

EDITORIAL

Gestión de camas de hospitalización y saturación de los servicios de urgencias: una asignatura siempre pendiente

Hospital bed management and emergency department overcrowding: a long-standing unresolved issue

Antonio Juan Pastor

El artículo "Predicción en tiempo real de los ingresos del servicio de urgencias mediante un modelo de inteligencia artificial y su integración en la planificación de las camas de hospitalización", de Millán Soria *et al.*¹, llega a EMERGENCIAS coincidiendo con un invierno especialmente problemático para los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) españoles. No han sido pocas las noticias que han saltado a medios de comunicación general, en diversas comunidades autónomas, con diferentes servicios de salud y hospitales de variada categoría, en que profesionales de los SUH reclamaban medidas para paliar la saturación de los SUH, fenómeno cuyas nefastas consecuencias están bien documentadas².

Para aquellos que hemos dedicado gran parte de nuestra vida profesional a analizar este problema y a buscar soluciones, resulta sorprendente que a día de hoy no seamos capaces de abordar con medidas eficaces uno de los puntos críticos de las causas de la saturación: el paciente con ingreso urgente sin cama de hospitalización³.

Uno de los artículos de cabecera para los interesados en la saturación de los SUH y sus causas agrupa los diferentes factores que intervienen en factores de entrada (demanda y todo lo que la condiciona), factores propios de la actividad (proceso de urgencias y sus cuellos de botella) y factores de salida (drenaje)⁴. Cuando nos referimos al paciente que requiere ingreso urgente, asunto que aborda el artículo de Millán Soria *et al.*, estamos en el punto final del proceso de urgencias y el inicio del proceso de hospitalización. Por tanto, en este tránsito urgencias-hospitalización influyen factores vinculados al propio proceso de atención urgente y factores relacionados con el drenaje, es decir, lo que sucede una vez finalizada la atención propia del SUH. Entre los primeros cabe destacar la adecuación de ingreso hospitalario (una parte de los ingresos en hospitales de agudos que más estancias consumen es por causa social); el tiempo hasta la toma de decisión de ingreso; el uso adecuado de las unidades de observación; el grado de colaboración de otras especialidades distintas a la de urgencias en la rapidez de la toma de decisiones; y tiempo de realización de pruebas diagnósticas, entre

otros. En cuanto a los factores relacionados con el drenaje, cabe destacar la disponibilidad de cama para el ingreso en tiempos aceptables; disponer de alternativas a la hospitalización convencional; un flujo de alta-ingreso en hospitalización acorde a la demanda (la curva ingreso urgente/alta de hospitalización debería ser paralela, cuando en realidad es divergente); disminución del tiempo de preparación de cama postalta; y rapidez en el traslado del paciente del SUH a la cama destino, entre otros.

El modelo predictivo de ingreso que proponen Millán Soria *et al.* estaría enmarcado en las herramientas de análisis en relación al ingreso urgente. Ese es un punto determinante, pero no suficiente, porque es preciso acompañarlo de medidas eficaces para asegurar que el resto de factores que impiden que el paciente acceda a la cama de hospitalización sin demoras se adopten. No son pocos los equipos directivos que no saben cómo abordar este problema que se asume en demasiadas ocasiones como estructural y universal, es decir, sin solución. Y no son pocos los profesionales de los SUH, a pesar de la enorme experiencia acumulada, que piensan lo mismo, señalando al exceso de demanda como una de las causas principales⁵, o al ingreso programado como el enemigo a batir, incompatible con el ingreso urgente. Esta es una aproximación errónea y que dificulta aplicar medidas eficaces. Los SUH deben adaptarse a la demanda, aunque pueden proponer soluciones para contenerla a los verdaderos responsables de intervenir en ella, que no son otros que los responsables de la política sanitaria. Las direcciones de los centros hospitalarios no pueden señalar a los propios SUH como los culpables, cuando en realidad son los damnificados de la saturación, junto con los pacientes. Y los profesionales del SUH, incluidos los responsables de los servicios, no pueden estar mirando a todos lados a ver si alguien aporta soluciones, cuando su responsabilidad directa es llevar a cabo una adecuada prestación de asistencia a todos los pacientes que lo precisen, y su responsabilidad indirecta o intermediada es proponer soluciones a aquellos que deben adoptarlas, para lo que se necesita co-

Filiación de los autores: Gerencia, Hospital de Laredo, Servicio Cántabro de Salud, España.

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

Autor para correspondencia: Antonio Juan Pastor. Director Gerente. Hospital de Laredo. Av. Derechos Humanos, 40. 39770 Laredo, Cantabria, España.

Correo electrónico: a.juanpastor@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 22-2-2026. Aceptado: 23-2-2026. Online: 9-3-2026.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/024.2026

nocimiento y herramientas de análisis, como las propuestas en el artículo de Millán Soria *et al.* Es muy complicado prestar una adecuada atención urgente en servicios permanentemente saturados, con estructura bloqueada por pacientes que deberían de estar ocupando una cama de hospitalización al poco de formalizarse el ingreso urgente^{6,7}.

Las direcciones de los centros hospitalarios son las responsables de la estrategia de gestión de camas y son quienes deben establecer medidas que mejoren la eficiencia. No hay que olvidar que el principal factor gestionable que mejora la eficiencia de la gestión de camas es la estancia media de hospitalización. Bajar la estancia media, sin perder seguridad, debe ser un compromiso de los responsables del proceso de hospitalización si se quiere acabar con la saturación de los SUH. Otros factores sobre los que hay que adoptar medidas son los ingresos inadecuados, tanto programados como urgentes, las estancias prequirúrgicas innecesarias o las estancias prolongadas evitables. En cuanto a las alternativas a la hospitalización convencional, su correcto uso contribuirá a una mayor adecuación de ingreso⁸⁻¹⁰. Por último, es necesario un modelo centralizado de gestión de camas: las camas no son propiedad de los servicios, sino que su uso se basa en criterios relacionados con las características del paciente, su proceso asistencial y las necesidades de cuidados.

La inteligencia artificial no es una moda, sino que ha venido para quedarse¹¹⁻¹⁵, y es esperanzador que la herramienta descrita en el artículo de Millán Soria *et al.* permita realizar un análisis certero de la probabilidad de ingreso, ofreciendo una información necesaria para que las medidas a adoptar se lleven a cabo en tiempo y forma. Pero no nos dejemos deslumbrar por el mero análisis: adoptemos las medidas que estén en nuestra mano y convenzamos a direcciones y gestores sanitarios a todos los niveles que este no es un problema sin solución, sino todo lo contrario. De este modo, tal vez el próximo invierno las noticias sean otras y erradiquemos de los SUH el paciente pendiente de ingreso como causa de saturación.

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 con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor han 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

- 1 Millán Soria J, Medina Álvarez J, Sánchez Suárez L, Cano Cerviño C, Serrano Lázaro L, García-Minguillán Castillo MA, et al. Predicción en tiempo real de los ingresos del servicio de urgencias mediante un modelo de inteligencia artificial y su integración en la planificación de las camas de hospitalización. *Emergencias*. 2026;38:98-106.
- 2 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;37:353-9.
- 3 Juan Pastor A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:249-53.
- 4 Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42:173-80.
- 5 Mora T, López-Valcárcel BG, Cabezas-Peña C. Factores que influyen las consultas de baja gravedad a urgencias de los pacientes de edad avanzada en Cataluña. *Emergencias*. 2025;37:259-66.
- 6 Carballo Cardona C. Esperar para ingresar: la frontera crítica del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2025;37:329-31.
- 7 Carballo Cardona C. Servicios de urgencias en situación crítica: hacia un marco de identificación y actuación estructural. *Emergencias*. 2025;37:301-3.
- 8 Richard Espiga F, Mòdol Deltell JM, Martín-Sánchez FJ, Fernández Sierra A, Fernández Pérez C, Juan Pastor A. Impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) dependiente orgánicamente de urgencias en la gestión clínica y la calidad asistencial hospitalaria. *Emergencias*. 2017;29:147-53.
- 9 Bibiano-Guillén C, Mir-Montero M, Rodríguez-Rodríguez B, Vinat-Prado S, Sánchez-Pérez M, Pantoja-Zarza MC. Implementación de una unidad de corta estancia virtual domiciliaria: viabilidad, seguridad y satisfacción. *Emergencias*. 2025;37:312-5.
- 10 Sánchez Marcos C, Espinosa B, Coloma E, Nicolás D, San Inocencio D, Gil V, et al. Factores asociados a la necesidad de escalada asistencial en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda derivados desde urgencias a hospitalización a domicilio. *Emergencias*. 2025;37:411-9.
- 11 Estella A, Armengol de la Hoz MA, González del Castillo J, Grupo de trabajo INFURG-SEMES. Datos abiertos e inteligencia artificial: una ventana de oportunidad para pacientes sépticos en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2025;37:373-81.
- 12 Gordo-Vidal F, Gordo-Herrera N. Inteligencia artificial y sistemas de aprendizaje automático: fascinación versus realidad. *Emergencias*. 2025;37:3-4.
- 13 González-Martínez F, Garrido NJ, Mateo J. Inteligencia artificial en la práctica clínica de urgencias: más realidad que fascinación. *Emergencias*. 2025;37:159.
- 14 Sáenz-Abad D, Sachi Martínez-Mihara M, Lahoza-Pérez MC. La inteligencia artificial como herramienta de apoyo diagnóstico en urgencias. *Emergencias*. 2025;37:78-9.
- 15 Castro-Delgado R, Pardo Ríos M. La inteligencia artificial y los servicios de urgencias y emergencias: debemos dar un paso adelante. *Emergencias*. 2024;36:145-7.