

Gestión de los servicios de emergencia: de la saturación cotidiana a la gobernanza clínica

Management of emergency services: from chronic crowding to clinical governance

Juan Pablo Holguín-Carvajal ^{1,a,b,c} 

¹ Facultad de Medicina, Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

^a Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres.

^b Especialista en Docencia Universitaria.

^c Doctor en Ciencias Médicas.

Autor de correspondencia

Prof. Juan Pablo Holguín-Carvajal, Ph.D.; jpholguin@uazuay.edu.ec

Historia del artículo

Recibido: 19/05/2026

Aceptado: 22/05/2026

Publicado: 2/07/2026

Pocos espacios de nuestros sistemas de salud muestran con tanta crudeza sus fortalezas y debilidades como los servicios de emergencia. Allí convergen la múltiples y diarias atenciones de pacientes por trauma, descompensaciones de pacientes con enfermedades crónicas, presencia de infecciones graves, pacientes con crisis obstétricas, salud mental, violencia civil y, cuando el contexto lo exige, también la atención de desastres. La gestión de los servicios de emergencia suele confundirse con una tarea administrativa restringida a turnos, insumos y disponibilidad de camas. Esa mirada es insuficiente. La atención de urgencias constituye una plataforma asistencial estratégica que conecta la escena del evento, el transporte, la unidad de emergencia y el cuidado intrahospitalario temprano; por ello, su organización no puede entenderse como un problema periférico del hospital, sino como una función crítica del sistema de salud [1,2].

La Organización Mundial de la Salud y la resolución WHA76.2 aprobada en el 2023 han sido claras: los servicios de emergencia deben planificarse como parte de un continuo asistencial, con una gobernanza efectiva, que asegure acceso oportuno, manteniendo adecuada articulación con prehospitalaria y e intrahospitalaria, y además, que mantenga una óptima capacidad de respuesta frente a emergencias sanitarias y desastres [1,2].

A partir de esta perspectiva, la gestión de un servicio de emergencia no se limita solo a reducir tiempos de espera. Significa ordenar el flujo clínico según riesgo, garantizar seguridad del paciente, integrar laboratorio, imágenes, interconsultas y hospitalización, proteger la capacidad resolutoria del área crítica y medir de manera transparente el desempeño del sistema. Cuando estas funciones fallan, el síntoma más visible es la saturación del servicio. Hoy existe suficiente evidencia para afir-

mar que este efecto crowding no es una dificultad operativa, sino un problema de seguridad clínica, experiencia del paciente, sostenibilidad laboral y calidad asistencial [3,4]. La guía del Royal College of Emergency Medicine insiste, con razón, en que la saturación no debe normalizarse y que su principal determinante es la falla del flujo de salida, es decir, la imposibilidad de ingresar oportunamente a los pacientes que ya requieren hospitalización [3].

En Perú conocen muy bien esa realidad, en Lima, un hospital terciario de alta demanda documentó saturación sostenida, presión sobre áreas médicas y estancias prolongadas, hallazgos que sin duda expresan una sobrecarga estructural más que una contingencia pasajera [5]. En Quito, capital de Ecuador, probablemente uno de los escenarios mejor equipados del país, la mitad de los servicios de emergencia reportó funcionar a plena capacidad y más de una cuarta parte por encima de ella, con estancias prolongadas particularmente marcadas en hospitales públicos y de seguridad social [7]. En Bogotá, Colombia, casi la mitad de los servicios estudiados se declaró sobre su capacidad, con volúmenes asistenciales muy altos y permanencias frecuentemente mayores de seis horas [8]. En Buenos Aires, Argentina, un hospital universitario de alta complejidad permaneció en condiciones de saturación durante 57,7% de las horas evaluadas [9]. Vista en conjunto, la evidencia latinoamericana deja una lección incómoda pero útil: la saturación no es un fracaso exclusivo del servicio de emergencia, sino un síntoma visible de un sistema fallido que no logra ordenar su demanda, su capacidad de hospitalización ni su flujo de egreso [5,7-9].

Por eso también hay razones para evitar el fatalismo. En el Perú, la implementación de triaje estructurado ha mostrado mejoría en indicadores de saturación en los



Citar como:

servicios de emergencia [6]. En Brasil, los núcleos internos de regulación hospitalaria surgieron precisamente en contextos marcados por sobreocupación y mostraron resultados promisorios, especialmente en el seguimiento de la ocupación y en la reducción del tiempo de estancia media hospitalaria [10]. Esa experiencia comparada recuerda una verdad primordial de la gestión: los servicios de emergencia no mejoran con retórica, sino cuando los procesos se rediseñan, se asignan funciones y responsabilidades claras, y se mide el efecto de cada intervención, no se puede mejorar lo que no se mide [6,10]. Ninguna herramienta de manera aislada llegará a resolver un problema sistémico, pero la ausencia de herramientas de gestión lo perpetúa notablemente.

En América Latina, donde conviven casi de una manera simbiótica la fragmentación sanitaria, desigualdad territorial y vulnerabilidad frente a eventos adversos, la gestión de los servicios de emergencia debe entenderse como una forma de gobernanza clínica. Un servicio saturado no solo atiende peor un día lunes ordinario; también responde peor al accidente múltiple, al brote epidémico o al desastre natural. Fortalecer la gestión cotidiana optimizando flujos, con registro de datos, implementando un correcto triaje, con un censo y regulación de camas permanente, afianzando la seguridad y liderazgo, no compite con la preparación para desastres: la hace posible [1,2]. En medicina de emergencias, gestionar bien no es simple burocracia; es una intervención clínica de alto impacto. Y mientras antes lo asumamos como disciplina de gobierno hospitalario y de política sanitaria, menor será la distancia entre la atención que prometemos y la atención que realmente entregamos.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. WHO emergency care system framework. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-emergency-care-system-framework>
2. World Health Assembly. Integración de la atención quirúrgica y los cuidados intensivos y de urgencias para la cobertura sanitaria universal y la protección frente a emergencias sanitarias. Resolución WHA76.2. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R2-sp.pdf
3. Royal College of Emergency Medicine. The management of emergency department crowding. London: RCEM; 2024. Disponible en: https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2024/01/RCEM_Crowding_Guidance_Jan_2024_final.pdf
4. Pearce S, Marchand T, Shannon T, Ganshorn H, Lang E. Emergency department crowding: an overview of reviews describing measures, causes, and harms. *Intern Emerg Med*. 2023;18(4):1137-1158. doi: <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36854999/>
5. Taype-Huamaní W, Miranda-Soler D, Castro-Coronado L, Amado-Tineo J. Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Rev Fac Med Hum*. 2020;20(2):216-221. doi: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2709>. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000200216&script=sci_arttext
6. Taype-Huamaní WA, De-La-Cruz-Rojas LA, Amado Tineo JP. Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2021;14(4):491-495. doi: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.144.1455>. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000500011&script=sci_arttext&tlng=es
7. Maldonado A, Patiño AM, Kearney AS, Tarupi W, Real J, Moffett S, et al. Emergency department characteristics and capabilities in Quito, Ecuador. *Ann Glob Health*. 2021;87(1):37. doi: <https://doi.org/10.5334/aogh.3129>. Disponible en: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3129>
8. Bustos Y, Castro J, Wen LS, Sullivan AF, Chen DK, Camargo CA Jr. Emergency department characteristics and capabilities in Bogotá, Colombia. *Int J Emerg Med*. 2015;8(1):79. doi: <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0079-y>. Disponible en: <https://intjem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12245-015-0079-y>
9. Giunta DH, Pedretti AS, Elizondo CM, Grande Ratti MF, González Bernaldo de Quirós F, Waisman GD, et al. Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. *Rev Med Chil*. 2017;145(5):557-563. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000500001>. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872017000500001&script=sci_arttext
10. Soares VS. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017;15(3):339-343. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3878>. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5823049/>