

EDITORIAL

La atención en urgencias y los pacientes en espera de cama de hospitalización como síntomas visibles del funcionamiento global de los sistemas sanitarios

Emergency care and patients waiting for hospital beds as a visible symptom of health care systems' overall functioning

Juan Jorge González Armengol

La utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas, tanto en España como en otros países desarrollados. En España, desde 1997, la frecuentación en SUH se ha duplicado (+96%), pasando de 15,2 a 29,9 millones de urgencias anuales en 2023¹. Las causas son variadas, no quedando al margen de la evolución de las sociedades y del funcionamiento de sus sistemas sanitarios.

Un aspecto muy interesante, aún escaso en análisis, es un modelo sanitario global basado en la financiación por actividad que fomenta una cultura del consumo sanitario creciente, que acaba desbordando también a los SUH. Es decir, el aumento de la frecuentación urgente no es solo un fallo organizativo de ese servicio, sino una consecuencia sistémica de cómo se financia y evalúa todo el sistema sanitario. Diversos estudios recientes han confirmado que el modelo de pago por acto (*fee-for-service*, FFS) sigue siendo un impulsor clave del crecimiento del gasto sanitario sin que aporte mejoras proporcionales en salud. Este sistema incentiva la cantidad sobre la calidad, y promueve una utilización excesiva de recursos. Esta lógica se ha extrapolado incluso a sistemas públicos que, aunque no retribuyen directamente por actividad, evalúan y planifican con base en productividad asistencial². En palabras de Starfield *et al.*: "Los sistemas que priorizan la atención basada en la producción tienden a tener peores resultados poblacionales y mayores tasas de hospitalización evitable". Lo que no se mide, no se gestiona: si se mide volumen, se genera volumen³.

Las demoras en la atención sanitaria general tienen una repercusión directa en el aumento de frecuentación de los SUH. En la última década se ha triplicado la demora en atención primaria y se ha producido un aumento significativo en los tiempos de espera para consultas y pruebas diagnósticas en especialidades⁴. Otro aspecto acompañante es la escasa repercusión en factores, de nuevo como financiación, que favorezcan la efi-

ciencia del sistema. Una consecuencia directa en la respuesta ciudadana es el uso alternativo de los SUH, el aumento de seguros privados (30% en España, frente al 15% existente en otros sistemas públicos como Francia o Alemania) o ambos. Hay más aspectos que desbordan el objeto de este editorial.

Una grave consecuencia de lo anterior es que muchos SUH en España y muchos otros países desarrollados vienen presentando con no poca frecuencia episodios cada vez más intensos de presión. No son infrecuentes las imágenes de pacientes en espera de cama abarrotando estos servicios, recogidas cada vez con mayor frecuencia por los medios de comunicación. La saturación es un problema mundial de salud pública⁵. La causa más importante por la que ocurre es la imposibilidad o el bloqueo del ingreso de aquellos pacientes que, una vez valorados en el servicio de urgencias, necesitan una cama de hospitalización, por lo que permanecen en este servicio durante periodos prolongados y de forma inadecuada, y este hecho tiene importantes consecuencias tangibles⁶.

El trabajo de Fernández Castro *et al.*⁷ y el estudio EDEN-18 de Miró *et al.*⁸, publicados en este número de EMERGENCIAS, arrojan luz sobre este fenómeno desde ángulos complementarios. Ambos analizan las consecuencias del tiempo de permanencia en urgencias en pacientes que, habiendo ya sido evaluados y con ingreso decidido, esperan la asignación de una cama. En esa espera se ocultan déficits estructurales, ineficiencias organizativas y, lo que es más preocupante, potenciales perjuicios clínicos.

Un problema común que abordan ambos trabajos son los tiempos de espera excesivos tras la decisión de ingreso. El estudio de Fernández Castro *et al.* refleja la experiencia de un hospital terciario español donde el 48% de los pacientes permanecen más de 12 horas en urgencias antes de su ingreso, con una media de estancia de 22,8 horas. Más de la mitad de ese tiempo se emplea en tareas administrativas y de ubicación en

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: Juan Jorge González Armengol. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Dr. Martín Lagos s/n. 28040 Madrid, España.

Correo electrónico: jjgarmengol@hotmail.com

Información del artículo: Recibido: 11-7-2025. Aceptado: 14-7-2025. Online: 26-8-2025.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: XXXX

Avance online de artículo en prensa

planta. Esta realidad, lejos de ser anecdótica, ha sido corroborada por estudios previos que ya alertaban de un desajuste entre la necesidad de camas y su disponibilidad operativa⁹. En paralelo, el estudio EDEN-18 aporta una perspectiva multicéntrica y geriátrica: en una cohorte de más de 6.000 pacientes mayores de 65 años atendidos en 52 SUH, incluso estancias relativamente breves (≥ 12 horas) se asocian a un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y de la probabilidad de hospitalización prolongada. Sorprendentemente, también las estancias muy cortas (< 6 horas) se asociaron a mayor mortalidad, lo que sugiere que algunos pacientes ingresan con tal gravedad que ni el paso por urgencias logra modificar su pronóstico.

Las consecuencias clínicas no se circunscriben solamente a una cuestión de eficiencia. Ambos estudios apuntan a una relación potencialmente no lineal entre el tiempo en urgencias y los resultados clínicos. El estudio EDEN-18 lo demuestra con un modelo de *splines* cúbicos: los extremos de tiempo (muy corto y muy largo) incrementan el riesgo de eventos adversos. Fernández Castro *et al.*, por su parte, encontraron una mayor mortalidad en los pacientes con estancia más prolongada, si bien este hallazgo se diluyó en el análisis multivariable, donde prevalecieron otros predictores como la edad o el ingreso en camas "ectópicas".

Estos datos se suman a la creciente evidencia sobre el riesgo inherente a las estancias prolongadas en SUH: desarrollo de *delirium*, retraso en la administración de tratamientos, discontinuidad en los cuidados y mayor exposición a eventos adversos¹⁰. La literatura reciente también sugiere que la congestión y el hacinamiento en los SUH aumentan la mortalidad hospitalaria, incluso ajustando por gravedad¹¹. No se trata solo de una cuestión de flujo asistencial, sino de una amenaza concreta a la seguridad y al pronóstico de los pacientes.

¿Qué es lo que falla? Esto es un dilema estructural, organizativo y clínico. Resulta tentador atribuir este problema exclusivamente a un déficit estructural: falta de camas, limitaciones logísticas, hospitales fragmentados. Pero la realidad es más compleja. Como apuntan los propios autores de ambos estudios, la demora no se debe tanto a decisiones clínicas, sino a la inercia organizativa y a circuitos administrativos lentos, poco sincronizados o directamente obsoletos. Este desfase cobra especial relevancia en el contexto de los pacientes frágiles o complejos, cuya atención se ve afectada por factores sociales, necesidad de aislamiento, coordinación con cuidados domiciliarios, entre otros. Urbina *et al.* demostraron recientemente que la complejidad de cuidados se asocia a un mayor riesgo de reconsulta en urgencias, lo cual debería alertar sobre la necesidad de planes de alta individualizados y dinámicos¹².

Además, algunos pacientes ingresan de forma preferente a través de códigos clínicos (ictus, sepsis, infarto), lo que puede distorsionar el análisis del tiempo en urgencias, como bien señala EDEN-18. Pero esto también pone de relieve la eficacia de ciertos modelos de atención protocolizada. En este sentido, la hospitalización a domicilio desde urgencias se ha revelado como una al-

ternativa eficiente y segura para algunos perfiles clínicos¹³.

Una preocupación añadida son los eventos adversos posalta desde urgencias. Un estudio reciente sobre más de 450.000 episodios concluyó que existe una mortalidad no despreciable tras el alta desde urgencias, lo que subraya la importancia de decisiones adecuadas y bien fundamentadas¹⁴.

Debemos avanzar hacia soluciones sostenibles, pues existe espacio para la mejora. Así, ambos estudios coinciden en una conclusión implícita: es técnicamente posible reducir los tiempos de espera, pero requiere voluntad institucional y reingeniería de procesos. Algunas propuestas con respaldo empírico podrían incluir: altas hospitalarias antes del mediodía, protocolos de ingreso directo desde urgencias a determinadas unidades, flexibilización del uso de camas, gestores de camas en tiempo real con capacidad de intervención, o refuerzo de equipos de urgencias, tanto médicos como de enfermería^{15,16}. La reciente aprobación de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias y el impulso paralelo a la formación en enfermería especializada abren una ventana de oportunidad. Contar con profesionales formados específicamente para identificar, priorizar y gestionar el flujo de pacientes desde urgencias puede mejorar sustancialmente la capacidad de respuesta organizativa^{17,18}. También es crucial ajustar las decisiones de hospitalización a la gravedad real del paciente, como ya se ha evidenciado en el manejo de entidades como la insuficiencia cardiaca aguda¹⁹ y buscar nuevas fórmulas de organización, como el inicio de las residencias MIR en urgencias, con impacto positivo esperado en los hospitales²⁰.

Hay otros aspectos a considerar, no abordados en ambos trabajos, susceptibles de intervención. Uno de ellos es la evidencia española e internacional que muestra un incremento significativo de morbilidad y mortalidad en pacientes ingresados desde urgencias en fines de semana y festivos, atribuible a menos recursos clínicos, menor experiencia del personal y procesos asistenciales menos robustos²¹. Dado que en España son unos 120 días al año, esto representa un reto estructural serio. Y, por otra parte, la ausencia en la práctica de datos de gestión e indicadores que repercutan, positiva o negativamente, en la financiación de los servicios de destino de los pacientes en espera de cama.

Como conclusión, cabe decir que lo que ocurre entre el momento en que se decide un ingreso y la llegada a planta no es un simple paréntesis logístico. Es un tiempo clínicamente activo, que suma riesgo, incertidumbre y desgaste tanto para los pacientes como para los profesionales. Si ese tiempo se prolonga por causas evitables, el sistema sanitario no solo pierde eficiencia, sino también calidad y seguridad asistencial. El retraso en la hospitalización desde urgencias es, en definitiva, un síntoma multifactorial de un sistema tensionado: déficit estructural, disfunción organizativa y, en algunos casos, ambos. Asumir esta complejidad es el primer paso para abordarla. Porque los pacientes no esperan en el vacío: esperan en condiciones clínicas, con necesi-

Avance online de artículo en prensa

dades reales y consecuencias medibles, especialmente los pacientes frágiles y vulnerables²².

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión. SIAE/ ESCRI-SIAE/Actividad Asistencial/Actividad Urgencias. (Consultado 5 Julio 2025). Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/siae/escr-siae/actividad-asistencial/actividad-urgencias>
- National Health Expenditures In 2023: Faster Growth As Insurance Coverage And Utilization Increased. Anne B. Martin, Micah Hartman, Benjamin Washington, Aaron Catlin, and The National Health Expenditure Accounts Team. Health Affairs. 2025;44:12-22.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457-502.
- Opinión de los ciudadanos. Barómetro Sanitario 2025. Primera oleada (abril de 2025). Estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional. Ministerio de Sanidad. (Consultado 5 Julio 2025). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm
- Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Over-crowding in emergency department: an international issue. Intern Emerg Med. 2015;10:171-5.
- Henderson K, Boyle A. Exit block in the emergency department: recognition and consequences. Br J Hosp Med (Lond). 2014;75:623-6.
- Fernández Castro I, Mayán Conesa P, Franco Álvarez M, Barba Queiruga JR, Fernández Cambeiro M, Casariego Vales E. Influencia del tiempo de estancia en urgencias en la mortalidad hospitalaria en un hospital español de tercer nivel. Emergencias. 2025;37:00-00.
- Miró O, Rodríguez-Cabrera M, Alquézar-Arbé A, Piñol C, González del Castillo J, Burillo-Putze G. Tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes hospitalizados y resultados a corto plazo (Estudio EDEN-18). Emergencias. 2025;37:00-00.
- Miró Ò, Salgado E, Bragulat E, Ortega M, Salmerón JM, Sánchez M. Repercusión de la falta de camas de hospitalización en la actividad de urgencias. Med Clin (Barc). 2006;126:736-9.
- Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009;16:193-200.
- Cha WC, Shin SD, Lee CH, Suh GJ, Jeong YK. The effects of overcrowding on the outcomes of critically ill patients in EDs. Am J Emerg Med. 2016;34:175-9.
- González-Samartino M, Adamuz J. Factores de complejidad de cuidados asociados a la reconsulta en un servicio de urgencias. Emergencias. 2023;35:245-51.
- Sánchez Marcos C, Espinosa B, Coloma E, San Inocencio D, Pilarcikova S, Guzmán Martínez S, et al. Análisis de seguridad y eficiencia de la hospitalización a domicilio directamente desde urgencias en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. Emergencias. 2023;35:176-84.
- Maestre-Orozco T, Ramos-Rincón JM, Espinosa B, Marín-Aparicio J, Botella Quijal F, Botella Rocamora P, et al. Mortalidad tras el alta desde el servicio de urgencias hospitalario: análisis de 453.599 episodios. Emergencias. 2024;36:168-78.
- Wertheimer B, Jacobs RE, Bailey M, Holman J. Discharge before noon: Effect on throughput and sustainability. J Hosp Med. 2015;10:664-9.
- Kim YE, Lee YJ, Lee M, Cho YJ. Development and application of an ED length-of-stay management system using real-time patient information. BMC Emerg Med. 2022;22:204.
- Allande-Cussó R, Gómez-Salgado J. La especialización en enfermería de urgencias: un impulso esencial para la calidad y seguridad en la atención en urgencias y emergencias. Emergencias. 2024;36:389-90.
- Connolly J. La aprobación de la Medicina de Urgencias y Emergencias como especialidad en España: otro país más que se suma al interés por alcanzar una medicina de alta calidad siguiendo los estándares europeos. Emergencias. 2024;36:324-5.
- Miró O, Llorens P, Gil V, López Díez MP, Jacob J, Herrero P, et al. Decisión de hospitalización o alta en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en urgencias, su adecuación con la gravedad de la descompensación e impacto pronóstico. Emergencias. 2023;35:261-9.
- Piñera Salmerón P. Impacto esperado del inicio de la residencia en Medicina de Urgencias y Emergencias en los hospitales españoles. Emergencias. 2024;36:334-6.
- Amigo F, Dalmau-Bueno A, García-Altés A. Do hospitals have a higher mortality rate on weekend admissions? An observational study to analyse weekend effect on urgent admissions to hospitals in Catalonia. BMJ Open. 2021;11:e047836.
- García-Peña C, Thorpe JM, Murtaugh CM, et al. The adverse effects of hospitalization on the cognitive and physical functioning of older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003;58:104-9.