limitaciones institucionales para satisfacer expectativas de honorarios llevan a una permanente migración interinstitucional, a menudo sin preaviso, que conduce a inestabilidad en los planteles y, por supuesto, ausencia de todo atisbo de fidelización. La dificultad para mantener la dotación necesaria completa no sólo afecta la planificación, si no con frecuencia también implica cierres temporarios en la atención de cuadros sin riesgo de vida e incrementa los tiempos de espera para las enfermedades de menor complejidad.

Un caso agregado es el de requisitos de matriculación en la Provincia de Buenos Aires, cuyo costo hace que, para los profesionales sea más conveniente tomar tareas en el cercano distrito CABA, o bien las instituciones del Conurbano bonaerense deban acordar erogaciones adicionales para poder atraer recursos.

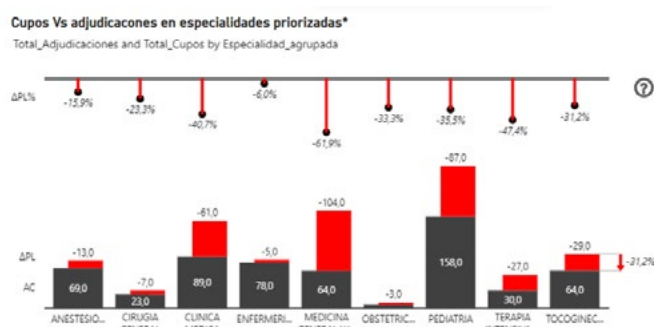


Figura 2. Grado de cobertura de vacantes en las residencias médicas. MAPA del Ministerio de Salud.

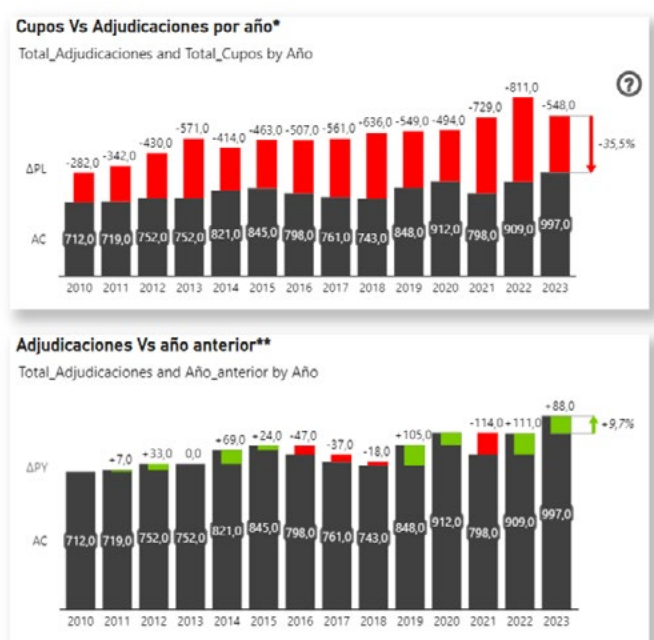


Figura 3. Evolución de los porcentajes de cobertura de vacantes de residencias médicas. MAPA del Ministerio de Salud.

Es indudable que existe un desacople entre la expectativa de velocidad y calidad de servicio que esperan los pacientes y lo que los recursos disponibles pueden brindar. Un país como los Estados Unidos, que invierte en Servicios de Salud cerca de 10 veces más por habitante por año que la Argentina, muestra tiempos de permanencia en las guardias con mediana de 2 h 40 minutos, en un rango de 1 h 50 a 5 horas y media, llamativamente con esperas prolongadas en un estado rico como California. (4)

Resulta claro entonces que, además de las medidas de mejora de opciones que proponemos, modular las expectativas del público forma parte del entendimiento que, con recursos finitos en un sistema desfinanciado y en tensión, es deber asignar prioridad a los cuadros de mayor gravedad y ofrecer alternativas programables para consultas de bajo riesgo.

Propuestas y acciones

1) En los puntos de acceso para los pacientes, para consultas no programadas y urgencias.

a) Herramientas de evaluación preliminar remota. Existen y se están desarrollando aplicaciones que permiten que los pacientes ingresen desde dispositivos móviles o computadoras datos claros sobre síntomas, enfermedades preexistentes y medicamentos que reciben. Sea por ciertos patrones, o por aporte de análisis por inteligencia artificial, cada paciente puede recibir una estima de prioridad de atención y probabilidad de riesgo de su cuadro, de modo de poder elegir alternativas a la concurrencia a una guardia saturada. Estos desarrollos deben ser compatibles de diálogo con los sistemas de historia clínica institucionales, de modo que se pueda brindar no sólo alerta para cuadros potencialmente graves, sino también ofrecer horarios convenientes para la evaluación en el área de Emergencia.

b) Recuperación del consultorio externo. Es esencial recuperar y ofrecer a los pacientes suficiente oferta de consultorios externos para hacer que los tiempos a consultas sean compatibles con abastecer contactos en tiempo cercano, de modo que los pacientes tengan opción. A mayor cantidad de horas operativas de los consultorios, mayor probabilidad que puedan tener tiempo y espacio para consultas no programadas además de las regulares. Indudablemente, recuperar y aumentar el interés y viabilidad de los consultorios dependerá de los ingresos, sea por pago directo de pacientes, copagos o que las condiciones del sistema hagan viable un adecuado pago por prestación. A la vez, la capacidad de turnos cercanos podría alcanzarse no sólo la atención individual, sino también por grupos médicos organizados en un mismo punto de atención, esquema empleado con éxito por algunos grupos obstétricos.

c) Apertura de tele consultas operadas por clínicas y sanatorios. Por la multiplicidad de episodios, la fidelización de los pacientes con los centros médicos hace útil que se recupere la posibilidad de tele consultas brindadas por las mismas clínicas y sanatorios. Durante la pandemia por Covid 19 se dio esta posibilidad de activación de evaluaciones remuneradas a los centros efectores, opción que en gran medida se replegó a partir de 2022. Devolver y ampliar la posibilidad de consulta con equipos médicos de los centros de confianza de los pacientes permitirá una distribución de los cuadros de menor riesgo, con la ventaja de poder activar la atención en el resto de la estructura cuando sea necesario, acoplando de manera directa la tele consulta con las historias clínicas.

d) Sincronización entre los servicios prehospitalarios,

clínicas y hospitales. Una parte importante de los episodios de urgencia es atendida por los sistemas de emergencias médicas, sea públicos o empresas dedicadas. La conectividad permite que los equipos de asistencia de ambulancias y unidades móviles puedan acceder a tele opinión de grupos especializados para los cuadros de potencial riesgo tales como enfermedades cardiovasculares, a la vez que transmitir signos vitales, electrocardiogramas y otros indicadores. De ese modo, con una estratificación de riesgo asistida, pueden redirigirse a evaluación programada una parte de los episodios que, de otra manera, requieren traslado a un centro de Salud, como también participar en un diagnóstico rápido y preciso de los cuadros más graves.

e) Afianzar la estratificación por Triage. La apertura y recuperación de puntos de contacto arriba mencionadas permitirá también mejorar el papel del Triage. Esta estratificación, a manos de personal de enfermería entrenado, permite asignar prioridades de atención. Sin embargo, si los pacientes no tienen opciones de contacto previo y se dirigen como primer punto a las guardias, habrá, como hoy, una polarización a un mismo grupo, con lo cual se desvirtúa la estratificación, los pacientes se encontrarán en su mayoría en el mismo grupo de espera, generando insatisfacción y quejas.

f) Brindar alternativas a la revisión de estudios y recetas. Aunque menos frecuente, una parte de las consultas en las Emergencias obedece a agotamiento de los medicamentos prescritos y revisión de estudios de imágenes y laboratorio para determinar si se puede esperar la consulta programada o es necesario actuar antes. Varias de las herramientas explicadas antes permiten abastecer estas consultas. En el caso de las recetas, es necesaria la posibilidad de prescripción por dosis diaria y tiempo de tratamiento, dejando el anacronismo de prescribir por cajas de contenidos caprichosos de unidades. Algunas plataformas de recetas electrónicas permiten adelantar prescripciones a fecha, aunque todavía ancladas al anacronismo del contenido de cajas y no al tiempo de tratamiento. Acoplado a normas individuales de Obras sociales sobre cantidad de medicamentos y cajas por aceptadas por receta, la tarea del médico se vuelve imprecisa y los pacientes lo pagan con agotamientos asimétricos de los medicamentos disponibles.

g) Continuidad de controles. Es importante brindar a los pacientes formas de continuidad de cuidado de algunos cuadros sin que deben regresar al servicio de Emergencias. Un claro ejemplo fue el brote por dengue en área metropolitana a inicios del año 2024: por la naturaleza de la enfermedad fueron necesarios masivos controles de laboratorio y de evolución clínica, y, a falta de otro escenario de control los pacientes fueron a menudo recitados o concurrieron espontáneamente

a la guardia de Emergencias para revisión de resultados de laboratorio y control clínico. Lo razonable es contar con un mecanismo coordinado con obras sociales y prepagas en las cuales los pacientes egresados de una consulta de Emergencias que requieran un control posterior cuenten con un turno asignado de manera directa de consultorio de seguimiento, tele consulta o centro ambulatorio que les asegure el debido contacto y control.

h) Desarrollar campañas de educación a la comunidad.

Además del conocimiento sobre los tiempos de respuesta para modular expectativas, es importante instar a que se evite el uso inadecuado de los servicios de Emergencias. Una parte del volumen de consultas son de naturaleza Medicina laboral, para evaluar si corresponde ausentismo y emisión de certificados, lo cual puede encauzarse en otros ámbitos. De la misma manera, desalentar consultas de naturaleza médico-legal como evaluación de consecuencias de traumatismos u otros eventos no urgentes con fines de reclamos a compañías aseguradoras

2) En los recursos institucionales y profesionales.

El atraso de los aranceles de las clínicas y sanatorios con respecto a sus costos es de alrededor de un 40% según los informes económicos de ADECRA (figura 4). La brecha existe desde hace varios años, y se profundizó durante 2023. Para compensar el bajo precio de las prestaciones de servicios, las Clínicas y Sanatorios apelaron a trabajar con la mayor ocupación posible de su estructura de internación y ambulatorias.

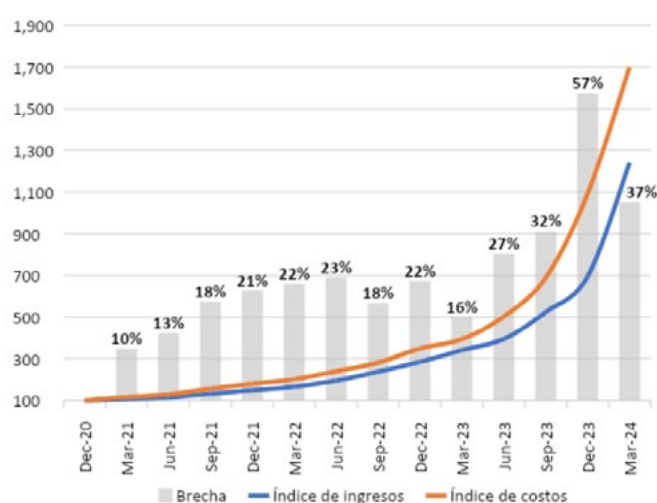


Figura 4. Índice de módulos o prestaciones e índice de costos de insumos para la atención médica. Base 100: diciembre 2020. Fuente ADECRA CEDIM.

Como se observa en las figuras 5 y 6, las tasas de ocupación de la muestra de Centros analizada por ADECRA ronda el 80% y la supera en meses de alta demanda, tanto en Internación general

como en Terapia intensiva. Estos promedios hacen evidente que varios Centros utilizan ocupaciones supra máximas, no por preferencia sino por necesidad de subsistencia. Tener todas las camas ocupadas significa pacientes esperando cama disponible en las posiciones de la Guardia, a veces empleando consultorios, lo cual reduce el personal e instalaciones disponibles para atender con prontitud nuevos ingresantes a la guardia.

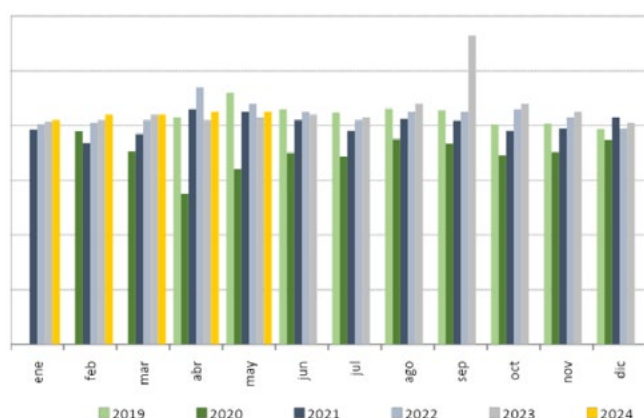


Figura 5. Niveles de ocupación de camas en servicios de internación.

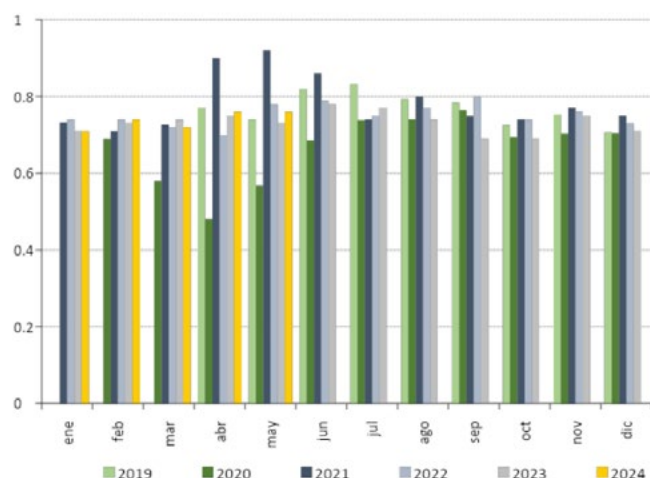


Figura 6. Ocupación en áreas de terapia Intensiva. Fuente ADECRA CEDIM

Mientras la atención de pacientes requiera de seres humanos capacitados técnica y emocionalmente para atenderlos, será imprescindible mejorar las condiciones laborales y de ingresos para revertir el desinterés por ingresar a residencias médicas, que son las que luego abastecen las necesidades de los hospitales. Las condiciones laborales y las remuneraciones requieren dinero para que nuevas generaciones quieran hacer la tarea. En nuestro campo de acciones, hemos elaborado, publicado y puesto en práctica medidas de retención de talento humano profesional, tales como la eliminación del sistema de guardias prolongadas, la posibilidad de adquirir nuevas destrezas, migrar internamente a nuevas tareas, cuidado en clima laboral y otras (5) .

Sin afectar la definición federal de los servicios de Salud en el país, una homogeneidad y simplificación de los requisitos y trámites de matriculación permitiría mayor capacidad de elección y cobertura de necesidades, incluyendo la figura de matriculaciones de plazo transitorio que se regulen de acuerdo con las necesidades de los distritos.

Una planificación estratégica y sistémica debe enfocar en la consolidación de la Emergentología, en tanto especialidad que alberga a quienes manifiestan como vocación primaria el desempeño profesional en este campo, tanto a nivel hospitalario como prehospitalario, para el reclutamiento y la retención no solo de médicos, sino también de enfermeros, técnicos, paramédicos y asistentes de médicos. (6)

Todas las medidas que proponemos serán insuficientes si no se apuntala el talento humano. En cantidad y en calidad. Un sistema con su escala de ingresos deteriorada, con instituciones sub financiadas como en los últimos años, lejos estará de poder incrementar su capacidad y dar respuesta rápida y adecuada a las preferencias y necesidades de los pacientes.

Apéndice

Lista de Centros y Directores participantes.

- **Asociación Española de Socorros Mutuos** - Comodoro Rivadavia, Chubut – *Dra. Cristina Isabel Bornancini*
- **CEMIC Saavedra**, CABA – *Dra. Andrea Perrot*
- **Centro Médico Integral Fitz Roy**, CABA – *Dr. Mario Jorge Schusterhoff*
- **Clínica Adventista Belgrano**, CABA – *Dr. Gustavo Weiss*
- **Clínica Bazterrica**, CABA – *Dra. Alejandra Dileo Lira*
- **Clínica Bessone**, Buenos Aires – *Dr. José Luís Leone*
- **Clínica Modelo de Morón**, Buenos Aires – *Dr. Gustavo Borello*
- **Clínica San Camilo**, CABA – *Dr. Alejandro Ciancio*
- **Clínica Santa Isabel**, CABA – *Dr. Ricardo Salvador*
- **Fundación Favalaro**, CABA – *Dr. Matías Fosco*
- **Grupo Gamma**, Rosario, Santa Fe – *Dr. Gustavo Petroni y Alan Altamirano*
- **Hospital Italiano de La Plata**, Buenos Aires – *Dr. Roberto Martínez*
- **Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento**, CABA – *Dr. Gerardo Bozovich*
- **Instituto Médico de Alta Complejidad**, CABA – *Dr. Edgardo Zimmerman*
- **Instituto Otorrinolaringológico Arauz**, CABA – *Dr. Andrés Blanco*
- **Leben Salud**, Neuquén – *Dres. Demetrio Thalasselis y Alejandra Oliva*
- **Sanatorio Allende Nueva Córdoba** – *Dr. Mario Sorbera*
- **Sanatorio Anchorena**, CABA – *Dr. Francisco Longo*
- **Sanatorio Colegiales**, CABA – *Dr. Federico Alem*
- **Sanatorio de Los Arcos**, CABA – *Dr. Jorge Lantos*
- **Sanatorio Güemes**, CABA – *Dr. Néstor Morgulis*
- **Sanatorio Mater Dei**, CABA – *Dr. Roberto Dupuy de Lôme*
- **Sanatorio Otamendi**, CABA – *Dr. Alejandro Risso Vázquez*
- **Sanatorio San Lucas**, Buenos Aires – *Dres. Pedro Lawson y Héctor Balletero*

Agradecimientos

A la Coordinadora de Gestión de la Comisión, **Lic. Chantal de La Bouillerie** por su infatigable labor, a la **Mg. Erika Perri** por el procesamiento de datos. a la **Lic Agustina Menéndez Behety** por el diseño gráfico y y a la **Lic. Sofía Cavalli** por la labor de comunicación.

Referencias

1. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. Am J Manag Care. 2013;19:47-59.
2. Vidal Carret ML, Gastal Fassa A, Rodríguez Domínguez M. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cad Saude Publica. 2009;25:7-28.
3. Ministerio de Salud. M.A.P.A de residencias. www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/mapa#3
4. ER visits are getting longer amid hospital staffing shortages. <https://www.axios.com/2023/09/15/hospital-er-visit-time-length>
5. Bozovich G , Leone JL, Kritzer J, Torn A, Ciancio A: Ejercicio de la conducción médica. <https://adecra.s3.amazonaws.com/acom/2021/02/Cuadernillo-DM-II.pdf>

6. Cordeiro Stone M, Atashian C, Felton D, Melniker L, Bove J, Gatton B. Improving Emergency Department Efficiency: Decreasing Wait Times by Redistribution of Physician Staffing. *Annals of Emergency Medicine* 2019; 74(48) s47.