



## REVISIÓN

# Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México

## *Association between quality of care and the level of saturation of the emergency department of a hospital in Hidalgo, Mexico*

Rubí Guadalupe Islas Cerón<sup>1</sup>, Andrómeda Ivette Valencia Ortiz<sup>2</sup>, Eduardo Bustos Vázquez<sup>3</sup>, Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma<sup>4</sup>, Josefina Reynoso Vázquez<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Estudiante de la Maestría en Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México

<sup>2</sup> Departamento de Psicología y Maestría en Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México

<sup>3</sup> Departamento de Vigilancia Epidemiológica Servicios de Salud de Hidalgo. México

<sup>4</sup> Departamento de Medicina y Coordinador de la Maestría en Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México

<sup>5</sup> Departamento de Farmacia y Maestría en Salud Pública [ICSa-UAEH] Instituto de Ciencias de la Salud-Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jreynoso@uaeh.edu.mx](mailto:jreynoso@uaeh.edu.mx) (Josefina Reynoso Vázquez).

Recibido el 17 de mayo de 2020; aceptado el 17 de julio de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Islas Cerón RG, Valencia Ortiz AI, Bustos Vázquez E, Ruvalcaba Ledezma JC, Reynoso Vázquez J. Asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México. JONNPR. 2020;5(10):1163-78. DOI: 10.19230/jonnpr.3770

### How to cite this paper:

Islas Cerón RG, Valencia Ortiz AI, Bustos Vázquez E, Ruvalcaba Ledezma JC, Reynoso Vázquez J. Association between quality of care and the level of saturation of the emergency department of a hospital in Hidalgo, Mexico. JONNPR. 2020;5(10):1163-78. DOI: 10.19230/jonnpr.3770



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.



## Resumen

La calidad de atención en los servicios médicos en México representa el reflejo de un conjunto de acciones que el sistema de salud ha encaminado para equilibrar la oferta de dichos servicios con la demanda de los usuarios y conseguir elevar su grado de satisfacción.

**Objetivo.** Analizar la asociación entre calidad de atención y el nivel de saturación del servicio de urgencias de un hospital de Hidalgo, México.

**Metodología.** Se realizó una revisión sistemática en PubMed y SciELO – Scientific Electronic Library Online en el mes de marzo del año 2020, mediante las palabras clave: calidad de atención médica, servicios de urgencia hospitalaria, antecedentes de calidad en México, nivel de saturación de los servicios de urgencia médica, calidad en el sistema de salud mexicano. También se buscó “google académico” con los mismos términos, la búsqueda se realizó en español.

**Resultados.** La calidad técnica de la atención, valorada mediante el apego a Protocolos de atención médica y Guías de Práctica Clínica, denota áreas de oportunidad, principalmente en primer nivel de atención, tiempos de espera prolongados, días de hospitalización, los errores médicos, entre otros se perciben como asociados a la mala calidad de la atención.

**Conclusión.** Por los resultados detectados en las referencias consultadas, es necesario analizar los nichos del sistema que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad como lo es el nivel de saturación del servicio de urgencias, trabajar en los indicadores de calidad de la atención con recursos materiales y humanos, de lo contrario los resultados ante la saturación de los servicios de salud continuaran con percepción negativa, esto es, resultados no positivos.

## Palabras clave

*calidad de atención médica; servicios de urgencia hospitalaria; antecedentes de calidad en México; nivel de saturación de los servicios de urgencia médica; calidad en el sistema de salud mexicano*

## Abstract

The quality of care in medical services in Mexico reflects the set of actions that the health system has aimed to balance the supply of these services with the demand of users and to increase their degree of satisfaction.

**Aim.** To analyze the association between quality of care and the level of saturation of the emergency department of a hospital in Hidalgo, Mexico.

**Methodology.** A systematic review was carried out in PubMed and SciELO - Scientific Electronic Library Online in March 2020, using the keywords: quality of medical care, hospital emergency services, quality history in Mexico, level of saturation of services of medical emergency, quality in the Mexican health



system. We also searched for “academic google” with the same terms, the search was carried out in Spanish.

**Results.** The technical quality of care, valued through adherence to protocols of medical care and Clinical Practice Guidelines, denotes areas of opportunity, mainly in the first level of care, long waiting times, days of hospitalization, medical errors, among others. perceived as associated with poor quality of care.

**Conclusion.** Due to the results detected in the references consulted, it is necessary to analyze the niches of the system that are in the highest state of vulnerability, such as the level of saturation of the emergency service, work on the quality of care indicators with material and human resources Otherwise, the results in the face of the saturation of health services will continue with a negative perception, that is, non-positive results.

#### Keywords

*quality of medical care; hospital emergency services; quality history in Mexico; level of saturation of medical emergency services; quality in the Mexican health system*

## Introducción

El sistema de salud mexicano (SSM) está íntimamente ligado con la calidad de atención médica (CAM) y, por sí solos, no pueden avanzar el uno sin el otro, debe existir una distribución muy precisa de todos los recursos financieros, humanos y materiales que en el interactúan y guardar siempre ese flexible, pero equilibrado control para obtener los resultados esperados. La calidad es una característica difícil de definir, ya que es una cualidad subjetiva, esto quiere decir que un individuo la puede percibir de manera considerablemente distinta a otro dependiendo la situación específica que esté pasando o los factores que estén influyendo en él.

La CAM es un tema de interés multidisciplinario en el que el derecho, la salud pública, la administración sanitaria, la bioética por mencionar algunos se han centralizado en dos premisas fundamentales: derechos de los pacientes y al derecho a la salud. Parte importante del sistema de salud (SSA) son los servicios de urgencias hospitalario (SUH) y la mayoría de la población que ha utilizado este servicio en cualquier unidad médica del país se ha percatado de que existe un continuo descontrol en cuanto a la atención que se les brinda, en específico el nivel de saturación de dicho servicio, con tiempos de espera prolongados, desabasto de medicamentos, falta de personal, falta de áreas de atención eficiente por mencionar algunos.



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definición de Urgencia es “la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”<sup>(1)</sup>.

Estos factores reflejan como lo dice la OMS la necesidad inminente de atención a través de implementar medidas eficientes al SSA para satisfacer las necesidades fortuitas de los SUH y brindar así una atención de calidad homogénea en todas las unidades médicas del país y así, de esta manera cumplir con una parte consagrada en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que es “el derecho a la protección de la salud” y uno de los Objetivos De Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades<sup>(2)</sup>.

En materia de calidad del SSM existe un largo recorrido a través del tiempo y un antecedente de que varias instituciones y diversos profesionales han estudiado la CAM así como las circunstancias en las que se prestan los servicios de salud y los factores que contribuyen a que dichos servicios sean satisfactorios para los usuarios y los propios proveedores. Dentro de las acciones institucionales enfocadas en la CAM, el IMSS manifiesta por primera ocasión esta preocupación en el año de 1956, cuando en el Hospital de la Raza se inició la revisión sistemática como método para evaluar la CAM dando lugar en 1957 a la Comisión de Supervisión Médica del IMSS para el fomento las directrices de mecanismos propios de evaluación de CAM y para el año 1959 la integración de la Auditoría Médica de la misma institución<sup>(3)</sup>.

En la década de 1970 el IMSS publicó diversos documentos para impulsar una cultura institucional para evaluar la calidad de atención médica, entre los que se pueden citar los de “Evaluación médica” y de “Auditoría médica”, que enfatizaban la revisión de expedientes y el análisis de autopsias como técnicas de evaluación<sup>(4)</sup>. En el año de 1976 se implementó un nuevo enfoque para evaluar la calidad, el cual estaba centrado en la relación médico-paciente, por considerar que ésta constituía un elemento fundamental y determinante de la calidad de atención. Se produce así un cambio radical del enfoque de evaluación hacia un enfoque centrado en el proceso, más que en el resultado. Ese enfoque se trasladó a los ámbitos académicos y se incorporó en la educación de pregrado y posgrado en las escuelas de Medicina<sup>(5)</sup>.



En 1983 la evaluación de la CAM se había centrado en la información contenida en el expediente clínico; sin embargo con base en la revisión de la bibliografía previa, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como el abastecimiento y la calidad de la infraestructura; la disponibilidad y capacidad profesional/técnica de los recursos humanos, congruentes con el nivel de la atención que se otorgue; el suministro necesario de insumos; la organización de los servicios; la realización de los procedimientos y actividades de la atención conforme a las normas de calidad vigentes; la obtención de resultados de la atención congruentes con el objetivo de la misma y todo ello dentro de un marco de trato social y humanitario.

También se consideró necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, ya que como es de todos sabido los recursos no son ilimitados y sus costos son cada vez mayores, tanto en nuestro país como en países más ricos<sup>(6)</sup>.

El Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud en 1987 editó un documento de carácter sectorial: *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud*<sup>(7)</sup>.

Entre las políticas y estrategias que propusieron en ese periodo para el Sistema Nacional de Salud (SNS), destacaba la relacionada con la mejora de la CAM por lo que el Grupo Básico de Evaluación antes mencionado, desarrolló la metodología, los mecanismos y los procedimientos para evaluar la calidad de los servicios que proporcionaban las instituciones del SSA identificando determinantes de CAM, mecanismos para identificarlos y los criterios para la asignación de valores dando lugar a la creación del denominado "Sistema de Evaluación de la Calidad de Atención en Unidades Médicas del Sector Salud", el cual retomó la experiencia del IMSS en esa materia<sup>(8)</sup>

En este sistema se propone por primera vez un proyecto integral y sistemático para evaluar la CAM, que toma como base el esquema tripartito de estructura, proceso y resultados propuesto por Avedis Donabedian y que se constituye de la siguiente manera.

- Suficiencia de Recursos Humanos (RRHH)
- Organización de los servicios
- Proceso de atención



- Resultados de la atención
- Satisfacción de los usuarios
- Satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores
- Actividades de enseñanza e investigación.

Avedis Donabedian (1919-2000) introdujo en 1966 el esquema tripartito de estructura, proceso y resultado en la atención médica. Este esquema tripartito engloba elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital.

Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero que por sí solos no son suficientes para garantizarla como lo es la infraestructura, los recursos materiales, financieros y humanos y la estructura de la organización de dichos recursos. Los indicadores de proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención.

Los indicadores de resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes. Los indicadores clásicos de los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad<sup>(10)</sup>.

A partir de los años noventa, destacan otros esfuerzos por la calidad en salud, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- 1992. Creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA).
- 1994. Financiamiento de proyectos de mejora continua por el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA).
- 1996. Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)
- 1997. Programa Integrado de Calidad del IMSS.
- 1997-2000. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica (PMCCAM).
- 1999. Integración de la Comisión Nacional de Certificación e Inicio del Programa Nacional de Certificación de Hospitales por el Consejo de Salubridad General (CSG)<sup>(11)</sup>.

En el sexenio 2000-2006 se implementa la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud Desarrollada y los resultados sirvieron de fundamento para dar continuidad a la política de calidad en el Sistema Nacional de Salud.



Esta nueva percepción de la importancia de la calidad en el sector público, se reflejó tácitamente en el Sector Salud particularmente en dos hechos relevantes que se destacan a continuación:

a) Primero, la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que colocó a la calidad en el nivel más alto de la estructura jerárquica, justo donde se emiten políticas públicas y se determinan estrategias y líneas de acción.

b) El segundo fue la realización, a partir de 2001, de la denominada Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que se desarrolló durante ese periodo de gobierno 2001-2006<sup>(12)</sup>.

A partir del sexenio 2007-2012 en México, se empieza a desarrollar una preocupación tangible por establecer un programa de calidad en el SSA, que abarca desde el primer nivel al tercer nivel de atención; este programa se ha denominado como SI CALIDAD y su objetivo principal es el de contribuir a la mejora de los SSA para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del SSM reciben atención. En este sentido, el programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país como lo son el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), así como los de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y los de la MARINA respectivamente.

Dentro de los indicadores más importantes que SI CALIDAD califica, se encuentra la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avales Ciudadano. La revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas, entre otros<sup>(13)</sup>.

## Metodología

Se realizó una revisión sistemática para analizar la información disponible en las bases de datos de PubMed y SciELO – Scientific Electronic Library Online en el mes de marzo del año 2020, mediante las palabras clave: calidad de atención médica, servicios de urgencia hospitalaria, antecedentes de calidad en México, nivel de saturación de los servicios de



urgencia médica, calidad en el sistema de salud mexicano. También se realizó una búsqueda en internet en el buscador "google académico" con los mismos términos<sup>(14)</sup>.

En esta revisión se incluyeron fuentes secundarias que describieran la calidad de atención médica, nivel de saturación de los servicios de urgencias, antecedentes de la calidad y sistema de salud de México y otros países. Los resultados obtenidos oscilaron entre 35 y 15 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave.

Se excluyeron artículos publicados en otro idioma que no fuera español, aquellos que no tuvieran relevancia con el tema y estudios duplicados.

## Resultados y discusión

El problema del nivel de saturación de los SUH en cualquier unidad de atención hospitalaria es muy sabido por la población mexicana, con base en experiencias propias de los usuarios del sistema de salud y constituye un objeto de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general, ya que, con el aumento de la población se ha producido un fenómeno de crecimiento de la utilización de este servicio.

Diversos trabajos sitúan la proporción de visitas inadecuadas a los SUH entre el 20% y el 80% del total. Este amplio intervalo se debe, en buena parte a la inexistencia de consenso en cuanto a la definición de urgencia.

Un estudio realizado en el hospital general universitario de Elche (Alicante, España) donde la población de estudio fueron todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias generales (excepto los adscritos a los servicios de traumatología y pediatría), entre mayo de 1996 y abril de 1997, y en total se revisaron 2980 episodios de atención para la identificación de visitas inadecuadas se utilizó el protocolo validado por expertos de adecuación de las urgencias hospitalarias (PAUH), construido con criterios explícitos que define como inadecuados los casos atendidos en los SUH cuya asistencia podría haberse realizado de forma similar extrahospitalariamente. Los resultados obtenidos fueron que el PAUH mostró una excelente fiabilidad tanto intra como entre observadores con altos índices de acuerdo y validez de criterio en el límite entre moderada y baja.

Otro estudio realizado con los registros de 1996 del servicio de urgencias del Hospital de Especialidades en una población que comprendido a todos los derechohabientes (usuarios de dicho servicio), mayores de 14 años, definió como urgencia verdadera a: "la atención



medica proporcionada en el servicio de urgencias, después de otorgarse la misma; el usuario por indicaciones médicas debió permanecer en el hospital".

De los resultados obtenidos de 26,005 atenciones otorgadas se calificaron como urgencias verdaderas 9,333 (35.88 por ciento), concluyendo que poco más de la tercera parte de las atenciones que se proporcionaron en el servicio de urgencias se calificaron como urgencias verdaderas, en otros términos, por cada urgencia verdadera se atendieron 1.78 determinadas como urgencias no verdaderas; lo que significa necesidad de contemplar otras estrategias organizacionales para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de urgencia <sup>(15)</sup>.

Ahora bien, es importante definir qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario y conocer las características y condiciones de la atención a los pacientes que acuden al SUH.

En el hospital de Elda más de la mitad de los usuarios del SUH acudieron por iniciativa propia (51,4%). La percepción de los pacientes sobre su estado de salud fue excelente en el 48,0% de los casos, consideraron que su enfermedad era leve el 41,2% o poco grave el 23,1%.

De dicho estudio se concluyó la necesidad de atención urgente por parte de los pacientes, en casi la mitad de los casos, no se corresponde con lo que los profesionales considerarían una urgencia vital. La valoración positiva y la accesibilidad de los servicios de urgencias, junto a la incertidumbre, justifican su sobreutilización<sup>(16)</sup>.

Un estudio en México donde se tomaron como muestra 33 hospitales del Distrito Federal y de los estados, de segundo y de tercer nivel, disponiéndose de 735 encuestas a derechohabientes en consulta externa, 853 en hospitalización y 1,353 encuestas a trabajadores: en consulta externa los porcentajes más elevados de insatisfacción se relacionaron con la información médica y relación médico-paciente, llamó la atención el cumplimiento de las citas en un 88 por ciento.

En hospitalización los problemas principales se observaron en la alimentación de los pacientes y la atención por Trabajo Social, con problemas en la relación médico paciente y en la información médica, deficiente orientación al paciente a su ingreso, en contraste con una adecuada atención de Enfermería; los trabajadores manifestaron insatisfacción fundamental por el salario que perciben, inadecuación del área de trabajo, insuficiente apoyo institucional y falta de reconocimiento del jefe inmediato superior.



La mayoría de los trabajadores manifestaron integración al equipo de trabajo, reconocimiento de la trascendencia de la labor que se realiza y necesidad de capacitarse para su mejor desempeño<sup>(7)</sup>.

Para el año 1997 en México, se implementó en 28 estados del país el Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica (PMCCAM) entre las acciones realizadas, destaca la evaluación basal de la calidad en la que participaron todos los hospitales generales de la Secretaría de Salud (SS) y centros de salud de más de un módulo de atención. En esta evaluación, se involucraron a poco más de 15,000 trabajadores de salud de 3,000 unidades de atención, cerca de 28,000 usuarios y se revisaron más de 50,000 expedientes; mostró la gran heterogeneidad de la CAM entre las entidades federativas en el nivel hospitalario como en el nivel ambulatorio.

Se calcula que el nivel de calidad en la atención ambulatoria alcanzó un promedio general de 52.2% de un máximo de 100%. Si bien el nivel de la calidad de atención en el medio hospitalario fue mejor que en el de la atención ambulatoria (promedio de 64.5%), en ese nivel también se observó gran heterogeneidad entre las entidades federativas.

Esa evaluación incorporó además la medición de la calidad técnica de la atención, valorada mediante el apego a Protocolos de atención médica y Guías de Práctica Clínica. Los resultados de esa evaluación mostraron un apego no óptimo a la normatividad en el primer nivel de atención para las patologías prevalentes, el cual se manifestó en forma clara y, a pesar de los esfuerzos que México realizó en el año 2000 para mejorar la calidad de los servicios de salud, no se había logrado un nivel de calidad técnica aceptable, lo cual también era percibido por el público usuario, como lo reflejan los resultados de un estudio para evaluar la calidad de los servicios a la comunidad realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en el que se incluyó la evaluación de los servicios de salud.

Se observó que los servicios de salud fueron de los peor calificados por la población, superando sólo a los servicios de la policía. Con estos antecedentes que coinciden con un cambio de gobierno y de partido político en el poder. En el periodo de Gobierno 2001-2006 y en el marco del Programa Nacional de Salud, se inicia en México una reforma en materia de calidad de la atención médica, la cual es propiciada tanto por la inercia y tendencia de las acciones de mejoramiento de la calidad llevados a cabo en años anteriores, como por la incorporación dentro de la administración pública de una visión diferente para ver y valorar la calidad de los servicios que se brindan a la población<sup>(11)</sup>.



Pero ¿qué produce congestión en el SUH?

Con el pasar del tiempo, las causas de congestión que se han identificado son:

- a) Los pobres y no asegurados sin acceso a atención primaria.
- b) Las visitas innecesarias.
- c) La red de seguridad social.
- d) La programación quirúrgica.
- e) Las enfermedades estacionales.

Los estudios que hay sobre las personas sin seguro, no han demostrado que este tipo de pacientes usen el SUH más que los pacientes asegurados, o de que ellos sean una causa importante de la congestión. Además, hay poca evidencia de qué pacientes no graves tengan un impacto sobre los tiempos de espera o sobre la congestión.

Estudios han demostrado que los “pacientes policonsultantes” corresponden a los pacientes más enfermos, tienen las tasas de hospitalización más altas, las tasas de mortalidad más altas, y consumen una cantidad desproporcionada de recursos.

En un estudio realizado en el estado de Oregón se vio que 23% de los pacientes que tenía un seguro del Estado (Medicaid) acudió al SUH en el año, en donde un 3% de los pacientes constituyó el 50% de las visitas a los SUH.

La congestión en la unidad de urgencia (UU) es causada por la congestión hospitalaria, con la resultante permanencia de pacientes hospitalizados en la UU. No hay evidencia que la congestión se produzca por el exceso de pacientes de escasos recursos o por las consultas de pacientes no urgentes. La aglomeración en la UU produce muchos y múltiples problemas a los pacientes y personal de dicha unidad.

Éstos son: tiempos de espera prolongados, mayores desvíos de ambulancias, mayores tiempos de días de hospitalización, mayor número de errores médicos, mayores tasas de mortalidad, y un aumentado perjuicio a los hospitales debido a pérdidas financieras.

La congestión en la UU puede abordarse por diferentes mecanismos y las mejoras dentro de los servicios clínicos de hospitalizados incluyen realizar la admisión administrativa de los pacientes en su cama y un uso efectivo de médicos hospitalistas.

Otras soluciones son el sistema de triage (otorgar atención en urgencia según la gravedad del evento) y la optimización de la programación (horario) de ingreso.

Agregar camas a la UU no evita los problemas de congestión y permanencia de pacientes en forma predecible. Fuera del SUH, la programación estratégica de las admisiones



electivas (agendables) es probablemente la única y más importante intervención para mejorar la capacidad, disminuir la espera de cama desde la urgencia, mantener la proporción enfermera(o)/paciente, y mejorar el acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Es muy probable que, si hubiera una amplia implementación del sistema de planificación en las admisiones, la capacidad no sería tema. Las altas dadas a tempranas horas de la mañana de las unidades de pacientes hospitalizados también disminuyen significativamente la permanencia de pacientes en la unidad de urgencia. Aumentar las altas durante los fines de semana y mejorar los servicios que se dan en esos días dará como resultado una mayor capacidad hospitalaria en general y una menor permanencia de pacientes en la unidad de urgencia.

Cuando el número de hospitalizaciones excede el número de camas en una institución, tener un “protocolo a capacidad total”, donde las unidades de pacientes hospitalizados deben recibir enfermos por sobre los estipulado antes que tener esos enfermos hospitalizados en la urgencia, resulta más seguro, lo prefieren los pacientes, y acorta las estadías. El desvío de ambulancias no ha demostrado ser efectivo, y tiene múltiples efectos adversos tanto en la atención del paciente como en la salud financiera de la institución. Mientras los administradores de hospitales y profesionales de la salud no reconozcan que la congestión de la unidad de urgencia es realmente una congestión del hospital, este problema continuará llamando la atención sin un progreso realmente significativo en el abordaje de los temas subyacentes<sup>(17)</sup>.

Cabe señalar que una urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte, pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores. La sobrecapacidad es el momento en el cual la necesidad de atención médica excede a los recursos disponibles de los SUH y se ha convertido en una barrera que impide a la población recibir una atención médica de urgencias oportuna<sup>(18)</sup>. Aunado a lo anterior para hablar de calidad de la atención en salud habría que señalar que el sistema de salud mexicano en general es un sistema fragmentado desde sus orígenes, inequitativo e inaccesible<sup>(19-21)</sup>, que resulta urgente la integración del sistema mexicano de salud<sup>(22)</sup> y que además se requiere de recursos hospitalarios y humanos<sup>(23)</sup>.



## Conclusiones

Se observó que el nivel de saturación del servicio de urgencias afecta la calidad de atención satisfactoria que los usuarios deben obtener por este servicio debido a la disminución de recursos materiales, así como la capacidad inadecuada de infraestructura y la insuficiencia de recursos humanos para poder solventar la demanda de este servicio. Razón por la cual se deben de tomar decisiones que realmente den un resultado óptimo y eficaz al problema desde la planeación de los programas y acciones a implementar con base en un proyecto homogéneo y replicable en los servicios de urgencias y que, a su vez sea tomado con la importancia que lo amerita y así obtener un avance significativo en la calidad de atención en México, o continuar con resultados negativos.

Por los resultados detectados en las referencias consultadas, es necesario analizar los nichos del sistema que se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad como lo es el nivel de saturación del servicio de urgencias, trabajar en los indicadores de calidad de la atención, de lo contrario los resultados ante la saturación de los servicios de salud continuaran con percepción negativa, esto es, resultados no positivos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, 2019, [https://www.who.int/hac/donorinfo/g3\\_contributions/es/](https://www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/es/)
2. Organización De las Naciones Unidas, 2019, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2018/08/sabes-cuales-son-los-17-objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia; Primera edición: Diciembre, 2012; Secretaría de Salud, MÉXICO, D. F.



4. Cárdenas de la Peña, E., Servicios médicos del IMSS. Doctrina e Historia (Cap. VI: "Sistemas y procedimientos. Auditoría Médica"), México, IMSS, 1973.
5. González, M. F., J. J. Pérez Álvarez y A. F. Lee Ramos, "Evaluaciones específicas de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias", Bol Méd IMSS, 1975, 17:7
6. Garduño, M. "Relación médico-paciente en el IMSS", Bol Méd IMSS, 1976, 18:328
7. Aguirre-Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México, 170-180. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5285/5435>
8. Aguirre Gas, Héctor, "Calidad de la Atención", Salud Pública de México, 1990, 32(2):170-80
9. Ruiz de Chávez, M. y cols., "Bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del Sector Salud", Salud Pública de México, 1990 marzoabril, 32(2):156-69.
10. Donabedian, Avedis, La calidad de la atención médica, México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1984.
11. SS, Programa de Acción Específico: 2007-2012, Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, México, SS, 2007
12. Pineda, L. M. (1991). Avedis Donabedian. Los espacios de la salud : aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México : Instituto Nacional de Salud Pública : Fondo de Cultura Económica, 1988. 772 p. Recuperado el 15 de 10 de 2019, de <http://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/907>
13. Rodríguez, E. A., & Roque, C. P. (2012). Calidad de los Servicios de Salud en México. Recuperado el 15 de 10 de 2019, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/evidencia-medica-e-investigacion-en-salud/articulo/calidad-de-los-servicios-de-salud-en-mexico>
14. Day, R. A. (2005). Cómo escribir y publicar trabajos científicos (3ª ed.). Washington, DC: Organización Panamericana de Salud.
15. Ortiz, G. F., & Fernández, F. A. (2000). Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. *Cirugía Y Cirujanos*, 68(4), 164-168. Recuperado el 17 de 10 de 2019, de <https://biblat.unam.mx/es/revista/cirugia-y-cirujanos/articulo/utilizacion-del-servicio-de-urgencias-en-un-hospital-de-especialidades>



16. Carbonell, M. Á., Aranaz-Andrés, J. M., Mira-Solves, J. J., & Pérez-Jover, V. (2004). Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario. *Revista De Calidad Asistencial*, 19(6), 370-373. Recuperado el 17 de 10 de 2019, de <https://elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-que-poblacion-utiliza-el-servicio-s1134282x0477726x>
17. Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). CONGESTIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIA: RESPUESTAS BASADAS EN EVIDENCIAS A PREGUNTAS FRECUENTES. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 220-227. Recuperado el 17 de 10 de 2019, de <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300366>
18. Castañón-González, J. A., Polanco-González, C., & Camacho-Juárez, S. (2014). La sobresaturación de los servicios de urgencias médicas. *Cirugía Y Cirujanos*, 82(2), 127-128. Recuperado el 15 de 10 de 2019, de <http://redalyc.org/pdf/662/66231034001.pdf>
19. Ruvalcaba Ledezma JC, Cortés Ascencio SY. El sistema de salud mexicano. *ODOUS CIENTIFICA*, 2012; 13(1): 34-42
20. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma, Sandra Yazmín Cortés Ascencio, José Margarito Jiménez Mora. Salud pública en México implicaciones para la enseñanza de la biología y las ciencias de la salud. *Biografía: escritos sobre la enseñanza de la biología* ISSN: 2027-1034, 2013; 6(10): 51-58
21. Apolonio Contreras, J., Arroyo Ramírez, M., Balderrama Díaz, R., Gómez Benumea, R., González Espíndola, J., Hernández Badillo, E., Jiménez Oropeza, S., Mayorga Contreras, B., & Ruvalcaba Ledezma, J. (2015). Sistema Nacional de Salud Mexicano. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 3(6). <https://doi.org/10.29057/icsa.v3i6.819>
22. Ortíz Domínguez M., Bañuelos Téllez F., Santana Mondragón R., Villareal Levy G., Garrido Latorre F., González Retiz M. y otros. México: Hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud; 2010.
23. Ruvalcaba Ledezma JC, Beltrán Rodríguez MG, Benitez Medina A, Santiago Manzano D, García Mendoza F, Toribio Jiménez J, Reynoso Vázquez J, Peña Cisneros EM. Una reflexión en torno a la Atención Primaria en Salud y la pandemia por SARS COVID-2;



---

CoVID-19 en México ante la confusión en la comunicación. JONNPR. 2020, 5(6):nnn-nn. DOI: 10.19230 jonnpr.3710.