

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE HOSPITALES Y ORGANIZACIONES DE SALUD

Enfoques, herramientas y mejores prácticas
para una gestión eficiente y sostenible



ADMINISTRACIÓN
HOSPITALARIA



CALIDAD
ASISTENCIAL



SEGURIDAD
DEL PACIENTE



INDICADORES
SANITARIOS



ACREDITACIÓN
HOSPITALARIA





Créditos

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE HOSPITALES Y ORGANIZACIONES DE SALUD:

**Enfoques, herramientas y mejores prácticas para una
gestión eficiente y sostenible**

PALIZ SÁNCHEZ, Cindy del Rocío

Correo: cpalizs@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-5379>

Universidad Técnica de Babahoyo

SANDOVAL VELA, Alexander David

Correo: asandoval@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6851-2379>

Universidad Técnica de Babahoyo

BAÑOS GUERRERO, Leonel Alexander

Correo: lbanosg@utb.edu.ec / luischon@outlook.es

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5092-0296>

Universidad Técnica de Babahoyo

ESPÍN HENRÍQUEZ, Inés Rosario

Correo: iespinh@unemi.edu.ec / inrose@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7205-0656>

Universidad Estatal de Milagro

BRIONES ALVARADO, Ramón Adrián

Correo: rbriones@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0993-9554>

Universidad Técnica de Babahoyo



Indexación

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido Christian Armendáriz PhD

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD (c)

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Julio del 2026



Descarga:

<https://liveworkingeditorial.com/product/978-9942-580-76-4>

Enlace del DOI:

<https://doi.org/10.63792/978-9942-580-76-4>



Crossref



CÁMARA
ECUATORIANA
DEL LIBRO

Certificado de autenticidad

ISBN: 978-9942-580-76-4



Google Play
Books



Índice general

Créditos	II
Indexación.....	III
Índice general	V
Prólogo.....	X
Resumen	XIII
Introducción.....	1
1 Capítulo 1. Fundamentos de la gestión estratégica hospitalaria.....	8
1.1 La gestión hospitalaria como función estratégica	8
1.2 El hospital como organización compleja	13
1.3 Planificación estratégica en instituciones sanitarias.....	17
1.4 Gobernanza, liderazgo y toma de decisiones	22
1.5 Gestión del talento humano y cultura organizacional	26
1.6 Herramientas básicas para la dirección estratégica hospitalaria.....	31



1.7	Retos actuales de hospitales y organizaciones de salud	35
1.8	Experiencias directivas aplicadas a la gestión hospitalaria.....	40
1.9	Cierre del capítulo.....	44
1.10	Referencias del capítulo uno	48
2	Capítulo 2. Calidad asistencial y seguridad del paciente	56
2.1	La calidad asistencial como eje de la gestión hospitalaria.....	56
2.2	Seguridad del paciente como responsabilidad institucional.....	59
2.3	Cultura de seguridad y aprendizaje organizacional	63
2.4	Gestión de riesgos asistenciales	66
2.5	Indicadores de calidad y seguridad del paciente	70
2.6	Mejora continua en la calidad asistencial	73



2.7	Participación del paciente y la familia en la calidad y seguridad	77
2.8	Humanización de la atención y calidad percibida	81
2.9	Estándares, protocolos y acreditación como soporte de la calidad.....	84
2.10	Experiencias aplicadas en calidad y seguridad hospitalaria.....	87
2.11	Cierre del capítulo.....	91
2.12	Referencias del capítulo dos	94
3	Capítulo 3. Indicadores sanitarios, eficiencia y sostenibilidad hospitalaria.....	100
3.1	Los indicadores sanitarios como herramientas de gestión	100
3.2	Indicadores clínicos, administrativos, financieros y de experiencia usuaria	104
3.3	Eficiencia operativa en hospitales y organizaciones de salud	113



3.4	Gestión de camas, quirófanos, insumos y recursos críticos	120
3.5	Productividad hospitalaria y control de resultados	128
3.6	Sostenibilidad financiera en la gestión sanitaria	133
3.7	Sostenibilidad ambiental y responsabilidad social hospitalaria.....	138
3.8	Transformación digital, datos e inteligencia artificial para la gestión.....	143
3.9	Evaluación del desempeño institucional	148
3.10	Cierre del capítulo.....	153
3.11	Referencias del capítulo tres.....	158
4	Capítulo 4. Acreditación, innovación y mejores prácticas de gestión.....	166
4.1	La acreditación hospitalaria como ruta de madurez institucional.....	166
4.2	Estándares, evidencia y gestión documental ...	169



4.3	Innovación en hospitales y organizaciones de salud	173
4.4	Transformación digital y toma de decisiones estratégicas.....	176
4.5	Gestión del cambio y liderazgo para la mejora institucional.....	180
4.6	Buenas prácticas para directivos hospitalarios	183
4.7	Hospitales resilientes ante crisis y emergencias	188
4.8	Equidad, responsabilidad social y sostenibilidad institucional.....	191
4.9	Evaluación institucional y sostenibilidad de la mejora	195
4.10	Cierre del capítulo cuatro	198
4.11	Referencias del capítulo cuatro	202



Prólogo

La gestión de hospitales y organizaciones de salud exige una mirada amplia, técnica y profundamente humana. Quien dirige una institución sanitaria no administra únicamente camas, presupuestos, equipos o edificios; administra decisiones que afectan la vida, la seguridad, la confianza y la dignidad de las personas. Por ello, hablar de gestión estratégica hospitalaria implica reconocer que cada proceso institucional, desde la admisión del paciente hasta el alta, desde la compra de insumos hasta la evaluación de indicadores, forma parte de una red compleja en la que la calidad del servicio depende de la coordinación, la planificación y el liderazgo.

Este libro, **Gestión estratégica de hospitales y organizaciones de salud: Enfoques, herramientas y mejores prácticas para una gestión eficiente y sostenible**, nace con el propósito de ofrecer una guía clara, actualizada y aplicada para comprender los principales desafíos de la administración sanitaria contemporánea. Su contenido integra fundamentos de gestión, calidad asistencial, seguridad del paciente, indicadores sanitarios, eficiencia operativa, sostenibilidad, acreditación, innovación y transformación digital. Estos temas no se presentan como conceptos aislados, sino como dimensiones articuladas de una misma responsabilidad institucional: garantizar servicios de salud seguros, oportunos, eficientes, sostenibles y centrados en las personas.



A lo largo de sus capítulos, la obra adopta un estilo reflexivo y práctico, cercano a la experiencia de quienes conocen el funcionamiento interno de los hospitales. El texto reconoce que los problemas hospitalarios rara vez tienen una sola causa y que las soluciones efectivas requieren análisis sistémico, participación de equipos, uso de evidencia, medición de resultados y mejora continua. En ese sentido, el libro busca acompañar a directivos, profesionales de salud, administradores, docentes, estudiantes e investigadores interesados en fortalecer la gestión de organizaciones sanitarias desde una perspectiva estratégica.

La obra también invita a superar una visión meramente administrativa del hospital. Una institución de salud no puede valorarse únicamente por su volumen de atenciones, su infraestructura o su ejecución presupuestaria. Su verdadero desempeño debe analizarse en función de la calidad del cuidado, la seguridad del paciente, la experiencia usuaria, la eficiencia en el uso de recursos, la sostenibilidad financiera y ambiental, y la capacidad de innovar sin perder el sentido humano de la atención. Esta mirada resulta indispensable en un contexto donde los hospitales enfrentan mayor demanda, presión tecnológica, exigencias de acreditación, limitaciones de recursos y expectativas sociales cada vez más altas.

En consecuencia, este libro constituye una contribución para fortalecer la cultura de gestión en el sector salud. Su



lectura permitirá comprender que administrar hospitales no consiste solo en resolver urgencias diarias, sino en construir instituciones capaces de aprender, anticiparse, evaluar, corregir y transformarse. La gestión estratégica, cuando se aplica con rigor técnico y sensibilidad social, se convierte en una herramienta para proteger vidas, mejorar servicios y sostener organizaciones sanitarias más humanas, eficientes y responsables.



Resumen

El libro **Gestión estratégica de hospitales y organizaciones de salud: Enfoques, herramientas y mejores prácticas para una gestión eficiente y sostenible** analiza los principales fundamentos, procesos y herramientas que orientan la administración moderna de instituciones sanitarias. La obra se estructura en cuatro capítulos que abordan la gestión hospitalaria desde una perspectiva estratégica, aplicada y centrada en la mejora institucional.

El primer capítulo desarrolla los fundamentos de la gestión estratégica hospitalaria, considerando al hospital como una organización compleja que articula servicios clínicos, administrativos, financieros, logísticos, tecnológicos y humanos. Se explica la importancia de la planificación, la gobernanza, el liderazgo, la toma de decisiones, la gestión del talento humano y la cultura organizacional para sostener servicios seguros y eficientes.



El segundo capítulo examina la calidad asistencial y la seguridad del paciente como ejes centrales de la gestión sanitaria. Se analizan la cultura de seguridad, la gestión de riesgos, los indicadores de calidad, la mejora continua, la participación del paciente y la familia, la humanización de la atención, los protocolos, los estándares y la acreditación como herramientas para garantizar procesos asistenciales confiables.

El tercer capítulo se concentra en los indicadores sanitarios, la eficiencia operativa y la sostenibilidad hospitalaria. Presenta fórmulas e indicadores clínicos, administrativos, financieros, ambientales, digitales y de experiencia usuaria, útiles para evaluar el desempeño institucional, gestionar camas, quirófanos, insumos, recursos críticos, productividad, costos, inventarios y responsabilidad social.

El cuarto capítulo aborda la acreditación, la innovación y las mejores prácticas de gestión. Se estudia la acreditación como ruta de madurez institucional, la gestión documental,



la transformación digital, la inteligencia artificial, la evaluación de tecnologías sanitarias, la gestión del cambio, la resiliencia hospitalaria, la equidad, la responsabilidad social y la sostenibilidad de la mejora.

En conjunto, la obra ofrece una visión integral para directivos, administradores, profesionales de salud, docentes, estudiantes e investigadores interesados en fortalecer hospitales y organizaciones sanitarias mediante decisiones basadas en evidencia, liderazgo responsable, indicadores confiables, innovación pertinente y orientación permanente hacia la calidad, la seguridad y la sostenibilidad.

Palabras clave: gestión hospitalaria, calidad asistencial, seguridad del paciente, indicadores sanitarios, eficiencia operativa, sostenibilidad hospitalaria, acreditación, innovación en salud, transformación digital, administración sanitaria.



Introducción

La gestión de hospitales y organizaciones de salud constituye uno de los desafíos más complejos de la administración contemporánea. Los hospitales son instituciones donde confluyen procesos clínicos, administrativos, logísticos, financieros, tecnológicos y humanos que deben funcionar de manera coordinada para garantizar atención segura, oportuna y de calidad. A diferencia de otras organizaciones, los errores de gestión en el ámbito sanitario pueden afectar directamente la vida de las personas, la confianza de la comunidad y la sostenibilidad del sistema de salud. Por esta razón, la administración hospitalaria no puede limitarse a resolver problemas cotidianos, sino que requiere visión estratégica, liderazgo técnico, cultura de evaluación y capacidad permanente de mejora.

En la actualidad, los hospitales enfrentan presiones crecientes. El aumento de la demanda asistencial, el envejecimiento de la población, la carga de enfermedades crónicas, la incorporación de tecnologías, las exigencias de



calidad, la necesidad de acreditación, la limitación de recursos y las expectativas de los usuarios obligan a repensar la forma en que se dirigen las organizaciones sanitarias. La gestión hospitalaria moderna debe responder a estos retos mediante procesos planificados, indicadores confiables, equipos capacitados, sistemas de información, innovación pertinente y decisiones basadas en evidencia. En este contexto, la dirección estratégica se convierte en una herramienta indispensable para transformar recursos disponibles en servicios de salud eficientes, seguros y sostenibles.

Este libro parte de una premisa central: un hospital bien gestionado no es únicamente aquel que atiende más pacientes, sino aquel que logra ofrecer atención segura, humana, oportuna, eficiente y evaluable. La productividad, por sí sola, no representa calidad si no se acompaña de seguridad del paciente, continuidad del cuidado, satisfacción usuaria y uso racional de los recursos. Del mismo modo, la tecnología no garantiza innovación si no se integra a procesos claros, personal capacitado y objetivos



institucionales definidos. Por ello, la gestión estratégica hospitalaria debe entenderse como una práctica integradora que conecta planificación, calidad, seguridad, indicadores, sostenibilidad, acreditación e innovación.

El primer capítulo, **Fundamentos de la gestión estratégica hospitalaria**, introduce los principios esenciales para comprender al hospital como una organización compleja. En esta unidad se examinan la planificación estratégica, la gobernanza, el liderazgo, la toma de decisiones, la gestión del talento humano, la cultura organizacional y los principales retos de las instituciones sanitarias. El capítulo sostiene que la dirección hospitalaria debe superar la improvisación y avanzar hacia modelos de gestión basados en información, coordinación interdepartamental, responsabilidad institucional y visión de largo plazo.

El segundo capítulo, **Calidad asistencial y seguridad del paciente**, desarrolla uno de los ejes más sensibles de la administración sanitaria. La calidad se analiza no solo



como cumplimiento de estándares, sino como experiencia integral del paciente y responsabilidad transversal de toda la organización. Se abordan la cultura de seguridad, la gestión de riesgos, los indicadores de calidad, la mejora continua, la participación del paciente y su familia, la humanización de la atención, los protocolos, la gestión documental y la acreditación como soportes para garantizar servicios confiables. Este capítulo destaca que la seguridad del paciente no depende únicamente del desempeño individual de los profesionales, sino del diseño de sistemas capaces de prevenir errores y aprender de ellos.

El tercer capítulo, **Indicadores sanitarios, eficiencia y sostenibilidad hospitalaria**, ofrece herramientas concretas para la medición y evaluación del desempeño institucional. Se presentan indicadores clínicos, administrativos, financieros, ambientales, digitales y de experiencia usuaria, acompañados de fórmulas aplicables a la gestión hospitalaria. Este capítulo permite comprender cómo se miden la ocupación de camas, el promedio de estancia, el giro cama, la productividad, la utilización de quirófanos,



las cancelaciones quirúrgicas, los costos, la ejecución presupuestaria, la rotación de inventarios, el consumo energético, la generación de residuos y la satisfacción de los usuarios. La finalidad de esta unidad es demostrar que los indicadores no son simples números, sino herramientas para orientar decisiones y sostener la mejora continua.

El cuarto capítulo, **Acreditación, innovación y mejores prácticas de gestión**, analiza los procesos que permiten consolidar la madurez institucional. La acreditación se presenta como una ruta de ordenamiento y mejora, no como un trámite documental. La innovación se aborda desde una perspectiva responsable, considerando transformación digital, inteligencia artificial, evaluación de tecnologías sanitarias y modelos alternativos de atención. Asimismo, se estudian la gestión del cambio, la resiliencia hospitalaria, la responsabilidad social, la sostenibilidad ambiental, la equidad y las buenas prácticas directivas. Este capítulo enfatiza que la innovación solo tiene sentido cuando mejora procesos reales, fortalece la seguridad y contribuye a una atención más humana y sostenible.



La obra está dirigida a directivos hospitalarios, profesionales de salud, administradores, docentes, estudiantes e investigadores que buscan comprender y aplicar herramientas de gestión en organizaciones sanitarias. Su enfoque combina reflexión conceptual, experiencia directiva, respaldo bibliográfico y orientación práctica. El propósito no es presentar una visión idealizada del hospital, sino ofrecer criterios útiles para enfrentar problemas reales: saturación de servicios, demoras, desabastecimiento, baja coordinación, riesgos asistenciales, presión financiera, resistencia al cambio y necesidad de mejora continua.

En definitiva, este libro invita a comprender que la gestión hospitalaria es una responsabilidad técnica, ética y social. Técnica, porque exige conocimiento de procesos, indicadores, recursos, talento humano y tecnologías. Ética, porque sus decisiones afectan la seguridad, la dignidad y la vida de los pacientes. Social, porque los hospitales son instituciones esenciales para el bienestar colectivo. Desde esta perspectiva, la gestión estratégica de hospitales y



organizaciones de salud debe orientarse a construir instituciones más seguras, eficientes, sostenibles, innovadoras y profundamente humanas.





Capítulo 1. Fundamentos de la gestión estratégica hospitalaria

1.1 La gestión hospitalaria como función estratégica

La gestión hospitalaria se comprende como una función estratégica porque organiza recursos, talento humano, infraestructura, tecnología, procesos clínicos y decisiones administrativas para responder a necesidades de salud que cambian de manera permanente. En una organización sanitaria, la dirección no puede limitarse a resolver problemas inmediatos, porque cada decisión tiene consecuencias sobre la seguridad del paciente, la calidad asistencial, la eficiencia institucional y la sostenibilidad de los servicios. Desde una mirada experta, el hospital debe ser interpretado como una institución de alto impacto social, donde la planificación, la gobernanza y la evaluación permiten convertir recursos limitados en respuestas organizadas para la población. La evidencia reciente confirma que el análisis estratégico, la planificación directiva y el fortalecimiento de la gestión son condiciones



relevantes para mejorar el desempeño hospitalario (Dim et al., 2025; Thompson et al., 2026).

En la práctica institucional, el gestor hospitalario observa que un hospital no funciona únicamente por la existencia de médicos, enfermeras, camas, equipos o presupuesto, sino por la capacidad de articular todos esos componentes bajo una dirección coherente. Una unidad de emergencia puede tener profesionales capacitados, pero si no existe coordinación con laboratorio, imagenología, hospitalización, farmacia y transporte interno, el tiempo de respuesta se deteriora y la experiencia del paciente se afecta. Por ello, la gestión estratégica hospitalaria exige comprender los procesos como una red integrada y no como departamentos aislados. Los estudios sobre calidad, seguridad y gobernanza clínica sostienen que la coordinación entre equipos asistenciales, mandos medios y autoridades institucionales es indispensable para sostener resultados confiables en organizaciones de salud complejas (Katsapi et al., 2025; Thompson et al., 2026).



La gestión estratégica también implica reconocer que el hospital se encuentra sometido a presiones simultáneas: aumento de la demanda, limitación presupuestaria, incorporación de nuevas tecnologías, exigencias regulatorias, escasez de talento especializado y expectativas crecientes de los usuarios. Frente a esta realidad, la administración hospitalaria no puede actuar únicamente desde la improvisación o la respuesta tardía, porque los problemas acumulados en servicios críticos suelen convertirse en riesgos clínicos, financieros y reputacionales. El directivo hospitalario debe anticipar escenarios, priorizar recursos, medir resultados y conducir procesos de mejora continua. La literatura sobre gestión de recursos, preparación ante crisis y eficiencia hospitalaria demuestra que las instituciones sanitarias requieren modelos de decisión capaces de adaptarse a escenarios de envejecimiento poblacional, emergencias sanitarias y presión asistencial creciente (Chemkomnerd et al., 2025; Hertelendy et al., 2026).



El enfoque estratégico permite distinguir entre administrar actividades y dirigir resultados. Administrar actividades significa cumplir turnos, tramitar compras, registrar atenciones o ejecutar presupuestos; dirigir resultados implica preguntarse si esas acciones mejoran la oportunidad, la seguridad, la continuidad, la satisfacción del usuario y la sostenibilidad institucional. En un hospital, una agenda quirúrgica llena no siempre significa eficiencia si existen cancelaciones, retrasos, uso inadecuado de quirófanos o falta de camas posoperatorias. Del mismo modo, una alta producción de consultas no necesariamente representa calidad si el paciente no recibe diagnóstico oportuno, seguimiento o educación sanitaria. Las investigaciones sobre productividad quirúrgica, programación de quirófanos y gestión de capacidad muestran que la eficiencia hospitalaria depende de la relación entre recursos, procesos, tiempos y resultados, y no únicamente del volumen de atenciones (Gebregzi et al., 2025; Mokashi et al., 2025; Zhao et al., 2025).



Desde esta perspectiva, la función estratégica de la gestión hospitalaria consiste en convertir la información institucional en decisiones útiles. Un hospital produce datos todos los días: ingresos, egresos, ocupación de camas, tiempos de espera, eventos adversos, consumos de farmacia, costos por servicio, derivaciones, infecciones, quejas, satisfacción del usuario y desempeño del personal. Sin embargo, esos datos solo adquieren valor cuando se analizan, se comparan, se convierten en indicadores y se utilizan para tomar decisiones. El gestor hospitalario con visión estratégica no se conforma con acumular reportes, sino que interpreta tendencias, identifica causas y define intervenciones. Los estudios sobre métricas de seguridad del paciente, indicadores de calidad y benchmarking hospitalario respaldan la necesidad de usar información sistemática para detectar brechas, comparar desempeños y orientar mejoras institucionales (Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).



1.2 El hospital como organización compleja

El hospital se define como una organización compleja porque integra múltiples profesiones, tecnologías, servicios, normas, riesgos y procesos que deben funcionar de manera coordinada durante las veinticuatro horas del día. A diferencia de otras instituciones, el hospital trabaja con situaciones humanas críticas, decisiones clínicas de alto riesgo, recursos costosos y necesidades que no siempre pueden esperar. Esta complejidad obliga a que la dirección hospitalaria mantenga una visión sistémica, capaz de comprender cómo una falla administrativa puede transformarse en un problema clínico y cómo una decisión clínica puede impactar en la logística, el presupuesto o la capacidad instalada. La literatura sobre gobernanza hospitalaria y calidad asistencial señala que la interdependencia entre áreas clínicas, administrativas y directivas exige modelos de coordinación sólidos y mecanismos de responsabilidad institucional (Garnier & Eckert, 2025; Thompson et al., 2026).



En la experiencia de gestión, uno de los errores más frecuentes consiste en analizar cada servicio hospitalario como si funcionara de manera independiente. Emergencia depende de camas disponibles, hospitalización depende de egresos oportunos, cirugía depende de esterilización y anestesia, farmacia depende de abastecimiento, laboratorio depende de tiempos de procesamiento y dirección depende de información confiable para decidir. Cuando cualquiera de estos procesos se retrasa, el efecto se desplaza hacia otros servicios y termina afectando al paciente. Esta visión encadenada explica por qué los hospitales necesitan procesos transversales y no solo jefaturas departamentales. Los trabajos sobre gestión de capacidad, eficiencia operativa y mejora Lean evidencian que el desempeño hospitalario mejora cuando se identifican cuellos de botella, se rediseñan flujos y se alinean procesos con objetivos estratégicos (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Mokashi et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

La complejidad hospitalaria también se expresa en la diversidad de culturas profesionales que conviven dentro



de la institución. El médico puede priorizar la decisión diagnóstica o terapéutica; enfermería sostiene la continuidad del cuidado; administración resguarda recursos; finanzas controla sostenibilidad; logística garantiza disponibilidad de insumos; mantenimiento protege la operatividad de equipos e infraestructura; y atención al usuario recoge la percepción social del servicio. El gestor hospitalario debe integrar estas miradas sin anular sus diferencias, porque la calidad surge precisamente de la coordinación entre saberes. La evidencia sobre liderazgo médico-administrativo y líderes de alto desempeño muestra que la gestión hospitalaria efectiva requiere colaboración entre perfiles clínicos y administrativos, comunicación clara y capacidad para alinear metas profesionales con objetivos institucionales (Kang et al., 2025; Garnier & Eckert, 2025).

Un hospital también es complejo porque sus decisiones se desarrollan en un contexto de incertidumbre. La demanda puede aumentar de forma inesperada, los pacientes pueden llegar con cuadros más graves de lo



previsto, los equipos pueden fallar, los medicamentos pueden escasear y las emergencias externas pueden desbordar la capacidad institucional. Por ello, la planificación hospitalaria debe incluir escenarios alternativos, gestión de riesgos, preparación ante desastres y criterios de priorización. El directivo sanitario no puede esperar condiciones ideales para decidir; debe trabajar con información incompleta, presión de tiempo y consecuencias sensibles para la vida humana. La investigación sobre preparación hospitalaria ante desastres y respuesta organizacional demuestra que la efectividad institucional depende de la claridad de roles, la capacitación directiva y la capacidad de adaptación ante crisis (Hertelendy et al., 2026; Almeida et al., 2026).

La complejidad se incrementa cuando el hospital incorpora tecnologías digitales, plataformas de información, sistemas de trazabilidad, inteligencia artificial o herramientas de análisis de datos. Estas innovaciones pueden mejorar la gestión, pero también pueden generar nuevos desafíos si no se integran con los procesos reales de



trabajo. La tecnología no resuelve por sí sola la fragmentación institucional; al contrario, puede hacer más visibles las deficiencias de comunicación, registro y coordinación. Por esa razón, el gestor hospitalario debe evaluar la pertinencia de cada herramienta, la capacidad de adopción del personal, la interoperabilidad de los sistemas y el impacto sobre la seguridad del paciente. Los estudios sobre salud digital, inteligencia artificial en logística hospitalaria y madurez digital en organizaciones sanitarias confirman que la tecnología aporta valor cuando se conecta con la estrategia institucional y la cadena de valor asistencial (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025; Kaczmarek & Wibbeling, 2025).

1.3 Planificación estratégica en instituciones sanitarias

La planificación estratégica en instituciones sanitarias se entiende como el proceso mediante el cual el hospital analiza su situación, define prioridades, organiza recursos y establece objetivos medibles para mejorar su desempeño. Esta planificación no debe reducirse a un documento



elaborado para cumplir requisitos formales, porque su propósito real es orientar la toma de decisiones y ordenar la acción institucional. En un hospital, planificar significa identificar qué servicios requieren fortalecimiento, qué riesgos amenazan la calidad, qué población demanda atención, qué recursos son insuficientes y qué resultados deben alcanzarse. La evidencia sobre análisis estratégico hospitalario y planificación en servicios de salud muestra que las herramientas de diagnóstico son útiles cuando permiten pasar del reconocimiento de problemas a la formulación de acciones verificables (Dim et al., 2025; DiPiro et al., 2026).

El punto de partida de una planificación hospitalaria seria es el diagnóstico institucional. Este diagnóstico debe analizar información clínica, administrativa, financiera, epidemiológica y operativa para construir una visión realista del hospital. El gestor no puede planificar solamente desde percepciones generales, porque los problemas institucionales suelen tener causas múltiples y, en ocasiones, ocultas. Por ejemplo, una larga espera en



emergencia puede parecer un problema de médicos insuficientes, pero también puede estar relacionada con retrasos en laboratorio, falta de camas, egresos demorados, fallas de triaje o debilidad en la red de referencia. Los estudios sobre indicadores de desempeño, inspecciones de calidad y evaluación hospitalaria muestran que el análisis de datos permite comprender mejor las causas de los problemas y priorizar intervenciones con mayor precisión (Cheng et al., 2026; Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).

Una vez definido el diagnóstico, la planificación estratégica debe formular objetivos claros, alcanzables y coherentes con la misión institucional. Un objetivo hospitalario no puede quedarse en expresiones generales como “mejorar la calidad” o “fortalecer la atención”, porque esas frases no indican qué se cambiará, quién será responsable, en qué plazo se actuará ni cómo se medirá el avance. La gestión estratégica exige traducir los propósitos en metas relacionadas con reducción de eventos adversos, disminución de tiempos de espera, mejora de ocupación de camas, optimización de quirófanos, cumplimiento de



protocolos, abastecimiento oportuno o satisfacción del usuario. La literatura sobre proyectos de mejora de calidad y gestión de riesgos hospitalarios destaca que los objetivos generan resultados cuando se acompañan de equipos responsables, indicadores, seguimiento y retroalimentación continua (Jeffers & Anderson, 2025; Golcuk & Karakoyun, 2025).

La planificación también debe vincularse con el presupuesto, porque una estrategia sin recursos se convierte en una declaración sin capacidad de ejecución. En hospitales y organizaciones de salud, cada prioridad estratégica requiere decisiones financieras: contratación de personal, compra de insumos, mantenimiento de equipos, inversión tecnológica, capacitación, infraestructura o rediseño de procesos. Sin embargo, la disponibilidad de recursos suele ser limitada, lo que obliga a priorizar según impacto clínico, urgencia, costo, riesgo y sostenibilidad. La dirección hospitalaria debe evitar la dispersión de esfuerzos y concentrar recursos en áreas donde el beneficio institucional y sanitario sea mayor. Los estudios sobre



gestión sostenible de recursos hospitalarios y eficiencia operativa resaltan que la asignación racional de recursos es esencial para responder a la demanda sin comprometer la calidad ni la continuidad de los servicios (Chemkomnerd et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

La planificación estratégica sanitaria debe incorporar, además, mecanismos de seguimiento y evaluación. El hospital que planifica pero no monitorea termina perdiendo control sobre sus propios compromisos, porque las actividades pueden ejecutarse sin generar cambios relevantes. La evaluación permite identificar si las acciones producen resultados, si los indicadores mejoran, si los equipos cumplen responsabilidades y si las estrategias necesitan ajuste. Desde una lógica directiva, el seguimiento no debe entenderse como persecución administrativa, sino como aprendizaje institucional. La evidencia sobre revisión de indicadores, monitoreo de calidad y desempeño hospitalario muestra que las organizaciones sanitarias mejoran cuando revisan sistemáticamente sus datos, comparan resultados y toman decisiones basadas en



información verificable (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).

1.4 Gobernanza, liderazgo y toma de decisiones

La gobernanza hospitalaria se refiere a la forma en que una institución organiza autoridad, responsabilidad, participación, transparencia y control para cumplir su misión sanitaria. En un hospital, gobernar no significa solo ocupar una posición jerárquica, sino establecer reglas, comités, procesos, indicadores y mecanismos de rendición de cuentas que orienten la actuación institucional. Una gobernanza débil permite decisiones fragmentadas, duplicidad de esfuerzos, baja supervisión y respuestas tardías ante riesgos; una gobernanza sólida fortalece la coordinación entre dirección, servicios clínicos, áreas administrativas y órganos técnicos. La literatura sobre liderazgo médico, responsabilidad directiva y gobernanza clínica confirma que la calidad hospitalaria depende de estructuras capaces de articular decisiones clínicas y administrativas bajo criterios de seguridad, ética y



desempeño institucional (Garnier & Eckert, 2025; Thompson et al., 2026).

El liderazgo hospitalario ocupa un lugar central dentro de la gobernanza, porque las normas y los planes necesitan conducción humana para convertirse en prácticas reales. El gestor hospitalario debe dirigir equipos diversos, resolver conflictos, comunicar prioridades, sostener decisiones difíciles y promover una cultura de mejora. Este liderazgo no puede basarse únicamente en autoridad formal, porque los profesionales de salud suelen responder mejor a liderazgos que demuestran conocimiento, coherencia, respeto por la práctica clínica y capacidad para remover obstáculos operativos. Los estudios sobre líderes administrativos de alto desempeño en centros médicos académicos señalan que las competencias relevantes incluyen colaboración con profesionales médicos, comunicación estratégica, orientación a resultados y comprensión de la complejidad institucional (Kang et al., 2025; Rego et al., 2026).



La toma de decisiones en hospitales debe apoyarse en evidencia, datos, experiencia profesional y análisis de riesgos. Cuando la dirección decide abrir un nuevo servicio, ampliar horarios, adquirir tecnología, modificar turnos o reorganizar camas, debe valorar el impacto en pacientes, trabajadores, costos, procesos y sostenibilidad. Una decisión tomada sin análisis puede generar gastos innecesarios, saturación operativa o riesgos para la seguridad del paciente; una decisión postergada sin justificación puede aumentar brechas de atención y deteriorar la confianza institucional. La investigación sobre evaluación de tecnologías sanitarias, innovación hospitalaria y toma de decisiones estratégicas indica que las instituciones deben contar con procesos sistemáticos para evaluar pertinencia, costo, impacto y factibilidad antes de adoptar cambios relevantes (Tan et al., 2026; Martelli et al., 2026).

El liderazgo estratégico también exige sostener coherencia entre lo que la institución declara y lo que realmente ejecuta. Un hospital puede afirmar que prioriza



la seguridad del paciente, pero si no cuenta con sistemas de reporte, análisis de eventos, capacitación, protocolos y retroalimentación, esa prioridad no se convierte en cultura institucional. Del mismo modo, puede declarar interés por la eficiencia, pero si no revisa tiempos, costos, productividad, flujos y resultados, la eficiencia queda reducida a una intención discursiva. El gestor hospitalario debe cuidar esa coherencia porque la credibilidad de la dirección se construye cuando las prioridades estratégicas se reflejan en decisiones, recursos y seguimiento. Los estudios sobre seguridad del paciente, mejora de calidad y alineación de prácticas Lean con objetivos estratégicos muestran que la consistencia entre estrategia y operación es necesaria para generar cambios sostenibles (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

La gobernanza hospitalaria debe incluir espacios de participación técnica, porque las mejores decisiones no siempre surgen de una sola oficina directiva. Comités de calidad, seguridad del paciente, farmacia y terapéutica, infecciones, ética, tecnología sanitaria, compras y auditoría



clínica permiten reunir información especializada y reducir el riesgo de decisiones unilaterales. Estos espacios no deben funcionar como instancias decorativas, sino como mecanismos reales de análisis, recomendación y seguimiento. En la práctica, cuando los comités trabajan con información actualizada y respaldo directivo, ayudan a ordenar prioridades y fortalecer la responsabilidad institucional. La literatura sobre gobernanza de medicamentos, evaluación de tecnologías sanitarias y seguridad del paciente respalda la utilidad de estructuras participativas para mejorar decisiones clínicas, administrativas y éticas dentro de hospitales (Crisp et al., 2026; Tan et al., 2026; Teo et al., 2025).

1.5 Gestión del talento humano y cultura organizacional

La gestión del talento humano constituye uno de los componentes más sensibles de la administración hospitalaria, porque el servicio de salud se produce mediante conocimiento profesional, coordinación



interdisciplinaria, juicio clínico y compromiso ético. Un hospital puede disponer de infraestructura moderna, tecnología avanzada y presupuesto suficiente, pero si su personal trabaja en condiciones de sobrecarga, comunicación deficiente, baja motivación o ausencia de protocolos, la calidad asistencial se debilita. Por ello, el gestor hospitalario debe comprender que el talento humano no es únicamente un recurso operativo, sino el núcleo que permite convertir la estrategia institucional en atención segura, oportuna y humanizada. La evidencia reciente sobre gobernanza clínica y calidad hospitalaria señala que la percepción de médicos, enfermeras y directivos respecto a dotación, coordinación, liderazgo y condiciones de trabajo influye directamente en la capacidad institucional para sostener estándares asistenciales (Thompson et al., 2026; Cheng et al., 2026).

Desde la experiencia directiva, el gestor hospitalario advierte que muchos problemas institucionales aparecen cuando la planificación del personal no se relaciona con la demanda real de los servicios. Una unidad puede tener



personal asignado en términos administrativos, pero no contar con la cantidad ni el perfil adecuado para responder a la complejidad de los pacientes, los horarios críticos o los picos de atención. Esta situación genera esperas, sobrecarga, errores, rotación y deterioro del clima laboral. La gestión estratégica del talento humano exige analizar cargas de trabajo, competencias, distribución de turnos, ausentismo, formación continua y liderazgo de mandos medios. Los estudios sobre productividad quirúrgica, calidad de enfermería y capacidad hospitalaria respaldan la necesidad de relacionar la gestión de personal con indicadores operativos y resultados asistenciales (Gebregzi et al., 2025; Cheng et al., 2026; Mokashi et al., 2025).

La cultura organizacional hospitalaria se expresa en la manera en que las personas actúan cuando nadie las supervisa directamente. En un hospital con cultura de seguridad, el personal reporta incidentes, cumple protocolos, comunica riesgos y busca aprender de los errores sin temor a castigos injustificados. En una institución con cultura débil, las fallas se ocultan, los



problemas se normalizan y los equipos trabajan de forma defensiva. El gestor hospitalario debe observar estas señales porque la cultura no se transforma solo con discursos, sino con prácticas sostenidas de liderazgo, formación, retroalimentación y protección del paciente. La literatura sobre seguridad del paciente, participación de cuidadores y monitoreo de métricas confirma que la cultura institucional se fortalece cuando existen sistemas de reporte, revisión de eventos y participación activa de pacientes, familias y equipos asistenciales (Salmasian et al., 2025; Teo et al., 2025).

La formación continua del talento humano debe ser entendida como una inversión estratégica y no como una actividad complementaria. En hospitales y organizaciones de salud, los conocimientos clínicos, administrativos y tecnológicos cambian con rapidez, por lo que el personal requiere actualización permanente en protocolos, seguridad, comunicación, gestión de riesgos, uso de tecnologías y mejora de procesos. El gestor hospitalario debe promover programas de capacitación vinculados con



problemas reales de la institución, porque una formación desconectada de las necesidades operativas difícilmente genera cambios visibles. Los estudios sobre proyectos de mejora de calidad y preparación ejecutiva ante desastres muestran que la formación tiene mayor impacto cuando se relaciona con objetivos institucionales, roles claros y evaluación de resultados (Jeffers & Anderson, 2025; Hertelendy et al., 2026).

La cultura organizacional también se fortalece cuando los mandos medios cumplen una función activa en la conducción diaria de los servicios. Jefaturas de enfermería, coordinadores médicos, responsables administrativos y líderes de apoyo son quienes traducen las decisiones estratégicas en rutinas, supervisión y acompañamiento. Si estos liderazgos no están preparados, la estrategia queda atrapada en documentos y no llega a la práctica. El gestor hospitalario debe identificar, formar y acompañar a esos líderes intermedios porque ellos sostienen la continuidad de los procesos. La investigación sobre liderazgo administrativo en centros médicos y alineación de prácticas



Lean con objetivos estratégicos confirma que el desempeño mejora cuando los líderes conectan metas institucionales con procesos concretos, equipos responsables y seguimiento sistemático (Kang et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

1.6 Herramientas básicas para la dirección estratégica hospitalaria

La dirección estratégica hospitalaria requiere herramientas que permitan diagnosticar, priorizar, ejecutar y evaluar. Entre las herramientas más utilizadas se encuentran el análisis FODA, los mapas estratégicos, los tableros de indicadores, la gestión por procesos, la matriz de riesgos, los planes de mejora, el benchmarking y los modelos de evaluación de calidad. Estas herramientas no deben aplicarse como formatos aislados, sino como instrumentos para ordenar la toma de decisiones. El gestor hospitalario debe evitar que la planificación se convierta en un ejercicio burocrático, porque su valor aparece cuando permite identificar problemas, asignar responsables, definir plazos y medir avances. La evidencia sobre análisis



SWOT hospitalario y monitoreo de indicadores demuestra que las herramientas estratégicas fortalecen la gestión cuando se articulan con decisiones operativas y evaluación permanente (Dim et al., 2025; Moschandreu & Grouzi, 2025).

El análisis FODA permite reconocer fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la institución. En un hospital, esta herramienta puede revelar fortalezas como talento especializado, buena reputación, ubicación estratégica o capacidad tecnológica; también puede mostrar debilidades como tiempos de espera, rotación de personal, limitaciones de infraestructura, fallas de abastecimiento o baja interoperabilidad digital. Sin embargo, el FODA solo es útil si conduce a decisiones concretas y no si se limita a enumerar problemas conocidos. El gestor hospitalario debe convertir cada hallazgo en estrategias de acción, priorizadas según impacto y factibilidad. Los estudios que aplican análisis estratégico hospitalario mediante técnicas de consenso evidencian que el FODA puede orientar el fortalecimiento institucional



cuando incorpora participación experta y se conecta con planes de gestión verificables (Dim et al., 2025).

Los tableros de indicadores son otra herramienta esencial para la gestión estratégica, porque permiten observar la evolución de resultados clínicos, operativos, financieros y de experiencia del usuario. Un tablero hospitalario puede incluir ocupación de camas, promedio de estancia, tasa de infecciones, reingresos, eventos adversos, tiempos de espera, cancelaciones quirúrgicas, productividad de consultas, disponibilidad de medicamentos, ejecución presupuestaria y satisfacción del paciente. La utilidad del tablero depende de la calidad del dato y de la capacidad directiva para interpretar tendencias. El gestor hospitalario no debe usar indicadores solo para cumplir reportes, sino para identificar brechas y activar mejoras. La literatura sobre métricas de seguridad del paciente, benchmarking y desempeño hospitalario respalda el uso de indicadores para comparar resultados, detectar riesgos y sostener decisiones basadas en evidencia (Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).



La gestión por procesos permite comprender cómo fluye la atención desde el ingreso del paciente hasta su egreso o derivación. Esta herramienta ayuda a identificar actividades duplicadas, esperas innecesarias, fallas de comunicación, puntos críticos y responsabilidades poco claras. En una organización de salud, la gestión por procesos resulta especialmente importante porque el paciente no experimenta la atención como áreas separadas, sino como una trayectoria continua. Si el triaje funciona, pero laboratorio se retrasa; si cirugía está lista, pero esterilización no entrega material; o si hospitalización atiende bien, pero farmacia no abastece, el resultado global se afecta. Los estudios sobre mejora Lean, gestión de capacidad y eficiencia operativa sostienen que el rediseño de procesos contribuye a reducir desperdicios, mejorar flujos y alinear operaciones con objetivos estratégicos (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Mokashi et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

La matriz de riesgos es una herramienta indispensable para anticipar eventos que pueden afectar la seguridad del



paciente, la continuidad operativa o la sostenibilidad institucional. En hospitales, los riesgos pueden estar relacionados con infecciones, caídas, errores de medicación, fallas de equipos, desabastecimiento, incendios, desastres, ciberseguridad, conflictos laborales o crisis reputacionales. El gestor hospitalario debe clasificar estos riesgos según probabilidad e impacto, establecer responsables, definir controles y revisar periódicamente la efectividad de las medidas. La evidencia sobre gestión de riesgos en emergencias y prevención de eventos adversos demuestra que los modelos preventivos son más efectivos cuando se trasladan del marco conceptual a la práctica diaria de los servicios (Golcuk & Karakoyun, 2025; Salmasian et al., 2025).

1.7 Retos actuales de hospitales y organizaciones de salud

Los hospitales actuales enfrentan retos que obligan a replantear la manera de administrar, financiar, evaluar y transformar los servicios de salud. Entre los principales desafíos se encuentran el crecimiento de la demanda, el



envejecimiento poblacional, la carga de enfermedades crónicas, la presión tecnológica, la escasez de talento especializado, la sostenibilidad financiera, la seguridad del paciente y la necesidad de responder a crisis sanitarias. El gestor hospitalario debe reconocer que estos retos no se resuelven con medidas aisladas, sino con una visión estratégica capaz de integrar prevención, eficiencia, calidad y sostenibilidad. La literatura sobre gestión sostenible de recursos hospitalarios y preparación ante escenarios de pandemia evidencia que las organizaciones sanitarias necesitan capacidad anticipatoria para responder a condiciones demográficas, epidemiológicas y operativas cambiantes (Chemkomnerd et al., 2025; Hertelendy et al., 2026).

La sostenibilidad se ha convertido en una prioridad de la gestión hospitalaria porque las instituciones de salud consumen grandes cantidades de energía, agua, materiales, medicamentos, dispositivos y recursos logísticos. La sostenibilidad no debe entenderse únicamente como responsabilidad ambiental, sino como la capacidad de



mantener servicios de calidad sin comprometer recursos futuros, equilibrio financiero ni responsabilidad social. El gestor hospitalario debe considerar compras responsables, eficiencia energética, reducción de desperdicios, manejo de residuos, uso racional de insumos y alineación con objetivos de desarrollo sostenible. Los estudios sobre sostenibilidad ambiental en organizaciones sanitarias y responsabilidad social corporativa en el sector salud muestran que los hospitales pueden avanzar hacia modelos más responsables cuando integran objetivos ambientales, sociales y económicos en la gestión institucional (Bobini & Cicchetti, 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025).

La transformación digital representa otro reto estratégico porque promete mejorar información, trazabilidad, coordinación y análisis, pero también exige inversión, capacitación, seguridad de datos y rediseño de procesos. El hospital que incorpora tecnología sin preparar a sus equipos puede generar resistencia, subutilización o duplicación de registros. El gestor hospitalario debe evaluar qué problema busca resolver cada herramienta



digital, qué beneficios generará, qué riesgos introduce y cómo se integrará con la cadena de atención. La evidencia sobre madurez digital, valor en salud e inteligencia artificial en procesos hospitalarios demuestra que la tecnología aporta valor cuando se alinea con procesos asistenciales, logística, toma de decisiones y objetivos institucionales, y no cuando se adopta como una solución aislada (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025; Kaczmarek & Wibbeling, 2025).

La acreditación y el cumplimiento de estándares constituyen también un desafío relevante para hospitales y organizaciones de salud. La acreditación no debe ser comprendida como una meta documental, sino como un proceso de ordenamiento institucional orientado a demostrar calidad, seguridad, trazabilidad y mejora continua. Preparar una institución para estándares superiores implica revisar protocolos, registros, indicadores, gestión de riesgos, derechos del paciente, competencias del personal, infraestructura y continuidad asistencial. El gestor hospitalario debe evitar que la



acreditación se reduzca a preparar carpetas, porque su verdadero valor se encuentra en transformar hábitos institucionales. La literatura sobre cumplimiento de calidad, seguridad del paciente y modelos de evaluación hospitalaria muestra que los estándares generan mayor impacto cuando se integran con la gestión diaria y no solo con auditorías externas (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

La resiliencia institucional se ha vuelto indispensable después de las experiencias de crisis sanitarias recientes. Un hospital resiliente es aquel que puede mantener funciones críticas, reorganizar recursos, proteger al personal, adaptar procesos y sostener atención segura incluso bajo presión. Esta capacidad no surge espontáneamente, sino de entrenamiento, liderazgo, planificación de contingencias, comunicación interna y coordinación con redes externas. El gestor hospitalario debe promover simulacros, análisis de escenarios, inventarios críticos, planes de continuidad y aprendizaje posterior a cada crisis. Los estudios sobre preparación ante



desastres y resiliencia pospandémica en hospitales universitarios demuestran que la respuesta efectiva depende de la capacidad institucional para aprender, innovar y reorganizarse frente a condiciones adversas (Hertelendy et al., 2026; Almeida et al., 2026).

1.8 Experiencias directivas aplicadas a la gestión hospitalaria

Desde una perspectiva aplicada, la gestión hospitalaria enseña que los problemas institucionales rara vez tienen una sola causa. Un aumento en las quejas de usuarios puede relacionarse con tiempos de espera, comunicación inadecuada, falta de señalización, procesos administrativos lentos, escasez de personal o expectativas no gestionadas. Del mismo modo, una caída en la productividad quirúrgica puede explicarse por programación ineficiente, cancelaciones por falta de insumos, retrasos en esterilización, ausencia de camas posoperatorias o fallas en coordinación médica. El gestor hospitalario debe evitar diagnósticos apresurados y analizar los procesos completos antes de intervenir. La evidencia sobre gestión de



capacidad, programación quirúrgica y mejora continua respalda la necesidad de estudiar flujos institucionales para identificar causas reales y no únicamente síntomas visibles (Mokashi et al., 2025; Zhao et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

Una experiencia frecuente en la dirección hospitalaria es la tensión entre urgencia y planificación. Los servicios de salud viven bajo presión constante, por lo que muchas decisiones deben tomarse rápidamente; sin embargo, si toda la institución funciona únicamente desde la urgencia, se pierden la capacidad de análisis, la prevención y la mejora estructural. El gestor hospitalario debe crear espacios de planificación aun en contextos de alta demanda, porque la falta de análisis termina produciendo más urgencias en el futuro. Reuniones de seguimiento, revisión de indicadores, análisis de eventos adversos y evaluación de procesos permiten salir de la gestión reactiva. Los estudios sobre monitoreo de indicadores, seguridad del paciente y proyectos de mejora sostienen que el seguimiento sistemático permite transformar problemas



recurrentes en oportunidades de aprendizaje institucional (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025; Jeffers & Anderson, 2025).

Otra experiencia relevante consiste en reconocer que la comunicación interna puede ser tan importante como la disponibilidad de recursos. En hospitales, muchas fallas se originan porque la información no llega a tiempo, se transmite de forma incompleta o no se registra adecuadamente. Una indicación clínica mal comunicada, una cama no reportada, un insumo no solicitado, un cambio de turno sin entrega adecuada o un evento adverso no notificado puede afectar todo el proceso asistencial. El gestor hospitalario debe fortalecer canales formales de comunicación, registros claros, reuniones breves de coordinación y cultura de reporte. La literatura sobre seguridad del paciente, gobernanza clínica y participación de equipos demuestra que la comunicación efectiva es condición para reducir riesgos y sostener calidad asistencial (Thompson et al., 2026; Teo et al., 2025; Katsapi et al., 2025).



La experiencia directiva también muestra que la mejora hospitalaria requiere priorización. Un hospital puede tener decenas de problemas importantes, pero no todos pueden resolverse al mismo tiempo ni con la misma intensidad. El gestor hospitalario debe clasificar problemas según riesgo para el paciente, impacto financiero, frecuencia, urgencia, factibilidad y alineación estratégica. Esta priorización permite concentrar esfuerzos y evitar la dispersión de recursos. Un plan con demasiadas acciones puede parecer ambicioso, pero si no cuenta con responsables, plazos y recursos, termina debilitándose. Los estudios sobre planificación estratégica, evaluación de tecnologías y gestión de recursos hospitalarios respaldan la necesidad de priorizar decisiones mediante criterios técnicos, impacto esperado y sostenibilidad institucional (Dim et al., 2025; Tan et al., 2026; Chemkomnerd et al., 2025).

Finalmente, la experiencia enseña que la gestión hospitalaria debe conservar una dimensión humana. La eficiencia, los indicadores, la tecnología y la sostenibilidad



son indispensables, pero su finalidad última es mejorar la atención de personas concretas. El paciente no evalúa solamente el resultado clínico, sino también la forma en que fue recibido, informado, acompañado y tratado. Por ello, la gestión estratégica debe integrar calidad técnica y trato humanizado, porque un hospital eficiente pero despersonalizado pierde legitimidad social. La participación de pacientes y familias permite comprender mejor la experiencia asistencial y fortalecer la seguridad desde una mirada más amplia. La evidencia sobre participación del paciente, consejos familiares y seguridad asistencial demuestra que incorporar la voz del usuario puede mejorar el desempeño organizacional y la orientación de los servicios (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).

1.9 Cierre del capítulo

El capítulo permite comprender que la gestión estratégica hospitalaria no se limita a administrar recursos, sino que articula planificación, gobernanza, liderazgo, talento humano, indicadores, procesos, tecnología,



sostenibilidad y cultura organizacional. El hospital es una organización compleja donde cada decisión puede afectar la seguridad del paciente, la calidad del servicio y la confianza social en la institución. Por ello, el gestor hospitalario debe actuar con visión sistémica, interpretar datos, priorizar problemas, coordinar equipos y sostener procesos de mejora continua. La literatura reciente coincide en que los hospitales con mejor desempeño son aquellos que alinean sus objetivos estratégicos con procesos operativos, estructuras de gobernanza, liderazgo responsable e información verificable para la toma de decisiones (Dim et al., 2025; Katsapi et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

La gestión estratégica también exige abandonar la improvisación como forma permanente de administración. La emergencia siempre existirá en los hospitales, pero no debe convertirse en el modo habitual de dirigir. Una institución madura aprende a anticipar riesgos, organizar recursos, medir resultados y corregir desviaciones antes de que los problemas se vuelvan críticos. Esta madurez se



expresa en planes claros, indicadores confiables, equipos comprometidos, comités activos, cultura de seguridad y liderazgo coherente. Los estudios sobre preparación ante desastres, resiliencia hospitalaria y monitoreo de seguridad demuestran que la capacidad de respuesta depende tanto de los recursos disponibles como de la organización previa y del aprendizaje institucional acumulado (Hertelendy et al., 2026; Almeida et al., 2026; Salmasian et al., 2025).

En consecuencia, la dirección hospitalaria debe entenderse como una práctica técnica, ética y humana. Técnica, porque requiere conocimiento de procesos, indicadores, finanzas, calidad, tecnología y gestión del talento. Ética, porque sus decisiones afectan la vida, la dignidad y la seguridad de los pacientes. Humana, porque ninguna estrategia tiene sentido si no mejora la experiencia de quienes reciben y brindan atención. Desde esta perspectiva, el gestor hospitalario se convierte en un articulador de capacidades institucionales y no solo en un administrador de recursos. La evidencia sobre liderazgo, participación del paciente, sostenibilidad y transformación



digital confirma que las organizaciones de salud necesitan una dirección capaz de equilibrar eficiencia, calidad, innovación y responsabilidad social (Kang et al., 2025; Cha et al., 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025; Galdiero et al., 2025).



1.10 Referencias del capítulo uno

- Almeida, J. P. L. D., Moreira, M. F., Prata, D. N., & Bermejo, P. H. D. S. (2026). Agility and resilience during COVID-19 and post-pandemic innovation in Brazilian public university hospitals. *Archives of Medical Research* 57(2).
<https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103294>
- Bobini, M., & Cicchetti, A. (2025). Chasing environmental sustainability in healthcare organizations: Insights from the Italian experience. *BMC Health Services Research*, 25(1), 978.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13158-x>
- Cha, J., Jang, J., & Lee, K.-H. (2025). Exploring the role of patient engagement in organisational performance: Empirical evidence from patient and family advisory councils. *The International Journal of Health Planning and Management*, 40(2), 346–357.
<https://doi.org/10.1002/hpm.3873>
- Chemkomnerd, N., Pannakkong, W., Tanantong, T., Huynh, V.-N., & Karnjana, J. (2025). A scenario-driven simulation approach to sustainable hospital resource management: Aging society, pandemic preparedness and referral enhancement. *BMC Health Services Research*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13221-7>



- Cheng, Y., Jiang, Y., Tai, R., Yang, L., Xiang, Q., Wang, Y., Liu, Y., Sheng, Y., Shi, Y., & Wang, L. (2026). Structural analysis of nursing quality issues in tertiary hospitals based on quality control inspections: A case study of 59 hospitals in Shanghai. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1677639>
- Crisp, L., Day, R., Shutt, A., Briggs, J., & Pulver, L. (2026). Achieving effective medicines governance: Guiding principles for the roles and responsibilities of medicines and therapeutics committees in Australian hospitals. *Internal Medicine Journal*, 56(5), 888–892. <https://doi.org/10.1111/imj.70404>
- Dim, C. C., Mbachu, C. O., Enebe, N. O., Kassy, W. C., Nnagbo, J. E., Obi, I. E., Onodugo, N. P., Lasebikan, N. N., & Onodugo, O. D. (2025). Strategic SWOT analysis of the University of Nigeria Teaching Hospital using modified Delphi technique: Implications for strengthening national and regional health systems. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12076-8>
- DiPiro, J. T., Couldry, R., Dopp, A. L., Kraus, T. A., Vest, T. A., Chou, J., Watanabe, J. H., Fretland, K., Fabian, T. J., Gosser, R., Blind, J. E., Blackburn, H., Gruenberg, K., Merandi, J., Cunningham, F. E., & Hoffman, J. M. (2026). ASHP and ASHP Foundation pharmacy



forecast 2026: Strategic planning guidance for pharmacy departments in hospitals and health systems. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 83(2), 71–101.
<https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaf247>

Galdiero, C., Marrapodi, R., Mele, S., Scaletti, A., & Martinez, M. (2025). Mapping digital transformation and social impact in Italian healthcare: A holistic evaluation of organizational digital maturity. *BMC Health Services Research*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13473-3>

Garnier, A., & Eckert, P. (2025). Medical leadership and accountability in hospital governance. *Revue Médicale Suisse*, 21(924), 1338–1342.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.924.47364>

Gebregzi, A. H., Teko, E. B., Tantu, A. D., Jale, N. T., Getahun, G. K., & Asemu, Y. M. (2025). Assessment of surgical capacity and productivity in high-volume Ethiopian hospitals: Mixed method study. *BMC Health Services Research*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-12892-6>

Golcuk, Y., & Karakoyun, Ö. F. (2025). From framework to frontline: Embedding enterprise risk management into emergency department fall prevention. *Journal*



of *Healthcare Risk Management*, 45(2), 24–25.
<https://doi.org/10.1002/jhrm.70012>

Hertelendy, A. J., Richmond, J. G., Lassar, W. M., Mitchell, C. L., Mayo, M. A., Vilendrer, S., Devereaux, A., Burkle, F. M., & Ullmann, S. (2026). Disaster preparedness training relevance for organizational response effectiveness: A healthcare executive perspective. *Journal of Healthcare Management*, 71(1), 18–33. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-24-00163>

Hung, S.-W., Chiu, C.-Y., & Lu, W.-M. (2025). Dynamic linkages between digital health and healthcare value chains: Evidence from a 3-stage network DEA model. *Inquiry*, 62, 469580251399375. <https://doi.org/10.1177/00469580251399375>

Jeffers, A. M., & Anderson, C. (2025). A guide to developing teams for successful healthcare quality improvement projects. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 55(7). <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2025.101802>

Kaczmarek, S., & Wibbeling, S. (2025). Artificial intelligence in hospital logistics and operational processes. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 68(8), 898–906. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04094-6>

Kang, J. Y., Huang, Y.-L., Lee, M., Cerri, P., & Klavetter, E. (2025). Characteristics of high-performing



administrative leaders in a physician-administrator dyad in an academic medical center. *Journal of Healthcare Management*, 70(4), 288-302. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-24-00157>

Katsapi, A., Haralampos, K., Kaitelidou, D., Thireos, E., Karaïskou, A., Tsana, M. A., & Rizos, F. (2025). A unified approach assessing hospitals' quality and patient safety compliance at organizational and national level using an evidence-based mapping tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(3). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf068>

Martelli, N., Roussel, C., Grumblat, A., Lechat, P., Aubourg, R., Beaumel, P., Bodet, N., Degrasat-Théas, A., Denies, F., Guerre, P., Heniche, F., Lavorel, A., Maachi, I., Martin, T., & Salaün, B. (2026). Hospital-based health technology assessment in France: How can we do more and better? *Therapies*, 81(1), 81-90. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2025.10.008>

Martins Drei, S., & Angulo-Meza, L. (2026). A Lean-DEA approach for continuous improvement in Brazilian public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 40(3), 481-505. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2024-0292>

Mokashi, A. C., Gardner, G. J., Klotz, A. D., Burns, J. J., & Velzen, J. L. (2025). A simulation-based approach for inpatient capacity management at a hospital



dedicated for cancer treatment. *Journal of Medical Systems*, 49(1). <https://doi.org/10.1007/s10916-025-02206-y>

Moschandreou, D., & Grouzi, E. (2025). Efficient quality improvement through the monitoring of key performance indicators in the quality management review of a blood establishment. *Transfusion Clinique et Biologique*, 32(2), 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2025.02.008>

Rego, K., Orlando, E., Riihimaki, G., Bassi, H., & Tsang, J. L. Y. (2026). Establishing a research institute in an Ontario community hospital: Reflections and lessons learned. *Healthcare Management Forum*, 39(3), 213-220. <https://doi.org/10.1177/08404704251380461>

Rodríguez-Cala, A., Rodó-Cobo, M., Duran-García, N., Zango-Martín, I., Calmaestra-Carrillo, E., & Codern-Bové, N. (2025). From commitment to action: Aligning corporate social responsibility with sustainable development goals in the health sector. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13447-5>

Salmasian, H., Van Wilder, A., Frits, M., Iannaccone, C., Logan, M., Zebrowski, J. P., Shahian, D., Rein, M., Levine, D., & Bates, D. W. (2025). Patient safety metrics monitoring across Harvard-affiliated



hospitals: A mixed methods study. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 51(9), 558–565.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.05.001>

Tan, H. Y., Tan, J. K., Xin, X., Poopalalingam, R., Kwek, K., Thumboo, J., & Atkinson, M. K. (2026). Advancing hospital-based health technology and impact assessments: Institutionalizing strategic decision-making in innovation adoption. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 42(1).
<https://doi.org/10.1017/S026646232510336X>

Teo, K. Y., Yuan, L. X., Kan, S. H., Ho, A. L., & Ng, G. N. J. (2025). Transforming caregivers into partners: Advancing WHO patient safety goals in Singapore acute hospital. *BMJ Open Quality*, 14(4).
<https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003555>

Thompson, C., Nevins, D. H., Walters, D., Chin-Bailey, C., Thompson, E., Thame, M., & James, K. (2026). Clinical governance and staffing for healthcare quality: Perceptions of nurses, doctors, and senior managers at two tertiary hospitals in Jamaica. *BMC Health Services Research*, 26(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13826-y>

Vara, G. M., Gomes, M. C., & Ferreira, D. C. (2025). Assessing the performance of Portuguese public hospitals before and during COVID-19 outbreak, with optimistic and pessimistic benchmarking



approaches. *Health Care Management Science*, 28(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s10729-024-09693-4>

Zhao, R., Quan, Y., & Fan, G. (2025). Optimizing operating room scheduling through multi-level learning and column generation: A novel hybrid approach. *Health Care Management Science*, 28(4), 691-714. <https://doi.org/10.1007/s10729-025-09723-9>

Zuidland, A., Roemeling, O., Aij, K. H., Pu, L., & Vijn, F. (2025). Alignment and contribution of lean management practices to strategic objectives in a healthcare context: A qualitative study in a university medical centre. *BMJ Open*, 15(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099758>



Capítulo 2. Calidad asistencial y seguridad del paciente

2.1 La calidad asistencial como eje de la gestión hospitalaria

La calidad asistencial se comprende como la capacidad de una organización de salud para ofrecer servicios seguros, oportunos, efectivos, eficientes, equitativos y centrados en la persona. En el ámbito hospitalario, la calidad no puede reducirse a la disponibilidad de médicos, camas, equipos o medicamentos, porque también depende de la forma en que se organizan los procesos, se comunican los equipos, se registran las decisiones clínicas y se evalúan los resultados institucionales. Desde una perspectiva directiva, el gestor hospitalario entiende que la calidad asistencial no es un departamento aislado, sino una responsabilidad transversal que compromete a la dirección, los servicios clínicos, enfermería, farmacia, laboratorio, imagenología, admisión, mantenimiento, limpieza, seguridad y atención al usuario. La evidencia reciente sostiene que los modelos de evaluación de calidad y



seguridad deben funcionar a nivel organizacional y nacional, mediante herramientas que permitan comprobar el cumplimiento de estándares y orientar la mejora institucional (Katsapi et al., 2025; Thompson et al., 2026).

La calidad asistencial también debe interpretarse como una experiencia integral del paciente dentro del hospital. Una atención puede ser técnicamente correcta, pero si el paciente espera demasiado, no recibe información clara, enfrenta trámites confusos o percibe un trato distante, la calidad global se debilita. El gestor hospitalario debe comprender que la calidad se expresa tanto en el resultado clínico como en el recorrido que vive la persona desde su ingreso hasta su egreso. Por ello, los hospitales necesitan revisar procesos de admisión, triaje, consulta, diagnóstico, tratamiento, hospitalización, alta, referencia y seguimiento. Las investigaciones sobre participación del paciente y desempeño organizacional muestran que la incorporación de pacientes y familias en procesos consultivos puede aportar evidencia práctica sobre problemas que la



institución no siempre observa desde sus indicadores internos (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).

En la práctica institucional, la calidad asistencial se evidencia cuando existe coherencia entre lo que el hospital promete, lo que sus protocolos establecen y lo que realmente ocurre en los servicios. Un hospital puede tener manuales bien redactados, pero si los equipos no los conocen, no los aplican o no reciben supervisión, la calidad queda limitada al plano documental. El gestor hospitalario debe evitar que los estándares se conviertan en archivos estáticos y debe promover que se transformen en hábitos cotidianos. Esta exigencia es especialmente importante en servicios de alto riesgo, como emergencia, cirugía, cuidados intensivos, maternidad, neonatología y farmacia, donde una falla de comunicación o un retraso puede tener consecuencias relevantes. La literatura sobre monitoreo de métricas de seguridad y calidad hospitalaria confirma que la evaluación permanente permite identificar brechas entre la norma institucional y la práctica real (Salmasian et al., 2025; Katsapi et al., 2025).



La gestión de la calidad asistencial exige pasar de una lógica reactiva a una lógica preventiva. En un modelo reactivo, la institución actúa cuando ocurre la queja, el evento adverso, la complicación o el conflicto; en un modelo preventivo, el hospital analiza riesgos, fortalece procesos, capacita equipos y revisa indicadores antes de que el daño ocurra. El gestor hospitalario debe liderar esta transición, porque la prevención requiere disciplina institucional, seguimiento constante y capacidad para aprender de los datos. Los estudios sobre gestión de riesgos, prevención de caídas y mejora de calidad muestran que las organizaciones obtienen mejores resultados cuando trasladan los marcos de gestión del riesgo hacia la práctica cotidiana y no los conservan únicamente como documentos de cumplimiento formal (Golcuk & Karakoyun, 2025; Jeffers & Anderson, 2025).

2.2 Seguridad del paciente como responsabilidad institucional

La seguridad del paciente se refiere al conjunto de acciones destinadas a prevenir daños evitables durante la



atención sanitaria. En el hospital, esta responsabilidad se vuelve prioritaria porque los pacientes suelen encontrarse en condiciones de vulnerabilidad, dependen de decisiones técnicas y atraviesan procesos en los que intervienen múltiples profesionales. El gestor hospitalario comprende que la seguridad no depende únicamente de la competencia individual de cada trabajador, sino del diseño de sistemas capaces de reducir errores, anticipar riesgos y responder oportunamente cuando aparece una falla. La evidencia sobre monitoreo de métricas de seguridad en hospitales afiliados a Harvard muestra que la medición sistemática de eventos, indicadores y procesos permite fortalecer el aprendizaje institucional y orientar acciones de mejora (Salmasian et al., 2025).

La seguridad del paciente debe ser entendida como una cultura organizacional y no solo como un conjunto de protocolos. Una cultura de seguridad existe cuando el personal reporta incidentes, comunica riesgos, solicita ayuda, cumple procedimientos y participa en la mejora sin temor a represalias injustas. En cambio, una cultura débil



aparece cuando los errores se ocultan, las fallas se normalizan y los trabajadores prefieren guardar silencio para evitar sanciones. El gestor hospitalario debe construir un ambiente donde el reporte se entienda como una oportunidad de aprendizaje y no como una amenaza personal. La literatura sobre seguridad del paciente y participación de cuidadores sostiene que los hospitales pueden avanzar hacia metas internacionales de seguridad cuando incorporan a profesionales, pacientes y familias como aliados del cuidado seguro (Teo et al., 2025; Katsapi et al., 2025).

En los hospitales, los riesgos para la seguridad del paciente pueden surgir en distintos momentos del proceso asistencial. Pueden aparecer durante la identificación del paciente, la administración de medicamentos, la transfusión, la cirugía, la atención de emergencia, el traslado interno, la entrega de turno, el uso de dispositivos médicos, la prevención de infecciones o el egreso hospitalario. El gestor hospitalario debe reconocer que muchos eventos adversos no se explican por una sola



acción incorrecta, sino por una cadena de fallas que atraviesa comunicación, recursos, supervisión, capacitación y diseño de procesos. Los estudios sobre problemas de calidad de enfermería en hospitales terciarios y monitoreo de seguridad evidencian que el análisis estructural de fallas ayuda a identificar patrones y áreas críticas para la intervención institucional (Cheng et al., 2026; Salmasian et al., 2025).

La seguridad del paciente exige liderazgo visible desde la alta dirección. Cuando la dirección hospitalaria no prioriza la seguridad, los equipos perciben que otros objetivos, como producción, rapidez o ahorro, tienen mayor importancia que el cuidado seguro. El gestor hospitalario debe comunicar que la seguridad no es negociable, asignar recursos para capacitación, fortalecer comités técnicos, revisar indicadores y exigir cumplimiento de barreras críticas. Esta prioridad debe expresarse en decisiones concretas, como dotación adecuada, protocolos actualizados, sistemas de notificación, análisis de eventos, rondas de seguridad y retroalimentación a los servicios. La



evidencia sobre gobernanza clínica y calidad hospitalaria sostiene que la percepción de directivos, médicos y enfermeras respecto a liderazgo y dotación influye en la capacidad institucional para sostener servicios seguros (Thompson et al., 2026; Garnier & Eckert, 2025).

2.3 Cultura de seguridad y aprendizaje organizacional

La cultura de seguridad es el conjunto de valores, prácticas y comportamientos que orientan la manera en que una institución identifica, comunica y gestiona los riesgos asistenciales. En una organización hospitalaria madura, la seguridad no se limita a una campaña ocasional, sino que se integra en reuniones clínicas, entrega de turnos, auditorías, indicadores, procesos de inducción, evaluación de desempeño y toma de decisiones. El gestor hospitalario debe comprender que la cultura de seguridad se construye de manera progresiva y requiere coherencia entre discurso, supervisión y recursos. Las investigaciones sobre calidad hospitalaria y herramientas de cumplimiento muestran que la seguridad se fortalece cuando los hospitales evalúan sus



prácticas con instrumentos basados en evidencia y no únicamente con percepciones generales (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

El aprendizaje organizacional aparece cuando el hospital transforma los errores, incidentes, quejas y eventos adversos en conocimiento útil para prevenir recurrencias. Este aprendizaje exige analizar causas, compartir hallazgos, rediseñar procesos y verificar si las medidas implementadas funcionan. El gestor hospitalario debe evitar una cultura centrada solamente en encontrar culpables, porque esa práctica puede disminuir los reportes y ocultar riesgos. En cambio, debe promover análisis de causa raíz, revisión de procesos y construcción de soluciones con los equipos involucrados. La literatura sobre mejora de calidad y desarrollo de equipos sostiene que los proyectos exitosos requieren grupos interdisciplinarios, objetivos claros, liderazgo y seguimiento de resultados para convertir problemas identificados en cambios sostenibles (Jeffers & Anderson, 2025; Golcuk & Karakoyun, 2025).



La comunicación abierta es una condición indispensable para la cultura de seguridad. En hospitales con alta complejidad, un dato omitido durante la entrega de turno, una alergia no registrada, una orden médica ambigua o una información incompleta durante un traslado pueden generar riesgos evitables. El gestor hospitalario debe fomentar herramientas de comunicación estandarizada, registros claros, reuniones de seguridad y canales de alerta temprana. La comunicación también debe incluir al paciente y su familia, porque ellos pueden detectar inconsistencias, advertir cambios y aportar información relevante sobre su condición. Los estudios sobre participación de cuidadores y consejos de pacientes muestran que la integración de la familia como aliada del cuidado puede fortalecer el cumplimiento de objetivos de seguridad y mejorar la orientación institucional hacia la persona (Teo et al., 2025; Cha et al., 2025).

La cultura de seguridad también depende de la forma en que el hospital maneja la presión laboral. Cuando los equipos trabajan con sobrecarga constante, escasez de



insumos, jornadas extendidas o interrupciones frecuentes, aumenta la probabilidad de errores y disminuye la capacidad de vigilancia. El gestor hospitalario debe analizar la relación entre carga asistencial, dotación, complejidad de pacientes y eventos de seguridad, porque exigir más rendimiento sin rediseñar procesos puede deteriorar la calidad. La evidencia sobre calidad de enfermería, gobernanza clínica y productividad hospitalaria confirma que los problemas de dotación, organización del trabajo y supervisión se relacionan con la calidad asistencial y deben ser abordados como componentes estructurales de la gestión hospitalaria (Cheng et al., 2026; Thompson et al., 2026; Gebregzi et al., 2025).

2.4 Gestión de riesgos asistenciales

La gestión de riesgos asistenciales consiste en identificar, analizar, priorizar, controlar y monitorear situaciones que pueden causar daño al paciente o afectar la continuidad del servicio. En el hospital, esta gestión debe abarcar riesgos clínicos, operativos, tecnológicos, logísticos,



ambientales y comunicacionales. El gestor hospitalario debe trabajar con una visión preventiva, porque muchos daños pueden evitarse cuando la institución reconoce anticipadamente sus puntos críticos. Una matriz de riesgos bien aplicada permite clasificar amenazas según probabilidad e impacto, asignar responsables, diseñar barreras y revisar la efectividad de las acciones. La literatura sobre gestión empresarial del riesgo en emergencias demuestra que los marcos preventivos adquieren valor cuando se integran en la operación diaria de los servicios y no quedan limitados a documentos institucionales (Golcuk & Karakoyun, 2025).

Los riesgos asistenciales pueden estar asociados a procesos clínicos frecuentes, como administración de medicamentos, cirugías, transfusiones, procedimientos invasivos, atención obstétrica, cuidados intensivos, infecciones asociadas a la atención y caídas intrahospitalarias. También pueden derivarse de procesos administrativos, como errores de identificación, demoras en autorizaciones, fallas de archivo clínico, pérdida de



resultados diagnósticos o interrupciones en abastecimiento. El gestor hospitalario debe analizar estos riesgos desde una perspectiva sistémica, porque un evento adverso suele ser consecuencia de varias fallas acumuladas. Los estudios sobre monitoreo de seguridad del paciente y problemas de calidad en hospitales terciarios respaldan el análisis estructurado de eventos para identificar patrones, servicios vulnerables y necesidades de intervención (Salmasian et al., 2025; Cheng et al., 2026).

La prevención de riesgos requiere barreras de seguridad. Estas barreras pueden incluir listas de verificación quirúrgica, doble identificación del paciente, conciliación de medicamentos, protocolos de higiene de manos, señalización de riesgo de caída, alertas en historia clínica, control de esterilización, mantenimiento de equipos y entrega de turno estandarizada. El gestor hospitalario debe garantizar que estas barreras existan, sean conocidas, se apliquen y se evalúen. Una barrera escrita que no se supervisa pierde eficacia, porque el riesgo no disminuye únicamente por la existencia de un protocolo. La evidencia



sobre seguridad del paciente y cumplimiento de estándares sostiene que las herramientas de evaluación permiten reconocer si las organizaciones aplican realmente prácticas seguras y si estas se sostienen en la rutina asistencial (Katsapi et al., 2025; Teo et al., 2025).

La gestión de riesgos también exige establecer sistemas de notificación y análisis de incidentes. Un sistema de reporte permite conocer eventos adversos, incidentes sin daño, condiciones inseguras y oportunidades de mejora. El gestor hospitalario debe proteger estos sistemas de una cultura punitiva, porque el miedo al castigo puede reducir la notificación y mantener ocultos los riesgos. El análisis de incidentes debe orientarse a comprender qué ocurrió, por qué ocurrió, qué barreras fallaron y qué cambios deben implementarse para evitar repetición. Los estudios sobre métricas de seguridad y mejora de calidad muestran que los hospitales necesitan datos confiables, revisión interdisciplinaria y retroalimentación para convertir los reportes en intervenciones útiles (Salmasian et al., 2025; Jeffers & Anderson, 2025).



2.5 Indicadores de calidad y seguridad del paciente

Los indicadores de calidad y seguridad del paciente son herramientas que permiten medir el desempeño hospitalario, identificar brechas y orientar decisiones de mejora. En una organización de salud, aquello que no se mide de manera sistemática suele depender de percepciones parciales y puede quedar fuera de la agenda directiva. El gestor hospitalario debe seleccionar indicadores pertinentes, confiables, comparables y accionables, porque un exceso de mediciones sin utilidad puede saturar a los equipos y debilitar el seguimiento. Entre los indicadores más relevantes pueden considerarse tiempos de espera, tasa de infecciones, eventos adversos, reingresos, caídas, errores de medicación, satisfacción del usuario, cumplimiento de protocolos, mortalidad ajustada y cancelaciones quirúrgicas. La evidencia sobre monitoreo de indicadores y revisión de calidad demuestra que los KPI permiten orientar mejoras cuando se analizan periódicamente y se relacionan con decisiones



institucionales (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

Un indicador no debe interpretarse de forma aislada, porque su significado depende del contexto institucional, la población atendida, la complejidad de los casos y la calidad del registro. Por ejemplo, un aumento de reportes de incidentes puede parecer negativo, pero también puede reflejar una cultura de seguridad más abierta y un sistema de notificación más confiable. Del mismo modo, una reducción del promedio de estancia puede ser positiva si se mantiene la seguridad del alta, pero puede ser problemática si genera reingresos tempranos. El gestor hospitalario debe analizar los indicadores en conjunto y revisar tendencias antes de tomar decisiones. Los estudios sobre benchmarking hospitalario y desempeño institucional evidencian que la interpretación comparativa debe considerar escenarios optimistas, pesimistas y condiciones externas que afectan los resultados (Vara et al., 2025).



Los indicadores de calidad deben ser útiles para los equipos que realizan el trabajo diario. Si las métricas se quedan únicamente en la dirección o se presentan como datos abstractos, pierden capacidad de movilizar mejoras. El gestor hospitalario debe devolver información a los servicios en formatos comprensibles, comparables y orientados a la acción. Un servicio de emergencia necesita conocer sus tiempos de triaje, permanencia y resolución; un quirófano necesita revisar cancelaciones, utilización de sala y tiempos muertos; una unidad de hospitalización necesita observar caídas, infecciones, estancia y reingresos. La literatura sobre mejora continua y alineación de prácticas Lean muestra que los indicadores favorecen el cambio cuando se conectan con procesos concretos, objetivos estratégicos y participación del personal involucrado (Zuidland et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

La calidad de los indicadores depende de la calidad de los datos. Un hospital puede contar con sistemas informáticos avanzados, pero si el personal registra tarde, registra de manera incompleta o utiliza criterios distintos,



la información pierde confiabilidad. El gestor hospitalario debe fortalecer la estandarización del registro, la capacitación, la auditoría de datos y la interoperabilidad de sistemas. En la transformación digital hospitalaria, la información debe convertirse en un activo estratégico para mejorar la atención, no en una carga administrativa que aleja al personal del paciente. Los estudios sobre salud digital, madurez organizacional y cadenas de valor en salud muestran que la digitalización aporta valor cuando mejora los flujos de información, apoya la toma de decisiones y se integra con los procesos asistenciales (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025).

2.6 Mejora continua en la calidad asistencial

La mejora continua constituye una práctica esencial para sostener la calidad asistencial, porque ningún hospital alcanza resultados óptimos de manera permanente sin revisar sus procesos, corregir desviaciones y aprender de la experiencia institucional. En las organizaciones de salud, la



mejora continua no debe entenderse como una actividad eventual, sino como una forma de gestión que permite identificar problemas, priorizar intervenciones, ejecutar cambios, medir efectos y ajustar decisiones. El gestor hospitalario debe promover esta lógica en todos los niveles, desde la alta dirección hasta los servicios clínicos y administrativos, porque la calidad se construye en la rutina diaria y no únicamente en auditorías externas. La evidencia sobre proyectos de mejora de calidad sostiene que los equipos exitosos requieren objetivos claros, liderazgo, seguimiento, análisis de datos y participación interdisciplinaria para transformar problemas en resultados sostenibles (Jeffers & Anderson, 2025; Moschandreou & Grouzi, 2025).

En la práctica hospitalaria, la mejora continua suele comenzar con la identificación de una brecha entre el resultado esperado y el resultado observado. Esta brecha puede expresarse en demoras, eventos adversos, quejas, infecciones, cancelaciones quirúrgicas, reingresos, fallas de comunicación, errores de medicación o pérdida de



continuidad asistencial. El gestor hospitalario debe evitar respuestas improvisadas y debe conducir al equipo hacia un análisis ordenado de causas, porque muchas veces el síntoma visible no coincide con el origen del problema. Una demora en el alta, por ejemplo, puede estar asociada con retrasos médicos, trámites administrativos, falta de transporte, espera de medicamentos o ausencia de coordinación familiar. Los estudios sobre gestión por procesos y prácticas Lean en hospitales muestran que el rediseño de flujos permite identificar desperdicios, cuellos de botella y actividades que no agregan valor al paciente (Zuidland et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

La mejora continua exige seleccionar metodologías apropiadas para cada problema institucional. Algunas organizaciones utilizan ciclos de mejora, análisis de causa raíz, mapas de procesos, tableros de control, auditorías clínicas, benchmarking, gestión Lean o herramientas de evaluación de riesgos. La utilidad de estas metodologías depende de su aplicación disciplinada y de la participación de quienes conocen el proceso desde la práctica cotidiana.



El gestor hospitalario debe evitar imponer soluciones sin escuchar a los equipos, porque los trabajadores que ejecutan el proceso suelen identificar detalles que no aparecen en los reportes administrativos. La literatura sobre desarrollo de equipos para proyectos de calidad confirma que la mejora se fortalece cuando se conforman grupos interdisciplinarios, se delimitan responsabilidades y se mide el impacto de las intervenciones implementadas (Jeffers & Anderson, 2025; Golcuk & Karakoyun, 2025).

La mejora continua debe vincularse con la evaluación de resultados, porque una intervención no puede considerarse exitosa solo porque fue ejecutada. Un hospital puede capacitar personal, actualizar protocolos o instalar señalética, pero debe verificar si esas acciones redujeron eventos adversos, mejoraron tiempos, aumentaron cumplimiento o elevaron la satisfacción del usuario. El gestor hospitalario debe establecer indicadores antes y después de cada intervención para comprobar si el cambio generó beneficio real. Esta exigencia protege a la institución de acciones simbólicas que consumen recursos sin



modificar resultados. La evidencia sobre monitoreo de indicadores de calidad y métricas de seguridad demuestra que la revisión periódica de datos permite comprobar avances, detectar retrocesos y orientar nuevas decisiones de mejora (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

2.7 Participación del paciente y la familia en la calidad y seguridad

La participación del paciente y la familia se ha convertido en una dimensión relevante de la calidad asistencial, porque la persona atendida no es un receptor pasivo del servicio, sino un actor que puede aportar información, advertir riesgos y evaluar la experiencia de atención. En la gestión hospitalaria contemporánea, escuchar al paciente permite comprender aspectos que los indicadores tradicionales no siempre captan, como claridad de la información, trato recibido, orientación dentro del hospital, continuidad del cuidado y confianza en el equipo. El gestor hospitalario debe considerar que la calidad no se completa solo con resultados clínicos, sino también con la



percepción de seguridad, respeto y acompañamiento que experimenta la persona. La evidencia sobre consejos de pacientes y familiares muestra que la participación organizada de usuarios puede aportar información útil para mejorar el desempeño institucional (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).

En seguridad del paciente, la familia puede funcionar como una barrera adicional cuando recibe información clara y participa de manera adecuada. Los familiares pueden alertar sobre alergias, cambios clínicos, medicamentos habituales, confusión en la identificación del paciente o incumplimiento de indicaciones previas. Sin embargo, esa participación debe ser orientada por el equipo de salud, porque no se trata de trasladar responsabilidades profesionales al paciente o su familia, sino de integrarlos como aliados del cuidado seguro. El gestor hospitalario debe promover políticas de comunicación, consentimiento informado, educación al alta y acompañamiento familiar en procesos de mayor riesgo. Los estudios sobre transformación de cuidadores en socios de seguridad



destacan que la participación familiar puede contribuir al cumplimiento de metas de seguridad cuando se estructura con orientación, roles claros y comunicación efectiva (Teo et al., 2025).

La experiencia institucional demuestra que muchas quejas de los usuarios no surgen únicamente por fallas clínicas, sino por deficiencias de comunicación, trato, tiempos, orientación y expectativas no gestionadas. Un paciente puede aceptar una espera cuando entiende la razón y recibe información oportuna, pero puede sentirse abandonado si nadie explica el proceso. Del mismo modo, una familia puede colaborar mejor con el tratamiento cuando comprende signos de alarma, cuidados posteriores y pasos a seguir después del alta. El gestor hospitalario debe integrar la comunicación como un componente de calidad, no como una cortesía secundaria. La literatura sobre participación del paciente y desempeño organizacional sostiene que las instituciones que escuchan sistemáticamente a usuarios y familias pueden identificar



oportunidades de mejora en servicios, procesos y cultura asistencial (Cha et al., 2025; Katsapi et al., 2025).

La participación del paciente también exige mecanismos formales de recolección y análisis de la experiencia usuaria. Encuestas de satisfacción, buzones, entrevistas, rondas de experiencia, consejos consultivos, análisis de reclamos y seguimiento posalta pueden aportar información valiosa para la mejora. El gestor hospitalario debe asegurar que estos mecanismos no se limiten a acumular opiniones, sino que alimenten decisiones concretas. Una queja repetida sobre demora en farmacia, orientación deficiente o trato inadecuado debe convertirse en revisión de procesos, capacitación o rediseño de flujos. La evidencia sobre mejora de calidad y evaluación institucional respalda que la información del usuario adquiere valor cuando se integra con indicadores operativos y acciones de seguimiento verificables (Jeffers & Anderson, 2025; Salmasian et al., 2025).



2.8 Humanización de la atención y calidad percibida

La humanización de la atención forma parte de la calidad asistencial porque el hospital atiende a personas que atraviesan dolor, incertidumbre, miedo, dependencia y vulnerabilidad. La gestión hospitalaria no puede separar la calidad técnica del trato humano, ya que una intervención clínicamente adecuada puede perder valor si se realiza con indiferencia, información insuficiente o ausencia de respeto. El gestor hospitalario debe promover una cultura institucional donde la persona sea tratada con dignidad, confidencialidad, empatía y claridad. La calidad percibida se construye en detalles cotidianos: saludo, escucha, privacidad, orientación, explicación del procedimiento, manejo del dolor y acompañamiento. La literatura sobre participación del paciente y seguridad asistencial sugiere que la experiencia del usuario debe incorporarse como una fuente relevante para evaluar y mejorar la calidad institucional (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).



Humanizar no significa disminuir la exigencia técnica ni reemplazar los protocolos por buena voluntad. Al contrario, una atención humanizada requiere procesos ordenados, tiempos razonables, equipos coordinados y comunicación clara. La empatía se vuelve difícil cuando los servicios están saturados, los turnos están mal organizados o los profesionales carecen de apoyo institucional. Por ello, el gestor hospitalario debe comprender que la humanización también depende de condiciones organizacionales. Un trabajador agotado, sin insumos o expuesto a presión constante puede tener menor capacidad para sostener una relación terapéutica adecuada. Los estudios sobre gobernanza clínica, dotación y calidad hospitalaria muestran que las condiciones de trabajo, la coordinación y el liderazgo influyen en la calidad del cuidado ofrecido al paciente (Thompson et al., 2026; Cheng et al., 2026).

La calidad percibida se relaciona con la confianza que el paciente deposita en la institución. Esta confianza se fortalece cuando la información es coherente, el trato es



respetuoso, los procesos son comprensibles y las respuestas son oportunas. En cambio, se debilita cuando existen mensajes contradictorios, pérdida de documentos, falta de seguimiento o sensación de abandono. El gestor hospitalario debe revisar la experiencia del paciente como un proceso completo y no como una suma de contactos aislados. Desde el ingreso hasta el alta, cada interacción contribuye a formar una opinión sobre la institución. La evidencia sobre desempeño organizacional y participación de pacientes muestra que la experiencia usuaria puede convertirse en un componente estratégico para mejorar servicios y fortalecer legitimidad institucional (Cha et al., 2025; Katsapi et al., 2025).

La humanización también se vincula con la equidad en la atención. Un hospital de calidad debe procurar que la seguridad, la información y el trato digno no dependan del origen social, el nivel educativo, la edad, la discapacidad, el idioma, la condición económica o el tipo de cobertura del paciente. El gestor hospitalario debe promover protocolos de atención inclusiva, señalética comprensible,



comunicación adaptada y mecanismos para proteger a personas en mayor vulnerabilidad. La calidad asistencial pierde sentido si solo beneficia a ciertos grupos y deja barreras para otros. La literatura sobre calidad hospitalaria y responsabilidad social en salud respalda que las organizaciones sanitarias deben orientar su gestión hacia resultados clínicos, sociales y éticos coherentes con el derecho a una atención segura y digna (Rodríguez-Cala et al., 2025; Katsapi et al., 2025).

2.9 Estándares, protocolos y acreditación como soporte de la calidad

Los estándares, protocolos y procesos de acreditación constituyen soportes importantes para la calidad asistencial, porque permiten organizar criterios comunes, reducir variabilidad y demostrar cumplimiento de condiciones mínimas de seguridad. En un hospital, la variabilidad no controlada puede generar resultados desiguales, especialmente cuando cada profesional o servicio actúa según criterios propios sin alineación institucional. El gestor hospitalario debe procurar que los



protocolos sean claros, actualizados, accesibles y aplicables, porque un documento complejo o desconocido tiene poca utilidad práctica. La evidencia sobre evaluación de calidad y seguridad en hospitales muestra que las herramientas de cumplimiento basadas en evidencia permiten valorar si una organización mantiene estándares consistentes a nivel institucional (Katsapi et al., 2025).

La acreditación hospitalaria no debe ser entendida como un trámite documental, sino como un proceso de transformación organizacional. Preparar una institución para acreditación implica revisar gestión del paciente, seguridad, derechos, infraestructura, talento humano, medicamentos, infecciones, registros, continuidad asistencial, gobierno institucional e indicadores. El gestor hospitalario debe evitar que la acreditación se convierta en una carrera temporal para ordenar papeles antes de una visita externa. Su verdadero valor aparece cuando los estándares se incorporan en la práctica cotidiana y se mantienen después de la evaluación. Los estudios sobre seguridad del paciente y monitoreo de métricas



demuestran que la calidad se sostiene cuando los sistemas de medición, revisión y retroalimentación forman parte de la gestión diaria (Salmasian et al., 2025; Moschandreu & Grouzi, 2025).

Los protocolos clínicos y administrativos deben integrarse con la capacitación del personal. No basta con aprobar un procedimiento si los trabajadores no reciben inducción, práctica supervisada y actualización. En áreas críticas, los protocolos deben acompañarse de simulaciones, listas de verificación, auditorías y retroalimentación. El gestor hospitalario debe identificar cuáles protocolos son prioritarios por su impacto en seguridad, como identificación del paciente, cirugía segura, administración de medicamentos, prevención de infecciones, traslado intrahospitalario y alta segura. La literatura sobre mejora de calidad y seguridad del paciente sostiene que los cambios son más efectivos cuando se acompañan de equipos entrenados, objetivos medibles y evaluación posterior de cumplimiento (Jeffers & Anderson, 2025; Teo et al., 2025).



La gestión documental es una dimensión fundamental para sostener estándares y acreditación. Historias clínicas incompletas, consentimientos ausentes, registros inconsistentes o protocolos desactualizados pueden afectar la continuidad asistencial y la defensa institucional frente a auditorías o eventos adversos. El gestor hospitalario debe promover sistemas documentales ordenados, digitales cuando sea posible, con responsables claros y criterios de actualización. La transformación digital puede fortalecer esta dimensión si se implementa con interoperabilidad, capacitación y control de calidad del dato. Los estudios sobre madurez digital y cadenas de valor en salud muestran que la digitalización puede mejorar la gestión cuando facilita información confiable, trazabilidad y toma de decisiones integradas (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025).

2.10 Experiencias aplicadas en calidad y seguridad hospitalaria

Desde la experiencia de gestión, una de las primeras lecciones es que la calidad asistencial no mejora solo con



exigir más compromiso al personal. La mejora requiere comprender las condiciones reales en las que los equipos trabajan, los obstáculos que enfrentan y los procesos que dificultan el cumplimiento de los estándares. Si una enfermera debe atender múltiples pacientes complejos sin apoyo suficiente, si farmacia entrega medicamentos tarde o si los resultados de laboratorio no están disponibles a tiempo, el riesgo no se soluciona únicamente con llamados de atención. El gestor hospitalario debe analizar el sistema completo antes de atribuir responsabilidades individuales. La evidencia sobre calidad de enfermería, gobernanza clínica y gestión de capacidad muestra que los resultados asistenciales dependen de organización, dotación, procesos y liderazgo institucional (Cheng et al., 2026; Thompson et al., 2026; Mokashi et al., 2025).

Otra experiencia frecuente consiste en descubrir que los indicadores pueden revelar problemas que la rutina había normalizado. Tiempos prolongados de espera, caídas recurrentes, infecciones repetidas, cancelaciones quirúrgicas o reclamos por información deficiente pueden



parecer parte del funcionamiento habitual si no se miden con claridad. El gestor hospitalario debe usar los indicadores para cuestionar la normalización de fallas y construir una agenda de mejora. Cuando un dato se revisa con el equipo, se compara con una meta y se convierte en acción, deja de ser un número y se transforma en una herramienta directiva. Los estudios sobre indicadores clave de desempeño y seguridad del paciente confirman que la medición sistemática permite identificar brechas, sostener seguimiento y orientar intervenciones institucionales (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

La experiencia también demuestra que la calidad asistencial mejora cuando los servicios dejan de trabajar como islas. La seguridad del paciente depende de transiciones adecuadas entre áreas: emergencia a hospitalización, hospitalización a quirófano, quirófano a recuperación, recuperación a sala, sala a alta y alta a seguimiento. Cada transición puede convertirse en un punto de riesgo si la información se pierde o llega incompleta. El gestor hospitalario debe fortalecer la



continuidad mediante entregas de turno estandarizadas, registros compartidos, responsables definidos y comunicación entre servicios. La literatura sobre gestión por procesos, mejora Lean y participación de equipos sostiene que la alineación de prácticas operativas con objetivos estratégicos permite reducir fragmentación y mejorar resultados institucionales (Zuidland et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

Finalmente, la gestión de calidad enseña que la seguridad del paciente necesita constancia directiva. Las campañas iniciales suelen generar entusiasmo, pero los resultados se pierden si no existe seguimiento, retroalimentación y liderazgo sostenido. El gestor hospitalario debe mantener la calidad en la agenda institucional mediante reuniones periódicas, revisión de indicadores, rondas de seguridad, auditorías, formación y reconocimiento de buenas prácticas. La calidad no se instala de una vez; se cultiva en el tiempo. La evidencia sobre equipos de mejora, cumplimiento de estándares y monitoreo de seguridad confirma que los cambios



sostenibles requieren liderazgo, medición, aprendizaje y participación continua de los profesionales de salud (Jeffers & Anderson, 2025; Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

2.11 Cierre del capítulo

El capítulo permite afirmar que la calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen dimensiones centrales de la gestión hospitalaria contemporánea. La calidad no puede reducirse a infraestructura, producción de servicios o cumplimiento documental, porque implica resultados clínicos, experiencia usuaria, procesos seguros, comunicación efectiva, equidad, humanización y mejora continua. El gestor hospitalario debe comprender que la calidad se construye de manera transversal y que cada servicio, desde la emergencia hasta la administración, influye en la experiencia final del paciente. La evidencia revisada coincide en que los hospitales requieren herramientas de evaluación, indicadores, cultura de seguridad, participación del usuario y liderazgo



institucional para sostener estándares confiables (Katsapi et al., 2025; Thompson et al., 2026; Cha et al., 2025).

La seguridad del paciente representa una responsabilidad ética y organizacional que debe expresarse en sistemas de prevención, reporte, análisis y aprendizaje. No basta con esperar que cada profesional actúe correctamente, porque incluso los equipos competentes pueden equivocarse cuando los procesos están mal diseñados, los recursos son insuficientes o la comunicación es deficiente. El gestor hospitalario debe construir barreras institucionales que reduzcan el riesgo de daño y debe promover una cultura donde los errores sean analizados para aprender y no ocultados por temor. La literatura sobre métricas de seguridad, participación familiar y gestión de riesgos muestra que la seguridad mejora cuando los hospitales combinan medición, cultura abierta, participación y acciones preventivas (Salmasian et al., 2025; Teo et al., 2025; Golcuk & Karakoyun, 2025).



En consecuencia, una organización de salud que aspire a la excelencia debe integrar calidad y seguridad dentro de su estrategia general. Esto significa incluirlas en la planificación, el presupuesto, la capacitación, los tableros de indicadores, los procesos de acreditación y la evaluación de desempeño. La calidad asistencial no debe ser una tarea adicional del personal, sino la forma correcta de gestionar el hospital. Desde esta perspectiva, el directivo sanitario cumple la función de alinear procesos, personas, información y cultura para que la atención sea segura, digna y sostenible. Los estudios sobre mejora continua, transformación digital y responsabilidad social en salud confirman que las instituciones más sólidas son aquellas que convierten la calidad en una práctica estructural y no en una respuesta ocasional ante auditorías o crisis (Jeffers & Anderson, 2025; Galdiero et al., 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025).



2.12 Referencias del capítulo dos

Cha, J., Jang, J., & Lee, K.-H. (2025). Exploring the role of patient engagement in organisational performance: Empirical evidence from patient and family advisory councils. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(2), 346–357.

<https://doi.org/10.1002/hpm.3873>

Cheng, Y., Jiang, Y., Tai, R., Yang, L., Xiang, Q., Wang, Y., Liu, Y., Sheng, Y., Shi, Y., & Wang, L. (2026). Structural analysis of nursing quality issues in tertiary hospitals based on quality control inspections: A case study of 59 hospitals in Shanghai. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1677639.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1677639>

Galdiero, C., Marrapodi, R., Mele, S., Scaletti, A., & Martinez, M. (2025). Mapping digital transformation and social impact in Italian healthcare: A holistic evaluation of organizational digital maturity. *BMC*



Health Services Research, 25(1), Article 1609.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13473-3>

Garnier, A., & Eckert, P. (2025). Medical leadership and accountability in hospital governance. *Revue Medicale Suisse*, 21(924), 1338-1342.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.924.47364>

Golcuk, Y., & Karakoyun, Ö. F. (2025). From framework to frontline: Embedding enterprise risk management into emergency department fall prevention. *Journal of Healthcare Risk Management*, 45(2), 24-25.
<https://doi.org/10.1002/jhrm.70012>

Hung, S.-W., Chiu, C.-Y., & Lu, W.-M. (2025). Dynamic linkages between digital health and healthcare value chains: Evidence from a 3-stage network DEA model. *Inquiry*, 62, Article 00469580251399375.
<https://doi.org/10.1177/00469580251399375>

Jeffers, A. M., & Anderson, C. (2025). A guide to developing teams for successful healthcare quality improvement



projects. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 55(7), Article 101802.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2025.101802>

Katsapi, A., Haralampos, K., Kaitelidou, D., Thireos, E., Karaïskou, A., Tsana, M. A., & Rizos, F. (2025). A unified approach assessing hospitals' quality and patient safety compliance at organizational and national level using an evidence-based mapping tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(3), Article mzaf068.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf068>

Martins Drei, S., & Angulo-Meza, L. (2026). A Lean-DEA approach for continuous improvement in Brazilian public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 40(3), 481-505.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2024-0292>

Moschandreu, D., & Grouzi, E. (2025). Efficient quality improvement through the monitoring of key performance indicators in the quality management



review of a blood establishment. *Transfusion Clinique et Biologique*, 32(2), 134-140.

<https://doi.org/10.1016/j.tracli.2025.02.008>

Rodríguez-Cala, A., Rodó-Cobo, M., Duran-García, N., Zango-Martín, I., Calmaestra-Carrillo, E., & Codern-Bové, N. (2025). From commitment to action: Aligning corporate social responsibility with sustainable development goals in the health sector. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 1569.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13447-5>

Salmasian, H., Van Wilder, A., Frits, M., Iannaccone, C., Logan, M., Zebrowski, J. P., Shahian, D., Rein, M., Levine, D., & Bates, D. W. (2025). Patient safety metrics monitoring across Harvard-affiliated hospitals: A mixed methods study. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 51(9), 558-565.

<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.05.001>



Teo, K. Y., Yuan, L. X., Kan, S. H., Ho, A. L., & Ng, G. N. J. (2025). Transforming caregivers into partners: Advancing WHO patient safety goals in Singapore acute hospital. *BMJ Open Quality*, 14(4), Article e003555. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-003555>

Thompson, C., Nevins, D. H., Walters, D., Chin-Bailey, C., Thompson, E., Thame, M., & James, K. (2026). Clinical governance and staffing for healthcare quality: Perceptions of nurses, doctors, and senior managers at two tertiary hospitals in Jamaica. *BMC Health Services Research*, 26(1), Article 138. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13826-y>

Vara, G. M., Gomes, M. C., & Ferreira, D. C. (2025). Assessing the performance of Portuguese public hospitals before and during COVID-19 outbreak, with optimistic and pessimistic benchmarking approaches. *Health Care Management Science*, 28(1), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s10729-024-09693-4>



Zuidland, A., Roemeling, O., Aij, K. H., Pu, L., & Vijn, F. (2025). Alignment and contribution of lean management practices to strategic objectives in a healthcare context: A qualitative study in a university medical centre. *BMJ Open*, 15(12), Article e099758. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099758>



Capítulo 3. Indicadores sanitarios, eficiencia y sostenibilidad hospitalaria

3.1 Los indicadores sanitarios como herramientas de gestión

Los indicadores sanitarios constituyen instrumentos fundamentales para convertir la información hospitalaria en decisiones directivas. En una organización de salud, la gestión no puede depender únicamente de percepciones, experiencias aisladas o reportes narrativos, porque la complejidad asistencial exige evidencias que permitan reconocer tendencias, comparar resultados, identificar riesgos y priorizar intervenciones. El gestor hospitalario comprende que un indicador no es solo un número, sino una señal que muestra cómo funciona un proceso clínico, administrativo, financiero u operativo. Por ello, los indicadores deben ser pertinentes, medibles, confiables, comparables y útiles para la acción. La literatura reciente sobre monitoreo de métricas de seguridad y revisión de indicadores de calidad sostiene que los hospitales mejoran sus procesos cuando miden sistemáticamente, interpretan



resultados y vinculan los datos con decisiones institucionales verificables (Moschandreu & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

En la práctica hospitalaria, los indicadores permiten responder preguntas esenciales para la dirección: cuántos pacientes se atienden, cuánto tiempo esperan, cuántas camas se ocupan, cuántos eventos adversos ocurren, cuántas cirugías se cancelan, cuánto cuesta un servicio, cuántos pacientes reingresan, cuántos usuarios se sienten satisfechos y cuántos procesos cumplen los estándares establecidos. Estas preguntas no solo tienen valor administrativo, porque detrás de cada dato existe una consecuencia sobre la seguridad, la experiencia del paciente y la sostenibilidad institucional. Un hospital que no mide sus tiempos de espera difícilmente podrá corregir demoras; una institución que no mide infecciones, caídas o errores de medicación puede normalizar riesgos evitables. La evidencia sobre desempeño hospitalario y benchmarking confirma que el seguimiento de indicadores permite comparar escenarios, reconocer brechas y orientar



mejoras en hospitales públicos y privados (Vara et al., 2025; Katsapi et al., 2025).

El gestor hospitalario debe seleccionar indicadores de acuerdo con la misión institucional, la complejidad de los servicios y los objetivos estratégicos. No todos los indicadores son igualmente útiles para todos los hospitales, porque una institución de alta complejidad, un hospital básico, una clínica privada, un centro especializado o una red ambulatoria tienen prioridades diferentes. Sin embargo, toda organización sanitaria necesita medir calidad, seguridad, productividad, eficiencia, acceso, continuidad, experiencia usuaria y sostenibilidad. La selección debe evitar dos extremos: medir muy poco y perder control sobre la gestión, o medir demasiado y saturar a los equipos con datos que no se utilizan. Los estudios sobre eficiencia hospitalaria, gestión de capacidad y mejora Lean muestran que las métricas son más útiles cuando se conectan con procesos concretos, objetivos claros y decisiones de mejora continua (Mokashi et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Zuidland et al., 2025).



Una característica esencial de todo indicador es su fórmula. La fórmula permite establecer de manera precisa qué se mide, cómo se calcula y qué interpretación debe realizarse. Sin una fórmula clara, los equipos pueden calcular el mismo indicador con criterios diferentes y producir datos inconsistentes. Por ejemplo, la ocupación hospitalaria puede variar si se calcula con camas disponibles, camas instaladas o camas habilitadas; la tasa de reingreso puede cambiar si se consideran 7, 15 o 30 días; y la tasa de infecciones puede interpretarse de manera distinta si se expresa por egresos, días-paciente o procedimientos. El gestor hospitalario debe asegurar definiciones operativas estandarizadas para evitar comparaciones erróneas. La literatura sobre indicadores de calidad y seguridad destaca que la confiabilidad del dato depende de criterios homogéneos, registros completos y revisión sistemática (Salmasian et al., 2025; Moschandreou & Grouzi, 2025).



3.2 Indicadores clínicos, administrativos, financieros y de experiencia usuaria

Los indicadores clínicos permiten evaluar resultados directamente relacionados con la atención del paciente. Entre ellos se encuentran mortalidad hospitalaria, reingresos, infecciones asociadas a la atención de salud, eventos adversos, caídas intrahospitalarias, errores de medicación, complicaciones quirúrgicas, cumplimiento de guías clínicas y oportunidad diagnóstica. El gestor hospitalario debe analizarlos con prudencia, porque los resultados clínicos dependen de la complejidad de los pacientes, los criterios de ingreso, la disponibilidad de recursos, la calidad del registro y la capacidad resolutive de la institución. Un aumento de eventos reportados no siempre significa peor seguridad, ya que puede reflejar una mejor cultura de notificación. La evidencia sobre métricas de seguridad del paciente muestra que los indicadores clínicos deben interpretarse junto con procesos de reporte, análisis de causas y acciones de mejora (Salmasian et al., 2025; Cheng et al., 2026).



Una fórmula básica para medir la mortalidad hospitalaria es: **Tasa de mortalidad hospitalaria = (Número de defunciones hospitalarias en el período / Número total de egresos hospitalarios en el período) × 100.**

TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

Indica el porcentaje de pacientes que fallecen durante su estancia hospitalaria, en relación con el total de egresos en un período determinado.

$$\text{Tasa de mortalidad hospitalaria} = \left(\frac{\text{Número de defunciones hospitalarias en el período}}{\text{Número total de egresos hospitalarios en el período}} \right) \times 100$$

Donde:



Número de defunciones hospitalarias en el período:

Total de pacientes fallecidos durante su estancia en el hospital, en el período analizado.



Número total de egresos hospitalarios en el período:

Total de pacientes dados de alta (vivos o fallecidos) del hospital, en el período analizado.



× 100:

Multiplica el resultado por 100 para expresarlo como porcentaje.

Interpretación:

Si la tasa es 2%, significa que por cada 100 egresos hospitalarios en el período, 2 pacientes fallecieron durante la estancia.



Este indicador permite conocer la proporción de egresos que finalizaron en defunción, aunque debe ajustarse según complejidad, edad, diagnóstico y gravedad para evitar interpretaciones injustas. Para reingresos, una fórmula frecuente es: **Tasa de reingreso a 30 días = (Número de pacientes reingresados dentro de los 30 días**



posteriores al alta / Número total de egresos vivos en el período) $\times$ 100.

TASA DE REINGRESO A 30 DÍAS

Indica el porcentaje de pacientes que vuelven a ingresar al hospital dentro de los 30 días posteriores al alta, en relación con el total de egresos vivos del período.

$$\text{Tasa de reingreso a 30 días} = \left(\frac{\text{Número de pacientes reingresados dentro de los 30 días posteriores al alta}}{\text{Número total de egresos vivos en el período}} \right) \times 100$$

Donde:



Número de pacientes reingresados dentro de los 30 días posteriores al alta:

Total de pacientes que volvieron a ser hospitalizados dentro de los 30 días siguientes a su alta.



Número total de egresos vivos en el período:

Total de pacientes dados de alta vivos durante el período analizado.



$\times 100$:

Multiplica el resultado por 100 para expresarlo como porcentaje.



Interpretación:

Si la tasa es 5%, significa que por cada 100 pacientes dados de alta vivos, 5 reingresaron al hospital dentro de los 30 días.

Estos indicadores ayudan a evaluar continuidad del cuidado, pertinencia del alta y seguimiento posterior. La literatura sobre desempeño hospitalario advierte que los indicadores de resultado requieren análisis contextual y



comparación responsable para evitar conclusiones simplistas (Vara et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

Los indicadores administrativos y operativos permiten evaluar el funcionamiento interno del hospital. Entre los más utilizados se encuentran ocupación de camas, promedio de estancia, giro cama, intervalo de sustitución, utilización de quirófanos, cancelación quirúrgica, tiempos de espera, productividad de consulta externa, productividad de emergencia y oportunidad en entrega de resultados diagnósticos. Estos indicadores son indispensables porque muestran si los recursos están siendo utilizados de manera adecuada.

Un hospital puede tener camas disponibles, pero si el intervalo de sustitución es alto, puede existir lentitud en limpieza, admisión o asignación; también puede tener quirófanos modernos, pero si la utilización es baja, puede haber problemas de programación, anestesia, esterilización o disponibilidad de pacientes. Los estudios sobre capacidad hospitalaria, programación quirúrgica y



eficiencia operativa respaldan el uso de estos indicadores para identificar cuellos de botella y optimizar recursos (Mokashi et al., 2025; Zhao et al., 2025).

Algunos indicadores operativos fundamentales pueden calcularse con fórmulas sencillas.



INDICADORES DE GESTIÓN DE CAMAS HOSPITALARIAS

1

PORCENTAJE DE OCUPACIÓN



Porcentaje de ocupación =

$$\left(\frac{\text{Días-cama ocupados}}{\text{Días-cama disponibles}} \right) \times 100$$

2

PROMEDIO DE ESTANCIA



Promedio de estancia =

$$\frac{\text{Total de días de estancia de los pacientes egresados}}{\text{Número total de egresos}}$$

3

GIRO CAMA



Giro cama =

$$\frac{\text{Número total de egresos}}{\text{Número de camas disponibles}}$$

4

INTERVALO DE SUSTITUCIÓN



Intervalo de sustitución =

$$\left(\frac{\text{Días-cama disponibles} - \text{Días-cama ocupados}}{\text{Número total de egresos}} \right)$$

La ocupación hospitalaria se calcula así: **Porcentaje de ocupación = (Días-cama ocupados / Días-cama disponibles) × 100**. El promedio de estancia se calcula así: **Promedio de estancia = Total de días de estancia de los pacientes egresados / Número total de egresos**. El giro



cama se calcula así: **Giro cama = Número total de egresos / Número de camas disponibles**. El **intervalo de sustitución** se calcula así: **Intervalo de sustitución = (Días-cama disponibles - Días-cama ocupados) / Número total de egresos**.

Estos indicadores permiten conocer el uso real de la capacidad instalada y ayudan a decidir si el problema está en la falta de camas, en la prolongación innecesaria de estancias o en demoras entre egresos e ingresos. La evidencia sobre gestión de capacidad y mejora Lean confirma que el análisis de flujos hospitalarios permite elevar eficiencia sin comprometer calidad (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Mokashi et al., 2025).

Los indicadores financieros permiten evaluar la sostenibilidad económica de la institución. Entre ellos se encuentran costo promedio por egreso, costo por consulta, costo por día cama, ejecución presupuestaria, costo de medicamentos por paciente, porcentaje de gasto en personal, margen operativo, cuentas por cobrar, rotación de inventario y costo de no calidad. El gestor hospitalario



debe interpretar estos indicadores sin perder la finalidad sanitaria de la institución, porque reducir costos sin análisis puede generar riesgos asistenciales, desabastecimiento o sobrecarga laboral. La eficiencia financiera responsable consiste en eliminar desperdicios, mejorar procesos, reducir duplicidades y priorizar inversiones de alto impacto. Los estudios sobre sostenibilidad hospitalaria y desempeño de hospitales públicos muestran que la eficiencia debe analizarse junto con calidad, productividad y sostenibilidad institucional (Vara et al., 2025; Reis et al., 2026).

Algunas fórmulas financieras útiles son: **Costo promedio por egreso = Costo total del servicio de hospitalización en el período / Número total de egresos del período**. El **costo por día cama** se calcula así: **Costo por día cama = Costo total de hospitalización / Total de días-cama ocupados**. La **ejecución presupuestaria** se calcula así: **Ejecución presupuestaria = (Presupuesto ejecutado / Presupuesto asignado) × 100**. La **rotación de inventario** se calcula así: **Rotación de inventario = Costo de insumos**



consumidos en el período / Inventario promedio del período.



INDICADORES FINANCIEROS HOSPITALARIOS

1

COSTO PROMEDIO POR EGRESO



Costo promedio por egreso =

$$\frac{\text{Costo total del servicio de hospitalización en el período}}{\text{Número total de egresos del período}}$$

2

COSTO POR DÍA CAMA



Costo por día cama =

$$\frac{\text{Costo total de hospitalización}}{\text{Total de días-cama ocupados}}$$

3

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA



Ejecución presupuestaria =

$$\left(\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto asignado}} \right) \times 100$$

4

ROTACIÓN DE INVENTARIO



Rotación de inventario =

$$\frac{\text{Costo de insumos consumidos en el período}}{\text{Inventario promedio del período}}$$

Estos indicadores permiten identificar servicios de mayor costo, ineficiencias en el uso de recursos y riesgos de abastecimiento. La literatura sobre gestión sostenible de recursos hospitalarios sostiene que la planificación de recursos debe considerar demanda, escenarios críticos y continuidad operativa (Chemkomnerd et al., 2025).



Los indicadores de experiencia usuaria permiten medir la percepción del paciente y su familia sobre la atención recibida. Estos indicadores pueden incluir satisfacción global, claridad de la información, trato recibido, tiempos percibidos, facilidad de orientación, continuidad del cuidado, resolución de reclamos y recomendación del servicio. La fórmula básica de satisfacción puede expresarse así:



INDICADORES DE SATISFACCIÓN Y RECLAMOS

1

ÍNDICE DE SATISFACCIÓN



Índice de satisfacción =

$$\left(\frac{\text{Número de usuarios satisfechos o muy satisfechos}}{\text{Número total de usuarios encuestados}} \right) \times 100$$

2

TASA DE RECLAMOS



Tasa de reclamos =

$$\left(\frac{\text{Número de reclamos recibidos}}{\text{Número total de atenciones en el período}} \right) \times 1.000$$



Índice de satisfacción = (Número de usuarios satisfechos o muy satisfechos / Número total de usuarios encuestados) × 100. Para reclamos, puede utilizarse: **Tasa de reclamos = (Número de reclamos recibidos / Número total de atenciones en el período) × 1.000.** El gestor hospitalario debe usar estos datos para mejorar procesos y comunicación, no solo para mostrar resultados positivos. La evidencia sobre participación del paciente y desempeño organizacional indica que la voz del usuario puede aportar información estratégica para mejorar servicios y cultura asistencial (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).

3.3 Eficiencia operativa en hospitales y organizaciones de salud

La eficiencia operativa hospitalaria se refiere a la capacidad de utilizar recursos disponibles para producir servicios de salud oportunos, seguros y de calidad, evitando desperdicios, duplicidades y demoras innecesarias. En el hospital, la eficiencia no debe confundirse con atender más pacientes a cualquier costo, porque una producción elevada sin seguridad puede



generar eventos adversos, reingresos o insatisfacción. El gestor hospitalario debe comprender que la eficiencia verdadera integra productividad, calidad, oportunidad y sostenibilidad. Un servicio eficiente es aquel que logra resultados adecuados con recursos razonables, sin sacrificar la seguridad del paciente ni sobrecargar al personal. La literatura sobre mejora Lean, análisis DEA y desempeño hospitalario sostiene que la eficiencia debe evaluarse mediante enfoques que relacionen recursos, procesos y resultados institucionales (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Vara et al., 2025).

La eficiencia puede analizarse mediante indicadores de productividad. Una fórmula general es: **Productividad = Número de servicios producidos / Recurso utilizado**. En consulta externa, por ejemplo, puede calcularse: **Productividad médica en consulta = Número de consultas realizadas / Número de horas médicas disponibles**. En enfermería, puede observarse la carga mediante: **Relación paciente-enfermera = Número de pacientes atendidos / Número de enfermeras disponibles por turno**. En



laboratorio, puede utilizarse: **Productividad de laboratorio**
 = **Número de pruebas procesadas / Número de horas**
operativas o personal disponible.



INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA

1

PRODUCTIVIDAD GENERAL



$$\text{Productividad} = \frac{\text{Número de servicios producidos}}{\text{Recurso utilizado}}$$

2

PRODUCTIVIDAD MÉDICA EN CONSULTA



$$\text{Productividad médica en consulta} = \frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de horas médicas disponibles}}$$

3

RELACIÓN PACIENTE-ENFERMERA



$$\text{Relación paciente-enfermera} = \frac{\text{Número de pacientes atendidos}}{\text{Número de enfermeras disponibles por turno}}$$

4

PRODUCTIVIDAD DE LABORATORIO



$$\text{Productividad de laboratorio} = \frac{\text{Número de pruebas procesadas}}{\text{Número de horas operativas o personal disponible}}$$

Estos indicadores ayudan a identificar rendimiento, carga laboral y capacidad real de respuesta. Sin embargo, deben complementarse con indicadores de calidad, porque más producción no siempre significa mejor desempeño.



Los estudios sobre productividad quirúrgica y calidad de enfermería respaldan la necesidad de vincular producción con condiciones de trabajo y resultados asistenciales (Gebregzi et al., 2025; Cheng et al., 2026).

La eficiencia operativa depende de la identificación de cuellos de botella. Un cuello de botella aparece cuando una parte del proceso limita el flujo total de atención. En emergencia, puede estar en triaje, laboratorio, imágenes, disponibilidad de camas o decisión médica; en cirugía, puede estar en esterilización, anestesia, programación, recuperación o alta; en hospitalización, puede estar en interconsultas, entrega de medicamentos, exámenes pendientes o trámites de egreso. El gestor hospitalario debe analizar el proceso completo antes de invertir recursos, porque agregar más personal o más equipos en un punto equivocado no siempre mejora el flujo. Los estudios sobre simulación hospitalaria y programación quirúrgica muestran que el análisis de procesos permite optimizar capacidad, reducir esperas y mejorar uso de recursos críticos (Mokashi et al., 2025; Zhao et al., 2025).



Un indicador útil para evaluar tiempos de espera es: **Tiempo promedio de espera = Suma total de minutos de espera de los pacientes / Número total de pacientes atendidos.** Para oportunidad de atención, puede usarse: **Cumplimiento de oportunidad = (Número de pacientes atendidos dentro del tiempo estándar / Número total de pacientes atendidos) × 100.**



INDICADORES DE ESPERA Y OPORTUNIDAD

1 TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA



Tiempo promedio de espera =

$$\frac{\text{Suma total de minutos de espera de los pacientes}}{\text{Número total de pacientes atendidos}}$$

2 CUMPLIMIENTO DE OPORTUNIDAD



Cumplimiento de oportunidad =

$$\left(\frac{\text{Número de pacientes atendidos dentro del tiempo estándar}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} \right) \times 100$$

En quirófano, la utilización se calcula así: **Utilización de quirófano = (Tiempo quirúrgico utilizado / Tiempo**



quirúrgico disponible) $\times 100$. La tasa de cancelación quirúrgica puede expresarse así: **Tasa de cancelación quirúrgica** = (Número de cirugías canceladas / Número



INDICADORES QUIRÚRGICOS

1 UTILIZACIÓN DE QUIRÓFANO



Utilización de quirófano =

$$\left(\frac{\text{Tiempo quirúrgico utilizado}}{\text{Tiempo quirúrgico disponible}} \right) \times 100$$

2 TASA DE CANCELACIÓN QUIRÚRGICA



Tasa de cancelación quirúrgica =

$$\left(\frac{\text{Número de cirugías canceladas}}{\text{Número total de cirugías programadas}} \right) \times 100$$

total de cirugías programadas) $\times 100$.

Estos indicadores permiten identificar demoras, ineficiencias y fallas de coordinación. La evidencia sobre programación de quirófanos confirma que la optimización de agendas requiere considerar múltiples niveles de



decisión, disponibilidad de recursos y variabilidad de la demanda (Zhao et al., 2025).

La eficiencia también requiere distinguir entre actividades que agregan valor y actividades que no agregan valor. En la experiencia hospitalaria, el paciente valora recibir diagnóstico oportuno, tratamiento correcto, información clara y continuidad del cuidado; no valora esperas evitables, trámites repetidos, traslados innecesarios, pérdida de documentos o duplicación de exámenes.

El gestor hospitalario debe revisar los procesos desde la perspectiva del paciente y no solo desde la estructura administrativa. Esta mirada permite rediseñar flujos, simplificar trámites y mejorar la experiencia usuaria. La literatura sobre prácticas Lean en salud señala que la reducción de desperdicios y la alineación de procesos con objetivos estratégicos contribuyen a mejorar eficiencia, calidad y satisfacción institucional (Zuidland et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).



3.4 Gestión de camas, quirófanos, insumos y recursos críticos

La gestión de camas constituye uno de los procesos más sensibles de la administración hospitalaria, porque afecta emergencia, hospitalización, cirugía, cuidados intensivos, egresos, traslados y referencia. Una cama no es solo un espacio físico; representa disponibilidad de personal, equipamiento, limpieza, oxígeno, medicamentos, registros y capacidad de cuidado. El gestor hospitalario debe monitorear diariamente ocupación, promedio de estancia, egresos pendientes, pacientes en espera, camas bloqueadas y capacidad de expansión. Un hospital puede tener camas instaladas, pero no todas estar operativas si faltan enfermeras, insumos, mantenimiento o condiciones seguras. La evidencia sobre gestión de capacidad hospitalaria muestra que la simulación y el análisis de flujos ayudan a prever saturación y mejorar decisiones de asignación (Mokashi et al., 2025; Chemkomnerd et al., 2025).



Para la gestión de camas se recomiendan fórmulas específicas.



INDICADORES DE GESTIÓN DE CAMAS

1

CAMAS DISPONIBLES PROMEDIO



Camas disponibles promedio =
Suma de camas disponibles
cada día del período
Número de días del período

2

DÍAS-CAMA DISPONIBLES



Días-cama disponibles =
Número de camas disponibles
×
Número de días del período

3

DÍAS-CAMA OCUPADOS



Días-cama ocupados =
Suma de camas ocupadas
por día durante el período

4

PORCENTAJE DE CAMAS BLOQUEADAS



Porcentaje de camas bloqueadas =

$$\left(\frac{\text{Número de camas bloqueadas}}{\text{Número total de camas instaladas}} \right) \times 100$$

5

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO



Tasa de egreso hospitalario =

$$\left(\frac{\text{Número total de egresos}}{\text{Población atendida o población de referencia}} \right) \times 1.000$$

Camas disponibles promedio = Suma de camas disponibles cada día del período / Número de días del período. Días-cama disponibles = Número de camas disponibles × Número de días del período. Días-cama ocupados = Suma de camas ocupadas por día durante el período. Porcentaje de camas bloqueadas = (Número de camas bloqueadas / Número total de camas instaladas) ×



100. Tasa de egreso hospitalario = (Número total de egresos / Población atendida o población de referencia) × 1.000, cuando se desea relacionar egresos con población. Estos indicadores permiten diferenciar si la presión hospitalaria proviene de alta demanda, estancias prolongadas, camas inhabilitadas o egresos lentos. La literatura sobre desempeño y capacidad hospitalaria respalda que la administración de camas exige datos oportunos y análisis de escenarios (Vara et al., 2025; Mokashi et al., 2025).

La gestión de quirófanos requiere coordinación entre cirugía, anestesia, enfermería, esterilización, recuperación, hospitalización, farmacia y admisión. El quirófano es uno de los recursos más costosos del hospital, por lo que su baja utilización, sus retrasos o sus cancelaciones generan impacto financiero y asistencial. El gestor hospitalario debe monitorear puntualidad de inicio, duración quirúrgica, tiempos de recambio, cancelaciones, suspensión por falta de insumos, disponibilidad de recuperación y ocupación posoperatoria. Una agenda quirúrgica eficiente no se logra



llenando horarios sin control, sino equilibrando complejidad, recursos, preparación preoperatoria y capacidad de hospitalización. Los estudios sobre productividad quirúrgica y optimización de programación de quirófanos evidencian que la eficiencia quirúrgica depende de modelos de planificación, aprendizaje y coordinación multinivel (Gebregzi et al., 2025; Zhao et al., 2025).

Las fórmulas quirúrgicas más útiles incluyen:

Puntualidad de inicio quirúrgico = $(\text{Número de cirugías iniciadas dentro del tiempo estándar} / \text{Número total de cirugías programadas}) \times 100$.

Tiempo promedio de recambio = $\text{Suma de minutos entre salida de un paciente e ingreso del siguiente} / \text{Número de recambios medidos}$.

Rendimiento quirúrgico = $\text{Número de cirugías realizadas} / \text{Número de quirófanos disponibles en el período}$.

Tasa de suspensión por causa institucional = $(\text{Número de cirugías suspendidas por causas atribuibles al hospital} / \text{Número total de cirugías programadas}) \times 100$.



INDICADORES QUIRÚRGICOS

1

PUNTUALIDAD DE INICIO QUIRÚRGICO



$$\text{Puntualidad de inicio quirúrgico} = \frac{\text{Número de cirugías iniciadas dentro del tiempo estándar}}{\text{Número total de cirugías programadas}} \times 100$$

2

TIEMPO PROMEDIO DE RECAMBIO



$$\text{Tiempo promedio de recambio} = \frac{\text{Suma de minutos entre salida de un paciente e ingreso del siguiente}}{\text{Número de recambios medidos}}$$

3

RENDIMIENTO QUIRÚRGICO



$$\text{Rendimiento quirúrgico} = \frac{\text{Número de cirugías realizadas}}{\text{Número de quirófanos disponibles en el periodo}}$$

4

TASA DE SUSPENSIÓN POR CAUSA INSTITUCIONAL



$$\text{Tasa de suspensión por causa institucional} = \frac{\text{Número de cirugías suspendidas por causas atribuibles al hospital}}{\text{Número total de cirugías programadas}} \times 100$$

Estos indicadores ayudan a distinguir cancelaciones por razones clínicas del paciente, problemas administrativos o fallas de recursos. La evidencia sobre programación quirúrgica sostiene que la optimización requiere considerar restricciones reales, aprendizaje operativo y variabilidad de tiempos (Zhao et al., 2025).

La gestión de insumos y recursos críticos es otro eje de la eficiencia hospitalaria. Medicamentos, dispositivos médicos, oxígeno, sangre, reactivos, material quirúrgico, equipos biomédicos y elementos de protección deben estar disponibles en cantidad, calidad y oportunidad suficientes. El desabastecimiento puede cancelar cirugías, retrasar diagnósticos, prolongar estancias y aumentar riesgos. El



exceso de inventario también genera pérdidas por vencimiento, almacenamiento y capital inmovilizado. El gestor hospitalario debe equilibrar disponibilidad y control mediante indicadores de rotación, ruptura de stock, vencimiento, consumo promedio y cumplimiento de abastecimiento. La literatura sobre logística hospitalaria e inteligencia artificial en procesos operativos señala que las herramientas analíticas pueden mejorar predicción, trazabilidad e inventarios cuando se integran con procesos institucionales (Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Chemkomnerd et al., 2025).

Las fórmulas de abastecimiento más utilizadas son:

Ruptura de stock = $(\text{Número de ítems críticos sin disponibilidad} / \text{Número total de ítems críticos monitoreados}) \times 100$.

Cumplimiento de abastecimiento = $(\text{Número de pedidos entregados completos y a tiempo} / \text{Número total de pedidos realizados}) \times 100$.

Porcentaje de medicamentos vencidos = $(\text{Valor de medicamentos vencidos} / \text{Valor total del inventario de medicamentos}) \times 100$.

Consumo promedio mensual = Consumo total del



insumo en el período / Número de meses del período.
Cobertura de inventario en días = Inventario disponible / Consumo promedio diario. Estos indicadores permiten anticipar riesgos y evitar decisiones reactivas. La evidencia sobre gestión sostenible de recursos confirma que la planificación de insumos debe considerar escenarios de demanda, crisis y continuidad del servicio (Chemkomnerd et al., 2025).

Área	Indicador	Fórmula
 Asistencial Hospitalaria	Tasa de reingreso a 30 días	$(\text{Número de pacientes reingresados dentro de los 30 días posteriores al alta} / \text{Número total de egresos vivos en el período}) \times 100.$
	Porcentaje de ocupación	$(\text{Días-cama ocupados} / \text{Días-cama disponibles}) \times 100.$
	Promedio de estancia	$\text{Total de días de estancia de los pacientes egresados} / \text{Número total de egresos}.$
	Giro cama	$\text{Número total de egresos} / \text{Número de camas disponibles}.$
	Intervalo de sustitución	$(\text{Días-cama disponibles} - \text{Días-cama ocupados}) / \text{Número total de egresos}.$
 Financiera	Costo promedio por egreso	$\text{Costo total del servicio de hospitalización en el período} / \text{Número total de egresos del período}.$
	Costo por día cama	$\text{Costo total de hospitalización} / \text{Total de días-cama ocupados}.$
	Ejecución presupuestaria	$(\text{Presupuesto ejecutado} / \text{Presupuesto asignado}) \times 100.$
	Rotación de inventario	$\text{Costo de insumos consumidos en el período} / \text{Inventario promedio del período}.$
 Satisfacción y Reclamos	Índice de satisfacción	$(\text{Número de usuarios satisfechos o muy satisfechos} / \text{Número total de usuarios encuestados}) \times 100.$
	Tasa de reclamos	$(\text{Número de reclamos recibidos} / \text{Número total de atenciones en el período}) \times 1.000.$
 Productividad y Eficiencia	Productividad (general)	$\text{Número de servicios producidos} / \text{Recurso utilizado}.$
	Productividad médica en consulta	$\text{Número de consultas realizadas} / \text{Número de horas médicas disponibles}.$
	Relación paciente-enfermera	$\text{Número de pacientes atendidos} / \text{Número de enfermeras disponibles por turno}.$
	Productividad de laboratorio	$\text{Número de pruebas procesadas} / \text{Número de horas operativas o personal disponible}.$
 Oportunidad de Atención	Tiempo promedio de espera	$\text{Suma total de minutos de espera de los pacientes} / \text{Número total de pacientes atendidos}.$
	Cumplimiento de oportunidad	$(\text{Número de pacientes atendidos dentro del tiempo estándar} / \text{Número total de pacientes atendidos}) \times 100.$
 Quirófanos (Gestión)	Utilización de quirófano	$(\text{Tiempo quirúrgico utilizado} / \text{Tiempo quirúrgico disponible}) \times 100.$
	Tasa de cancelación quirúrgica	$(\text{Número de cirugías canceladas} / \text{Número total de cirugías programadas}) \times 100.$
 Camas y Hospitalización	Camas disponibles promedio	$\text{Suma de camas disponibles cada día del período} / \text{Número de días del período}.$
	Días-cama disponibles	$\text{Número de camas disponibles} \times \text{Número de días del período}.$
	Días-cama ocupados	$\text{Suma de camas ocupadas por día durante el período}.$
	Porcentaje de camas bloqueadas	$(\text{Número de camas bloqueadas} / \text{Número total de camas instaladas}) \times 100.$
	Tasa de egreso hospitalario	$(\text{Número total de egresos} / \text{Población atendida o población de referencia}) \times 1.000.$
 Gestión Quirúrgica Avanzada	Puntualidad de inicio quirúrgico	$(\text{Número de cirugías iniciadas dentro del tiempo estándar} / \text{Número total de cirugías programadas}) \times 100.$
	Tiempo promedio de recambio	$\text{Suma de minutos entre salida de un paciente e ingreso del siguiente} / \text{Número de recambios medidos}.$
	Rendimiento quirúrgico	$\text{Número de cirugías realizadas} / \text{Número de quirófanos disponibles en el período}.$
	Tasa de suspensión por causa institucional	$(\text{Número de cirugías suspendidas por causas atribuibles al hospital} / \text{Número total de cirugías programadas}) \times 100.$
 Abastecimiento e Inventario	Ruptura de stock	$(\text{Número de ítems críticos sin disponibilidad} / \text{Número total de ítems críticos monitoreados}) \times 100.$
	Cumplimiento de abastecimiento	$(\text{Número de pedidos entregados completos y a tiempo} / \text{Número total de pedidos realizados}) \times 100.$
	Porcentaje de medicamentos vencidos	$(\text{Valor de medicamentos vencidos} / \text{Valor total del inventario de medicamentos}) \times 100.$
	Consumo promedio mensual	$\text{Consumo total del insumo en el período} / \text{Número de meses del período}.$
	Cobertura de inventario en días	$\text{Inventario disponible} / \text{Consumo promedio diario}.$



3.5 Productividad hospitalaria y control de resultados

La productividad hospitalaria se comprende como la relación entre los servicios producidos y los recursos utilizados para generarlos. En una organización de salud, este concepto debe manejarse con prudencia, porque producir más atenciones no siempre significa gestionar mejor si el incremento se obtiene con deterioro de la calidad, sobrecarga del personal o mayor riesgo para el paciente. El gestor hospitalario debe interpretar la productividad junto con indicadores de seguridad, oportunidad, satisfacción y continuidad asistencial. Un servicio puede aumentar consultas, cirugías o egresos, pero si también aumentan los reclamos, los reingresos o los eventos adversos, el resultado institucional no puede considerarse plenamente favorable. La evidencia sobre desempeño hospitalario y productividad quirúrgica sostiene que la evaluación de resultados debe integrar volumen, capacidad, eficiencia y condiciones reales de atención (Gebregzi et al., 2025; Vara et al., 2025).



Una fórmula general para productividad hospitalaria es: **Productividad = Producción total del servicio / Recurso utilizado**. Según el área, esta fórmula puede adaptarse. En consulta externa, puede expresarse como:



INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA

1



PRODUCTIVIDAD DE CONSULTA

$$\text{Productividad de consulta} = \frac{\text{Número de consultas realizadas}}{\text{Número de horas profesionales disponibles}}$$

2



PRODUCTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

$$\text{Productividad de hospitalización} = \frac{\text{Número de egresos hospitalarios}}{\text{Número de camas disponibles}}$$

3



PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA

$$\text{Productividad quirúrgica} = \frac{\text{Número de cirugías realizadas}}{\text{Número de quirófanos disponibles}}$$

4



PRODUCTIVIDAD DIAGNÓSTICA

$$\text{Productividad diagnóstica} = \frac{\text{Número de pruebas procesadas}}{\text{Número de horas operativas del laboratorio}}$$

Productividad de consulta = Número de consultas realizadas / Número de horas profesionales disponibles.
En hospitalización, puede calcularse como: **Productividad de hospitalización = Número de egresos hospitalarios /**



Número de camas disponibles. En quirófano, puede utilizarse: **Productividad quirúrgica = Número de cirugías realizadas / Número de quirófanos disponibles.** En laboratorio, puede calcularse como: **Productividad diagnóstica = Número de pruebas procesadas / Número de horas operativas del laboratorio.** Estos indicadores ayudan a reconocer rendimiento de servicios, pero deben complementarse con calidad del resultado, complejidad de los pacientes y capacidad instalada. La literatura sobre eficiencia y programación hospitalaria advierte que la productividad debe analizarse con modelos que consideren restricciones reales, variabilidad de la demanda y disponibilidad de recursos críticos (Mokashi et al., 2025; Zhao et al., 2025).

El control de resultados hospitalarios exige comparar la productividad observada con metas institucionales, estándares históricos o referentes externos. El gestor hospitalario no debe interpretar un dato aislado sin revisar tendencia, contexto y causas. Por ejemplo, una reducción de egresos puede indicar menor demanda, mayor



complejidad clínica, estancias prolongadas, problemas de camas, escasez de personal o fallas en procesos diagnósticos. Del mismo modo, un aumento de consultas puede representar mayor acceso, pero también puede reflejar consultas repetidas por baja resolutiveidad. Por ello, el control de resultados debe combinar análisis cuantitativo y revisión cualitativa de procesos. La evidencia sobre benchmarking hospitalario y mejora continua muestra que los datos adquieren valor cuando se comparan, contextualizan y transforman en decisiones de gestión (Vara et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

Entre las fórmulas útiles para control de resultados se encuentra el **cumplimiento de meta**, expresado como: **Cumplimiento de meta = (Resultado alcanzado / Meta programada) × 100**. La **variación porcentual** se calcula como: **Variación porcentual = [(Valor actual - Valor anterior) / Valor anterior] × 100**. El índice de resolutiveidad puede expresarse así: **Resolutiveidad = (Número de casos resueltos en el mismo nivel de atención / Número total de casos atendidos) × 100**. La **tasa de derivación** se calcula



como: **Tasa de derivación = (Número de pacientes derivados a otra institución / Número total de pacientes atendidos) × 100.**



INDICADORES DE CONTROL Y RESOLUCIÓN

1



CUMPLIMIENTO DE META

$$\text{Cumplimiento de meta} = \frac{\text{Resultado alcanzado}}{\text{Meta programada}} \times 100$$

2



VARIACIÓN PORCENTUAL

$$\text{Variación porcentual} = \left[\frac{\text{Valor actual} - \text{Valor anterior}}{\text{Valor anterior}} \right] \times 100$$

3



RESOLUTIVIDAD

$$\text{Resolutividad} = \frac{\text{Número de casos resueltos en el mismo nivel de atención}}{\text{Número total de casos atendidos}} \times 100$$

4



TASA DE DERIVACIÓN

$$\text{Tasa de derivación} = \frac{\text{Número de pacientes derivados a otra institución}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} \times 100$$

Estos indicadores permiten observar si el hospital cumple lo planificado, mejora frente a períodos anteriores y resuelve adecuadamente la demanda. La literatura sobre cadenas de valor en salud y desempeño institucional indica que los indicadores deben vincularse con decisiones



estratégicas y no limitarse a reportes administrativos (Hung et al., 2025; Moschandreu & Grouzi, 2025).

3.6 Sostenibilidad financiera en la gestión sanitaria

La sostenibilidad financiera hospitalaria se refiere a la capacidad de mantener servicios seguros y de calidad mediante un uso responsable de los recursos económicos disponibles. En un hospital, la sostenibilidad no debe confundirse con reducción indiscriminada de costos, porque un recorte mal diseñado puede provocar desabastecimiento, retrasos, sobrecarga laboral, deterioro de infraestructura o aumento de riesgos clínicos. El gestor hospitalario debe buscar eficiencia financiera mediante planificación, control presupuestario, compras racionales, reducción de desperdicios, optimización de procesos y priorización de inversiones de alto impacto. La literatura sobre desempeño hospitalario y sostenibilidad en organizaciones de salud sostiene que la eficiencia debe evaluarse junto con calidad, productividad y responsabilidad institucional (Vara et al., 2025; Reis et al., 2026).



El presupuesto hospitalario debe analizarse como una herramienta estratégica. La ejecución de recursos no representa por sí misma una buena gestión si no se relaciona con resultados asistenciales y necesidades institucionales. Un hospital puede ejecutar todo su presupuesto y aun así mantener problemas de oportunidad, seguridad o abastecimiento; también puede mostrar ahorro, pero a costa de reducir servicios esenciales. Por ello, el gestor hospitalario debe relacionar el gasto con producción, calidad, seguridad y satisfacción usuaria. La fórmula de ejecución presupuestaria es: **Ejecución presupuestaria = (Presupuesto ejecutado / Presupuesto asignado) × 100**. La fórmula de desviación presupuestaria es: **Desviación presupuestaria = [(Gasto real - Gasto presupuestado) / Gasto presupuestado] × 100**.



INDICADORES PRESUPUESTARIOS

1

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA



$$\text{Ejecución presupuestaria} = \left(\frac{\text{Presupuesto ejecutado}}{\text{Presupuesto asignado}} \right) \times 100$$

2

DESVIACIÓN PRESUPUESTARIA



$$\text{Desviación presupuestaria} = \left[\frac{\text{Gasto real} - \text{Gasto presupuestado}}{\text{Gasto presupuestado}} \right] \times 100$$



Estos indicadores permiten identificar sobre-ejecución, subejecución y necesidad de ajustes oportunos. La evidencia sobre gestión de recursos hospitalarios sugiere que la planificación financiera debe considerar escenarios de demanda, crisis y continuidad operativa (Chemkomnerd et al., 2025).

El análisis de costos permite conocer cuánto cuesta producir servicios y dónde se concentran los principales consumos institucionales. En hospitales, los costos pueden agruparse en personal, medicamentos, dispositivos



médicos, laboratorio, imágenes, alimentación, limpieza, mantenimiento, energía, tecnología, infraestructura y servicios externalizados. El gestor hospitalario debe usar esta información para identificar ineficiencias sin afectar servicios esenciales. Algunas fórmulas útiles son: **Costo por consulta = Costo total de consulta externa / Número total de consultas realizadas**. **Costo por egreso = Costo total de hospitalización / Número total de egresos**. **Costo por cirugía = Costo total del área quirúrgica / Número total de cirugías realizadas**. **Costo por paciente atendido = Costo total del servicio / Número total de pacientes atendidos**.



INDICADORES DE COSTOS HOSPITALARIOS

1

COSTO POR CONSULTA



$$\text{Costo por consulta} = \frac{\text{Costo total de consulta externa}}{\text{Número total de consultas realizadas}}$$

2

COSTO POR EGRESO



$$\text{Costo por egreso} = \frac{\text{Costo total de hospitalización}}{\text{Número total de egresos}}$$

3

COSTO POR CIRUGÍA



$$\text{Costo por cirugía} = \frac{\text{Costo total del área quirúrgica}}{\text{Número total de cirugías realizadas}}$$

4

COSTO POR PACIENTE ATENDIDO



$$\text{Costo por paciente atendido} = \frac{\text{Costo total del servicio}}{\text{Número total de pacientes atendidos}}$$





Estos indicadores deben interpretarse considerando complejidad del caso, tipo de servicio y calidad del resultado. La literatura sobre eficiencia hospitalaria indica que los costos deben evaluarse junto con resultados y no como cifras aisladas (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Vara et al., 2025).

La sostenibilidad financiera también depende del control de inventarios, compras y consumos. El desabastecimiento puede generar retrasos, suspensiones y riesgos clínicos, mientras que el exceso de inventario puede producir vencimientos, pérdidas y costos de almacenamiento. El gestor hospitalario debe equilibrar disponibilidad con eficiencia, especialmente en medicamentos, dispositivos críticos, reactivos, material quirúrgico y equipos de protección. Fórmulas útiles son:

Porcentaje de insumos vencidos = (Valor de insumos vencidos / Valor total del inventario) × 100.

Índice de ruptura de stock = (Número de ítems sin disponibilidad / Número total de ítems monitoreados) × 100.

Rotación de



inventario = Costo de insumos consumidos / Inventario promedio. Cobertura de inventario = Inventario disponible / Consumo promedio diario.

INDICADORES DE INVENTARIO Y ABASTECIMIENTO

1 PORCENTAJE DE INSUMOS VENCIDOS



Porcentaje de insumos vencidos =
(Valor de insumos vencidos /
Valor total del inventario) × 100

2 ÍNDICE DE RUPTURA DE STOCK



Índice de ruptura de stock =
(Número de ítems sin disponibilidad /
Número total de ítems monitoreados) × 100

3 ROTACIÓN DE INVENTARIO



Rotación de inventario =
Costo de insumos consumidos /
Inventario promedio

4 COBERTURA DE INVENTARIO



Cobertura de inventario =
Inventario disponible /
Consumo promedio diario

La evidencia sobre logística hospitalaria e inteligencia artificial señala que la predicción de demanda y la trazabilidad pueden fortalecer decisiones de abastecimiento cuando se integran con procesos institucionales (Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Chemkomnerd et al., 2025).

3.7 Sostenibilidad ambiental y responsabilidad social hospitalaria

La sostenibilidad ambiental hospitalaria se comprende como la capacidad de gestionar los servicios de salud



reduciendo impactos negativos sobre el ambiente y utilizando responsablemente energía, agua, materiales, medicamentos, residuos y tecnología. Los hospitales son instituciones de alto consumo, porque funcionan de manera continua, utilizan equipos especializados, generan residuos biológicos y requieren procesos de limpieza, esterilización, climatización, alimentación y transporte. El gestor hospitalario debe incorporar criterios ambientales en la administración sin comprometer la seguridad del paciente.

Esta sostenibilidad no es un asunto externo a la calidad, porque el desperdicio de recursos, la mala disposición de residuos o el uso ineficiente de energía también afectan costos, continuidad y responsabilidad social. La evidencia sobre sostenibilidad ambiental en organizaciones sanitarias muestra que los hospitales pueden avanzar hacia modelos de gestión más responsables cuando integran metas ambientales con decisiones operativas y estratégicas (Bobini & Cicchetti, 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025).



Los indicadores ambientales permiten medir el consumo y los impactos de la operación hospitalaria. Entre los más útiles se encuentran consumo de energía por cama, consumo de agua por egreso, generación de residuos por paciente, porcentaje de residuos peligrosos, reciclaje, emisiones asociadas y cumplimiento de segregación. Algunas fórmulas básicas son: **Consumo energético por cama = Consumo total de energía del período / Número de camas disponibles**. **Consumo de agua por egreso = Consumo total de agua del período / Número total de egresos**. **Generación de residuos por paciente = Kilogramos de residuos generados / Número total de pacientes atendidos**. **Porcentaje de residuos peligrosos = (Kilogramos de residuos peligrosos / Kilogramos totales de residuos) × 100**. Estos indicadores ayudan a identificar áreas de alto consumo y oportunidades de mejora. La literatura sobre sostenibilidad y triple resultado en salud sostiene que la gestión ambiental debe vincular desempeño económico, social y ecológico (Reis et al., 2026; Bobini & Cicchetti, 2025).



INDICADORES DE SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

1 CONSUMO ENERGÉTICO POR CAMA  Consumo energético por cama = $\frac{\text{Consumo total de energía del período}}{\text{Número de camas disponibles}}$	2 CONSUMO DE AGUA POR EGRESO  Consumo de agua por egreso = $\frac{\text{Consumo total de agua del período}}{\text{Número total de egresos}}$	3 GENERACIÓN DE RESIDUOS POR PACIENTE  Generación de residuos por paciente = $\frac{\text{Kilogramos de residuos generados}}{\text{Número total de pacientes atendidos}}$	4 PORCENTAJE DE RESIDUOS PELIGROSOS  Porcentaje de residuos peligrosos = $\frac{\text{Kilogramos de residuos peligrosos}}{\text{Kilogramos totales de residuos}} \times 100$
--	---	--	---

La responsabilidad social hospitalaria implica que la organización de salud reconozca su impacto sobre pacientes, trabajadores, comunidad y ambiente. Un hospital socialmente responsable no solo atiende enfermedades, sino que promueve acceso, equidad, trato digno, transparencia, uso racional de recursos y relación ética con la comunidad. El gestor hospitalario debe alinear sus decisiones con objetivos de desarrollo sostenible, políticas de inclusión, seguridad ocupacional, participación social y continuidad de servicios esenciales. La



responsabilidad social no debe quedar en campañas institucionales, sino reflejarse en procesos verificables y resultados medibles. La evidencia sobre responsabilidad social corporativa en el sector salud señala que los compromisos institucionales adquieren valor cuando se traducen en acciones concretas alineadas con metas sociales y ambientales (Rodríguez-Cala et al., 2025).

Algunos indicadores de responsabilidad social pueden formularse así: **Cobertura de programas comunitarios** = $(\text{Número de personas beneficiadas por programas comunitarios} / \text{Población objetivo estimada}) \times 100$. **Cumplimiento de capacitación en seguridad ocupacional** = $(\text{Número de trabajadores capacitados} / \text{Número total de trabajadores programados}) \times 100$. **Tasa de accidentes laborales** = $(\text{Número de accidentes laborales} / \text{Número total de trabajadores}) \times 100$. **Índice de accesibilidad** = $(\text{Número de áreas que cumplen criterios de accesibilidad} / \text{Número total de áreas evaluadas}) \times 100$. Estos indicadores permiten observar si la organización actúa de manera responsable con sus trabajadores y usuarios. La



literatura sobre calidad, equidad y participación del paciente confirma que las organizaciones sanitarias deben considerar la experiencia de usuarios y comunidades como parte de su desempeño institucional (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).



INDICADORES DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SEGURIDAD OCUPACIONAL



Estos indicadores permiten medir el impacto social y el desempeño en seguridad ocupacional, promoviendo entornos de trabajo seguros, saludables e inclusivos.

3.8 Transformación digital, datos e inteligencia artificial para la gestión

La transformación digital hospitalaria permite fortalecer el uso de indicadores cuando integra registros



clínicos, sistemas administrativos, tableros de control, trazabilidad de recursos, análisis predictivo y soporte a decisiones. El gestor hospitalario debe entender que digitalizar no significa únicamente reemplazar formularios en papel, sino mejorar la oportunidad, confiabilidad y utilidad de la información. Un sistema digital mal diseñado puede aumentar la carga del personal, duplicar registros o generar datos inconsistentes; en cambio, una plataforma alineada con procesos puede reducir errores, acelerar decisiones y mejorar seguimiento institucional. La evidencia sobre madurez digital en salud y cadenas de valor sanitarias sostiene que la tecnología genera valor cuando se conecta con objetivos estratégicos, procesos asistenciales y capacidad organizacional (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025).

Los indicadores digitales permiten medir adopción, oportunidad, calidad del dato y uso de los sistemas. Algunas fórmulas útiles son: **Porcentaje de registros completos** = $(\text{Número de registros completos} / \text{Número total de registros auditados}) \times 100$. **Oportunidad del**



registro clínico = (Número de registros realizados dentro del tiempo estándar / Número total de registros evaluados) $\times$ 100. Uso efectivo del sistema = (Número de usuarios activos / Número total de usuarios habilitados) $\times$ 100. Tasa de duplicidad de registros = (Número de registros duplicados / Número total de registros revisados) $\times$ 100. Disponibilidad del sistema = [(Tiempo total programado - Tiempo de caída del sistema) / Tiempo total programado] $\times$ 100.



INDICADORES DE REGISTRO CLÍNICO Y GESTIÓN DIGITAL

1 PORCENTAJE DE REGISTROS COMPLETOS



Porcentaje de registros completos =

(Número de registros completos / Número total de registros auditados) $\times$ 100

2 OPORTUNIDAD DEL REGISTRO CLÍNICO



Oportunidad del registro clínico =

(Número de registros realizados dentro del tiempo estándar / Número total de registros evaluados) $\times$ 100

3 USO EFECTIVO DEL SISTEMA



Uso efectivo del sistema =

(Número de usuarios activos / Número total de usuarios habilitados) $\times$ 100

4 TASA DE DUPLICIDAD DE REGISTROS



Tasa de duplicidad de registros =

(Número de registros duplicados / Número total de registros revisados) $\times$ 100

5 DISPONIBILIDAD DEL SISTEMA



Disponibilidad del sistema =

[(Tiempo total programado - Tiempo de caída del sistema) / Tiempo total programado] $\times$ 100



Estos indicadores permiten evaluar la calidad del registro clínico, el uso del sistema y la continuidad operativa de la información en salud.



Estos indicadores permiten evaluar si la tecnología realmente apoya la gestión. La literatura sobre transformación digital advierte que la madurez tecnológica requiere calidad de datos, gobernanza y alineación organizacional (Galdiero et al., 2025).

La inteligencia artificial puede apoyar la gestión hospitalaria mediante predicción de demanda, optimización de inventarios, programación de quirófanos, análisis de riesgo, clasificación de pacientes, apoyo logístico y evaluación de procesos. El gestor hospitalario debe considerar que estos sistemas no sustituyen la responsabilidad directiva ni el juicio profesional, porque dependen de la calidad de los datos, de su validación y de la supervisión humana.

La adopción de inteligencia artificial debe evaluarse con criterios de seguridad, transparencia, utilidad, equidad y protección de datos. Los estudios sobre inteligencia artificial en logística hospitalaria y aprendizaje automático explicable en procesos públicos hospitalarios muestran que



estas herramientas pueden aportar valor cuando se integran responsablemente y permiten comprender las variables que influyen en el desempeño (Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Hantem et al., 2026).

Para evaluar soluciones de inteligencia artificial pueden utilizarse indicadores como: **Precisión del modelo** = $(\text{Predicciones correctas} / \text{Total de predicciones realizadas}) \times 100$. **Tasa de alertas útiles** = $(\text{Número de alertas que generaron una acción válida} / \text{Número total de alertas emitidas}) \times 100$. **Reducción del tiempo de proceso** = $[(\text{Tiempo promedio previo} - \text{Tiempo promedio posterior}) / \text{Tiempo promedio previo}] \times 100$. **Ahorro estimado por automatización** = $\text{Costo previo del proceso} - \text{Costo posterior del proceso}$. **Adopción de herramienta digital** = $(\text{Número de servicios que usan la herramienta} / \text{Número total de servicios programados para implementación}) \times 100$. Estos indicadores permiten distinguir entre innovación simbólica e innovación efectiva. La literatura sobre evaluación de tecnologías sanitarias y desempeño digital hospitalario sostiene que



toda herramienta debe ser valorada por su impacto real sobre decisiones, procesos y resultados (Tan et al., 2026; Lee et al., 2026).



INDICADORES DE IA Y HERRAMIENTAS DIGITALES

1 Precisión del modelo Precisión del modelo = $\left(\frac{\text{Predicciones correctas}}{\text{Total de predicciones realizadas}} \right) \times 100$	2 Tasa de alertas útiles Tasa de alertas útiles = $\left(\frac{\text{Número de alertas que generaron una acción válida}}{\text{Número total de alertas emitidas}} \right) \times 100$	3 Reducción del tiempo de proceso Reducción del tiempo de proceso = $\left[\frac{\text{Tiempo promedio previo} - \text{Tiempo promedio posterior}}{\text{Tiempo promedio previo}} \right] \times 100$	4 Ahorro estimado por automatización Ahorro estimado por automatización = $\frac{\text{Costo previo del proceso} - \text{Costo posterior del proceso}}{\text{Costo posterior del proceso}}$	5 Adopción de herramienta digital Adopción de herramienta digital = $\left(\frac{\text{Número de servicios que usan la herramienta}}{\text{Número total de servicios programados para implementación}} \right) \times 100$
--	---	---	--	--



Estos indicadores permiten evaluar el rendimiento, la utilidad y el impacto operativo de soluciones digitales e inteligencia artificial en salud.

3.9 Evaluación del desempeño institucional

La evaluación del desempeño institucional integra indicadores clínicos, operativos, financieros, ambientales, tecnológicos y de experiencia usuaria para valorar si el hospital cumple su misión y avanza hacia sus objetivos



estratégicos. El gestor hospitalario debe evitar una evaluación fragmentada, porque un hospital puede mostrar buenos resultados en producción y malos resultados en satisfacción, o buena ejecución presupuestaria y problemas de seguridad. La evaluación debe ser equilibrada y permitir observar la organización como sistema.

Los enfoques de benchmarking y análisis de eficiencia ayudan a comparar resultados, pero deben interpretarse considerando contexto, complejidad, población atendida y disponibilidad de recursos. La evidencia sobre desempeño hospitalario, benchmarking y mejora continua respalda el uso de evaluaciones integrales para orientar decisiones estratégicas (Vara et al., 2025; Martins Drei & Angulo-Meza, 2026).

Una forma práctica de evaluar el desempeño es construir un tablero integral con dimensiones ponderadas. Por ejemplo, la dimensión clínica puede representar calidad y seguridad; la dimensión operativa puede incluir



eficiencia y productividad; la dimensión financiera puede analizar sostenibilidad; la dimensión usuaria puede medir satisfacción; y la dimensión ambiental puede valorar responsabilidad institucional. Una fórmula general para un índice ponderado es: **Índice de desempeño institucional = (Puntaje dimensión clínica × Peso clínico) + (Puntaje dimensión operativa × Peso operativo) + (Puntaje dimensión financiera × Peso financiero) + (Puntaje dimensión usuaria × Peso usuario) + (Puntaje dimensión sostenibilidad × Peso sostenibilidad).**

ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL



Este indicador integra el desempeño global del hospital mediante una ponderación de dimensiones estratégicas clave.



El gestor hospitalario debe definir pesos según prioridades estratégicas y revisar que el índice no oculte problemas críticos en áreas sensibles. La literatura sobre valor en salud y cadenas digitales sostiene que las métricas integradas ayudan a comprender mejor el desempeño organizacional (Hung et al., 2025; Vara et al., 2025).

La evaluación institucional también requiere analizar tendencias. Un resultado mensual puede responder a una situación puntual, pero una tendencia sostenida revela cambios más profundos. El gestor hospitalario debe revisar series históricas, comparar períodos, identificar picos, analizar causas y tomar decisiones antes de que los problemas se consoliden. Para ello, puede usarse la fórmula de tendencia: **Cambio porcentual acumulado** = $[(\text{Valor final del período} - \text{Valor inicial del período}) / \text{Valor inicial del período}] \times 100$. También puede calcularse el promedio móvil: **Promedio móvil** = $\text{Suma de valores de varios períodos consecutivos} / \text{Número de períodos analizados}$.



INDICADORES DE EVOLUCIÓN Y TENDENCIA

1 Cambio porcentual acumulado



$$\text{Cambio porcentual acumulado} = \left[\frac{(\text{Valor final del período} - \text{Valor inicial del período})}{\text{Valor inicial del período}} \right] \times 100$$

2 Promedio móvil



$$\text{Promedio móvil} = \frac{\text{Suma de valores de varios períodos consecutivos}}{\text{Número de períodos analizados}}$$



Estos indicadores permiten analizar la evolución del desempeño y suavizar variaciones entre períodos.

Estos cálculos permiten suavizar variaciones y observar comportamiento general. La evidencia sobre monitoreo de indicadores confirma que el seguimiento periódico facilita aprendizaje institucional y decisiones oportunas (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

La evaluación debe culminar en decisiones. Un tablero de indicadores que no genera acciones se convierte en un archivo estadístico sin impacto sobre el paciente. El gestor



hospitalario debe vincular cada resultado crítico con un responsable, un plan de mejora, un plazo, recursos y mecanismos de seguimiento. Si aumenta la tasa de caídas, se debe revisar riesgo, señalización, dotación, rondas de enfermería y educación familiar; si baja la utilización de quirófano, se debe revisar programación, puntualidad, insumos y camas posoperatorias; si aumenta el costo por egreso, se debe analizar estancia, complejidad, consumos y procesos diagnósticos. La literatura sobre mejora de calidad, seguridad y eficiencia operativa sostiene que los indicadores generan valor cuando se traducen en intervenciones verificables y sostenidas (Jeffers & Anderson, 2025; Zuidland et al., 2025).

3.10 Cierre del capítulo

El capítulo permite comprender que los indicadores sanitarios son herramientas indispensables para dirigir hospitales y organizaciones de salud con criterios técnicos, estratégicos y sostenibles. El gestor hospitalario debe reconocer que medir no significa controlar por controlar, sino producir información útil para mejorar seguridad,



calidad, eficiencia, sostenibilidad y experiencia del paciente. Las fórmulas presentadas permiten estandarizar el cálculo de indicadores clínicos, operativos, financieros, ambientales, digitales y de desempeño institucional, evitando interpretaciones ambiguas o comparaciones inconsistentes. La evidencia revisada muestra que los hospitales fortalecen su gestión cuando convierten los datos en decisiones, los indicadores en planes de mejora y los resultados en aprendizaje organizacional (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).

La eficiencia hospitalaria debe entenderse como una búsqueda de valor y no como una reducción mecánica de costos. Un hospital eficiente no es el que atiende más pacientes con menos recursos sin considerar consecuencias, sino el que utiliza adecuadamente sus capacidades para producir servicios seguros, oportunos y sostenibles. Por ello, los indicadores de productividad, ocupación, estancia, quirófanos, abastecimiento, costos y satisfacción deben analizarse de manera integrada. El gestor hospitalario debe



evitar decisiones aisladas que mejoren un indicador y deterioren otro, porque la gestión sanitaria exige equilibrio entre resultados clínicos, recursos disponibles y responsabilidad social. La literatura sobre Lean, desempeño hospitalario y gestión sostenible de recursos respalda que la eficiencia verdadera surge del rediseño de procesos, la eliminación de desperdicios y la coordinación institucional (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Chemkomnerd et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

La sostenibilidad financiera, ambiental y social amplía la mirada de la gestión hospitalaria. El hospital no solo debe atender, sino también preservar recursos, proteger a su personal, responder a la comunidad y reducir impactos ambientales. Los indicadores de consumo energético, agua, residuos, inventarios, responsabilidad social y accesibilidad permiten evaluar dimensiones que durante años fueron tratadas como secundarias, pero que hoy forman parte de la madurez institucional.



El gestor hospitalario debe integrar estas mediciones al tablero directivo y relacionarlas con objetivos estratégicos, presupuesto y mejora continua. La evidencia sobre responsabilidad social, sostenibilidad ambiental y tecnologías de industria 4.0 en salud confirma que las organizaciones sanitarias deben avanzar hacia modelos que integren desempeño económico, social y ambiental (Bobini & Cicchetti, 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025; Reis et al., 2026).

Finalmente, la transformación digital y la inteligencia artificial ofrecen nuevas oportunidades para medir, anticipar y mejorar, siempre que se implementen con gobernanza, calidad de datos y supervisión humana. La tecnología no reemplaza la responsabilidad directiva, pero puede fortalecerla cuando permite visualizar riesgos, predecir demanda, optimizar recursos y evaluar resultados con mayor oportunidad.

El gestor hospitalario debe utilizar estas herramientas con criterio, evitando tanto el rechazo injustificado como la



adopción acrítica. La dirección estratégica del hospital exige combinar experiencia, evidencia, indicadores, tecnología y sentido humano. La literatura sobre salud digital, inteligencia artificial y evaluación de tecnologías sanitarias confirma que el valor de la innovación depende de su capacidad para mejorar procesos, decisiones y resultados reales en la organización de salud (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025; Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Tan et al., 2026).



3.11 Referencias del capítulo tres

Bobini, M., & Cicchetti, A. (2025). Chasing environmental sustainability in healthcare organizations: Insights from the Italian experience. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 978. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13158-x>

Cha, J., Jang, J., & Lee, K.-H. (2025). Exploring the role of patient engagement in organisational performance: Empirical evidence from patient and family advisory councils. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(2), 346–357. <https://doi.org/10.1002/hpm.3873>

Chemkomnerd, N., Pannakkong, W., Tanantong, T., Huynh, V.-N., & Karnjana, J. (2025). A scenario-driven simulation approach to sustainable hospital resource management: Aging society, pandemic preparedness and referral enhancement. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 982. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13221-7>



Cheng, Y., Jiang, Y., Tai, R., Yang, L., Xiang, Q., Wang, Y., Liu, Y., Sheng, Y., Shi, Y., & Wang, L. (2026). Structural analysis of nursing quality issues in tertiary hospitals based on quality control inspections: A case study of 59 hospitals in Shanghai. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1677639.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1677639>

Galdiero, C., Marrapodi, R., Mele, S., Scaletti, A., & Martinez, M. (2025). Mapping digital transformation and social impact in Italian healthcare: A holistic evaluation of organizational digital maturity. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 1609.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13473-3>

Gebregzi, A. H., Teko, E. B., Tantu, A. D., Jale, N. T., Getahun, G. K., & Asemu, Y. M. (2025). Assessment of surgical capacity and productivity in high-volume Ethiopian hospitals: Mixed method study. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 798.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-12892-6>



Hantem, A., Jamal, A., El Gabbas, Z., & Aissaoui, K. (2026). Assessment of process management and maturity in public hospitals: An explainable machine learning approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 38(1), Article mzag022. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzag022>

Hung, S.-W., Chiu, C.-Y., & Lu, W.-M. (2025). Dynamic linkages between digital health and healthcare value chains: Evidence from a 3-stage network DEA model. *Inquiry*, 62, Article 00469580251399375. <https://doi.org/10.1177/00469580251399375>

Kaczmarek, S., & Wibbeling, S. (2025). Artificial intelligence in hospital logistics and operational processes. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 68(8), 898–906. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04094-6>

Katsapi, A., Haralampos, K., Kaitelidou, D., Thireos, E., Karaïskou, A., Tsana, M. A., & Rizos, F. (2025). A unified approach assessing hospitals' quality and



patient safety compliance at organizational and national level using an evidence-based mapping tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(3), Article mzaf068.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf068>

Lee, J., Ratcliffe, A., & Spaulding, T. (2026). Two dimensions of information technology sourcing strategies and hospital performance: Vendor turnover and application concentration. *Health Care Management Review*, 51(3), 243-252.

<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000489>

Martins Drei, S., & Angulo-Meza, L. (2026). A Lean-DEA approach for continuous improvement in Brazilian public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 40(3), 481-505.

<https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2024-0292>

Mokashi, A. C., Gardner, G. J., Klotz, A. D., Burns, J. J., & Velzen, J. L. (2025). A simulation-based approach for inpatient capacity management at a hospital dedicated



for cancer treatment. *Journal of Medical Systems*, 49(1), Article 93. <https://doi.org/10.1007/s10916-025-02206-y>

Moschandreou, D., & Grouzi, E. (2025). Efficient quality improvement through the monitoring of key performance indicators in the quality management review of a blood establishment. *Transfusion Clinique et Biologique*, 32(2), 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.traccli.2025.02.008>

Reis, L. P., Fernandes, J. M., & dos Santos, L. H. R. (2026). Combining Industry 4.0 technologies and lean tools for the sustainability of healthcare organizations: A triple bottom line analysis. *Journal of Health Organization and Management*, 40(2). <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2023-0300>

Rodríguez-Cala, A., Rodó-Cobo, M., Duran-García, N., Zango-Martín, I., Calmaestra-Carrillo, E., & Codern-Bové, N. (2025). From commitment to action: Aligning corporate social responsibility with sustainable



development goals in the health sector. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 1569.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13447-5>

Salmasian, H., Van Wilder, A., Frits, M., Iannaccone, C., Logan, M., Zebrowski, J. P., Shahian, D., Rein, M., Levine, D., & Bates, D. W. (2025). Patient safety metrics monitoring across Harvard-affiliated hospitals: A mixed methods study. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 51(9), 558–565.
<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.05.001>

Tan, H. Y., Tan, J. K., Xin, X., Poopalalingam, R., Kwek, K., Thumboo, J., & Atkinson, M. K. (2026). Advancing hospital-based health technology and impact assessments: Institutionalizing strategic decision-making in innovation adoption. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 42(1), Article e9.
<https://doi.org/10.1017/S026646232510336X>

Teo, K. Y., Yuan, L. X., Kan, S. H., Ho, A. L., & Ng, G. N. J. (2025). Transforming caregivers into partners:



Advancing WHO patient safety goals in Singapore acute hospital. *BMJ Open Quality*, 14(4), Article e003555. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003555>

Vara, G. M., Gomes, M. C., & Ferreira, D. C. (2025). Assessing the performance of Portuguese public hospitals before and during COVID-19 outbreak, with optimistic and pessimistic benchmarking approaches. *Health Care Management Science*, 28(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10729-024-09693-4>

Zhao, R., Quan, Y., & Fan, G. (2025). Optimizing operating room scheduling through multi-level learning and column generation: A novel hybrid approach. *Health Care Management Science*, 28(4), 691–714. <https://doi.org/10.1007/s10729-025-09723-9>

Zuidland, A., Roemeling, O., Aij, K. H., Pu, L., & Vijn, F. (2025). Alignment and contribution of lean management practices to strategic objectives in a healthcare context: A qualitative study in a university



medical centre. *BMJ Open*, 15(12), Article e099758.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099758>



Capítulo 4. Acreditación, innovación y mejores prácticas de gestión

4.1 La acreditación hospitalaria como ruta de madurez institucional

La acreditación hospitalaria se comprende como un proceso de evaluación, ordenamiento y mejora que permite demostrar que una organización de salud cumple estándares relacionados con calidad, seguridad, gestión, derechos del paciente, talento humano, infraestructura, continuidad asistencial y gobierno institucional. En la práctica directiva, el gestor hospitalario entiende que la acreditación no debe reducirse a una visita externa ni a una acumulación de documentos, porque su valor real aparece cuando transforma la manera cotidiana de trabajar. Un hospital que se prepara seriamente para acreditar revisa protocolos, evidencia cumplimiento, corrige brechas, fortalece registros, ordena comités y crea una cultura de mejora permanente. La literatura reciente sobre cumplimiento de calidad y seguridad señala que las herramientas de evaluación basadas en evidencia permiten



revisar la coherencia entre estándares, procesos y resultados institucionales (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

El proceso de acreditación obliga a que la institución mire sus prácticas con una perspectiva integral. El hospital no puede demostrar calidad si solo fortalece el área clínica y descuida farmacia, archivo, limpieza, mantenimiento, esterilización, gestión de residuos, seguridad ocupacional o atención al usuario. La experiencia directiva evidencia que muchas fallas asistenciales tienen origen en procesos de apoyo que no siempre reciben la misma atención que los servicios médicos. Por ello, el gestor hospitalario debe asumir que la acreditación evalúa la capacidad de toda la organización para funcionar como sistema. Los estudios sobre gobernanza clínica y calidad hospitalaria sostienen que la coordinación entre directivos, médicos, enfermeras y equipos administrativos es decisiva para sostener estándares consistentes en instituciones complejas (Thompson et al., 2026; Garnier & Eckert, 2025).



La acreditación también permite reducir la variabilidad de la atención, porque promueve protocolos, registros, indicadores y criterios comunes para servicios que suelen operar con estilos diferentes. En hospitales con baja estandarización, cada área puede desarrollar prácticas propias, lo que genera desigualdad en la calidad, pérdida de trazabilidad y mayor riesgo para el paciente. El gestor hospitalario debe procurar que los estándares se conviertan en prácticas conocidas, supervisadas y evaluadas, de modo que el cumplimiento no dependa exclusivamente de la voluntad individual. Esta mirada coincide con investigaciones sobre seguridad del paciente, donde se advierte que la medición sistemática, el reporte de eventos y la revisión de indicadores fortalecen la capacidad institucional para prevenir daños evitables (Salmasian et al., 2025; Teo et al., 2025).

Desde una perspectiva estratégica, la acreditación debe ser vista como una ruta de madurez y no como una meta aislada. Una institución puede obtener una certificación y, aun así, retroceder si no mantiene seguimiento, liderazgo y



cultura de cumplimiento. Por eso, el gestor hospitalario debe integrar la acreditación al plan estratégico, al presupuesto, al sistema de capacitación, al tablero de indicadores y a la evaluación de desempeño. La acreditación pierde fuerza cuando se activa solo antes de una auditoría y se abandona después de la evaluación. Los estudios sobre mejora continua y alineación de prácticas Lean con objetivos institucionales indican que los cambios sostenibles requieren liderazgo constante, participación de equipos, medición periódica y conexión directa entre estrategia y operación (Jeffers & Anderson, 2025; Zuidland et al., 2025).

4.2 Estándares, evidencia y gestión documental

Los estándares hospitalarios cumplen la función de establecer criterios mínimos y deseables para organizar la atención, proteger al paciente y demostrar responsabilidad institucional. En la gestión hospitalaria, los estándares permiten convertir la calidad en prácticas observables: identificación correcta, consentimiento informado, higiene de manos, cirugía segura, administración de



medicamentos, control de infecciones, gestión de eventos adversos, continuidad del cuidado, seguridad de instalaciones y derechos del paciente. El gestor hospitalario debe interpretar cada estándar como una guía de trabajo y no como una carga administrativa. La literatura sobre calidad y seguridad sostiene que los instrumentos de cumplimiento ayudan a valorar si la organización realmente aplica prácticas seguras y si estas prácticas se sostienen en los diferentes niveles institucionales (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

La evidencia documental es uno de los soportes más importantes de la acreditación, porque permite demostrar que los procesos se ejecutan, se supervisan y se corrigen. Sin embargo, el gestor hospitalario debe evitar que la gestión documental se convierta en una producción artificial de archivos sin relación con la práctica. Una historia clínica completa, un acta de comité, un reporte de evento adverso, una auditoría de protocolo o un registro de capacitación solo tienen valor si reflejan acciones reales y útiles para la mejora. La documentación debe demostrar



trazabilidad, responsabilidad y aprendizaje institucional. Los estudios sobre monitoreo de métricas de seguridad y revisión de indicadores evidencian que la información organizada permite identificar brechas, orientar decisiones y comprobar avances de calidad (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025).

La gestión documental también exige actualización permanente. Un protocolo desactualizado puede ser tan riesgoso como la ausencia de protocolo, porque orienta al personal con información que ya no responde a la evidencia, a la normativa o a la realidad operativa. El gestor hospitalario debe establecer responsables de revisión, fechas de vigencia, mecanismos de difusión y métodos para verificar que los equipos conocen los documentos institucionales. En servicios críticos, la actualización documental debe acompañarse de capacitación y supervisión directa, porque la simple publicación de un manual no garantiza su aplicación. La literatura sobre mejora de calidad señala que los proyectos exitosos requieren equipos organizados, objetivos claros,



formación, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las intervenciones (Jeffers & Anderson, 2025; Golcuk & Karakoyun, 2025).

La transformación digital puede fortalecer la gestión documental si se implementa con criterios estratégicos. Las plataformas digitales facilitan trazabilidad, acceso a protocolos, auditoría de registros, indicadores en tiempo real y reducción de pérdidas documentales. No obstante, el gestor hospitalario debe comprender que digitalizar documentos no equivale a mejorar procesos si el personal no registra adecuadamente, si los sistemas no dialogan entre sí o si la información no se analiza. La digitalización útil es aquella que mejora la toma de decisiones y reduce riesgos operativos. Las investigaciones sobre madurez digital, salud digital y cadenas de valor en salud muestran que la tecnología aporta valor cuando se integra con la estrategia, los procesos asistenciales y los objetivos institucionales (Galdiero et al., 2025; Hung et al., 2025; YahiaMarzouk, 2025).



4.3 Innovación en hospitales y organizaciones de salud

La innovación hospitalaria se comprende como la incorporación planificada de nuevas ideas, tecnologías, procesos, modelos de atención o formas de organización que permiten mejorar resultados clínicos, operativos, financieros o sociales. En la experiencia directiva, el gestor hospitalario reconoce que innovar no significa comprar equipos costosos ni adoptar herramientas de moda, sino resolver problemas concretos de la institución con soluciones pertinentes, seguras y sostenibles. Una innovación puede ser un sistema de gestión de camas, una estrategia de telemedicina, un modelo de atención domiciliaria, una plataforma de trazabilidad, un protocolo clínico actualizado o una reorganización del flujo de emergencia. La evidencia sobre evaluación de tecnologías sanitarias en hospitales indica que la adopción de innovaciones debe institucionalizar procesos de decisión



que valoren impacto, costo, factibilidad y beneficios para pacientes y servicios (Tan et al., 2026; Martelli et al., 2026).

La innovación debe ser evaluada antes de su implementación, porque en salud toda decisión tecnológica puede afectar la seguridad, el presupuesto, la carga laboral y la continuidad asistencial. El gestor hospitalario debe analizar qué problema se desea resolver, qué evidencia respalda la solución, qué recursos exige, qué riesgos introduce, qué competencias necesita el personal y cómo se medirá su impacto. Esta evaluación evita que el hospital invierta en soluciones atractivas pero poco útiles para su realidad. Los estudios sobre evaluación hospitalaria de tecnologías sanitarias y toma de decisiones estratégicas destacan que la institucionalización de procesos de evaluación permite seleccionar innovaciones con mayor rigor y reducir decisiones basadas únicamente en presión comercial o intuición directiva (Tan et al., 2026; Filiniuk et al., 2025).



La innovación también requiere gestión del cambio. Una herramienta digital puede fracasar si el personal no comprende su utilidad, si aumenta la carga administrativa, si interrumpe flujos existentes o si no recibe acompañamiento durante la adopción. El gestor hospitalario debe anticipar resistencias, comunicar beneficios, capacitar equipos, ajustar procesos y escuchar retroalimentación. En hospitales, la resistencia al cambio no siempre expresa oposición a mejorar, sino preocupación por la seguridad, el tiempo, la sobrecarga o la pérdida de control sobre procesos conocidos. La literatura sobre transformación digital y madurez organizacional en salud señala que la adopción tecnológica necesita una mirada integral que incluya cultura, procesos, capacidades institucionales e impacto social (Galdiero et al., 2025; YahiaMarzouk, 2025).

La innovación puede ampliar la capacidad de atención más allá de las paredes del hospital. Los modelos de hospital virtual, atención domiciliaria, telemedicina, monitoreo remoto y redes integradas permiten



descongestionar servicios, mejorar continuidad y acercar la atención a pacientes que no siempre requieren estancia física. El gestor hospitalario debe considerar estos modelos con prudencia, porque trasladar atención fuera del hospital exige criterios de selección, protocolos, sistemas de comunicación, seguridad clínica y seguimiento. La investigación sobre implementación de servicios de hospital en casa para pacientes con COVID-19 demuestra que los modelos alternativos pueden evaluarse mediante marcos de alcance, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento, lo que permite valorar su sostenibilidad institucional (Vo et al., 2025; Lee et al., 2026).

4.4 Transformación digital y toma de decisiones estratégicas

La transformación digital hospitalaria se refiere al proceso mediante el cual una organización de salud utiliza tecnologías de información, datos, automatización, inteligencia artificial y plataformas digitales para mejorar la atención, la gestión y la toma de decisiones. El gestor hospitalario debe entender que la transformación digital no



consiste únicamente en reemplazar papel por pantallas, sino en rediseñar procesos para que la información fluya mejor, los riesgos se detecten antes y los recursos se utilicen con mayor eficiencia. Un hospital puede tener muchos sistemas informáticos y, aun así, funcionar de manera fragmentada si no existe interoperabilidad, gobernanza de datos y cultura de uso de información. Los estudios sobre transformación digital en salud destacan que el valor estratégico de la tecnología depende de su integración con procesos, capacidades organizacionales y objetivos institucionales (Galdiero et al., 2025; YahiaMarzouk, 2025).

La información digital permite fortalecer la toma de decisiones cuando se convierte en indicadores oportunos, confiables y accionables. El gestor hospitalario puede utilizar datos para revisar ocupación de camas, tiempos de espera, productividad quirúrgica, consumo de medicamentos, eventos adversos, costos por servicio, satisfacción del usuario y desempeño de equipos. Sin embargo, la disponibilidad de datos no garantiza buenas decisiones si la información es incompleta, se interpreta sin



contexto o se utiliza solo para reportar y no para mejorar. La literatura sobre cadenas de valor en salud digital y modelos de análisis de desempeño muestra que los sistemas digitales pueden aportar valor cuando conectan información clínica, administrativa y operativa para apoyar decisiones estratégicas (Hung et al., 2025; Lee et al., 2026).

La inteligencia artificial comienza a ocupar un lugar relevante en procesos logísticos, operativos y de apoyo hospitalario. Puede contribuir a programación de recursos, predicción de demanda, clasificación de riesgos, gestión de inventarios, análisis de imágenes, trazabilidad de equipos y optimización de flujos. No obstante, el gestor hospitalario debe evitar una adopción acrítica, porque los algoritmos pueden reproducir sesgos, depender de datos de baja calidad o generar recomendaciones no ajustadas al contexto. La dirección debe exigir transparencia, validación, seguridad de datos, supervisión humana y evaluación de impacto antes de incorporar soluciones basadas en inteligencia artificial. La investigación sobre inteligencia artificial en logística hospitalaria y procesos



operativos advierte que estas herramientas deben integrarse con responsabilidad y criterios de utilidad institucional (Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Hantem et al., 2026).

La transformación digital también exige una estrategia de abastecimiento tecnológico. El hospital debe decidir si desarrolla soluciones internas, contrata proveedores externos, integra plataformas o concentra aplicaciones en pocos sistemas. Estas decisiones afectan costos, dependencia tecnológica, continuidad operativa, seguridad de información y capacidad de innovación. El gestor hospitalario debe evaluar el riesgo de cambiar constantemente de proveedores o de concentrar demasiadas funciones en aplicaciones difíciles de reemplazar. La evidencia sobre estrategias de abastecimiento de tecnologías de información y desempeño hospitalario muestra que la rotación de proveedores y la concentración de aplicaciones pueden influir en el rendimiento institucional, por lo que la gestión tecnológica



debe formar parte de la estrategia general del hospital (Lee et al., 2026).

4.5 Gestión del cambio y liderazgo para la mejora institucional

La gestión del cambio es un componente esencial de la administración hospitalaria porque las organizaciones de salud están sometidas a reformas, innovaciones, auditorías, nuevas tecnologías, exigencias regulatorias y cambios en la demanda asistencial. El gestor hospitalario debe comprender que el cambio no ocurre solo porque la dirección lo ordena, sino porque las personas lo entienden, lo aceptan, lo practican y lo sostienen. En hospitales, los cambios afectan rutinas sensibles, responsabilidades profesionales y procesos de alto riesgo, por lo que requieren comunicación clara, capacitación, acompañamiento y evaluación. La literatura sobre liderazgo administrativo y mejora de calidad sostiene que los cambios sostenibles dependen de equipos organizados, liderazgo visible, objetivos comprensibles y seguimiento sistemático (Kang et al., 2025; Jeffers & Anderson, 2025).



El liderazgo para el cambio debe ser coherente. Si la dirección declara una prioridad, pero no asigna recursos, no mide resultados o no acompaña a los servicios, el personal interpreta que el cambio no es realmente importante. El gestor hospitalario debe convertir las prioridades en decisiones concretas: tiempo para capacitación, responsables definidos, ajustes de procesos, indicadores, retroalimentación y reconocimiento de avances. Esta coherencia es especialmente necesaria en acreditación, seguridad del paciente, transformación digital e innovación, porque son procesos que generan carga adicional durante la transición. Los estudios sobre gobernanza hospitalaria y liderazgo médico-administrativo indican que la responsabilidad directiva y la colaboración entre perfiles clínicos y administrativos son necesarias para alinear decisiones con resultados institucionales (Garnier & Eckert, 2025; Thompson et al., 2026).

La resistencia al cambio debe analizarse con cuidado. En ocasiones, los equipos se resisten porque no fueron



informados, porque el cambio aumenta su carga laboral, porque no se les capacitó o porque han visto proyectos anteriores que fueron abandonados. El gestor hospitalario debe escuchar esas señales, porque pueden revelar riesgos reales de implementación. Un cambio impuesto sin diálogo puede cumplir formalmente al inicio, pero fracasar en la práctica cotidiana. La gestión del cambio exige construir sentido, demostrar utilidad y ajustar la estrategia según la retroalimentación de quienes ejecutan los procesos. La evidencia sobre transformación digital y madurez organizacional muestra que la adopción exitosa de innovaciones depende tanto de la tecnología como de la cultura, la gobernanza y la participación de los equipos (Galdiero et al., 2025; YahiaMarzouk, 2025).

El liderazgo de mandos medios resulta decisivo en cualquier proceso de cambio hospitalario. Coordinadores, jefes de servicio, supervisores de enfermería y responsables administrativos son quienes traducen la estrategia en instrucciones, rutinas, controles y acompañamiento. Si estos líderes no comprenden el cambio, no lo priorizan o no



cuentan con herramientas para implementarlo, la estrategia pierde fuerza antes de llegar al punto de atención. El gestor hospitalario debe fortalecer a estos mandos mediante formación, comunicación y participación en el diseño de soluciones. Los estudios sobre líderes administrativos de alto desempeño y prácticas Lean en salud señalan que el alineamiento entre liderazgo, objetivos estratégicos y operación cotidiana permite mejorar resultados y sostener procesos de transformación (Kang et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

4.6 Buenas prácticas para directivos hospitalarios

Las buenas prácticas de gestión hospitalaria se comprenden como formas de actuación directiva que permiten organizar mejor los recursos, reducir riesgos, fortalecer la calidad y sostener resultados institucionales. En la práctica, el directivo hospitalario no solo debe conocer normas, indicadores y herramientas administrativas, sino también interpretar la dinámica real de los servicios, escuchar a los equipos, priorizar problemas y tomar decisiones con base en evidencia. Una buena práctica



directiva consiste en no administrar el hospital desde la oficina, sino mantener contacto permanente con las áreas clínicas y operativas para comprender cómo se ejecutan los procesos. La literatura sobre liderazgo hospitalario y gobernanza clínica sostiene que el desempeño institucional mejora cuando la dirección articula conocimiento administrativo, comprensión clínica, rendición de cuentas y comunicación con los equipos asistenciales (Garnier & Eckert, 2025; Kang et al., 2025; Thompson et al., 2026).

Una primera buena práctica consiste en trabajar con tableros de gestión que integren indicadores clínicos, administrativos, financieros y de experiencia del usuario. El gestor hospitalario debe revisar de manera periódica datos sobre ocupación de camas, tiempos de espera, eventos adversos, infecciones, reingresos, productividad quirúrgica, consumo de medicamentos, disponibilidad de insumos, satisfacción del paciente y ejecución presupuestaria. Estos indicadores no deben convertirse en simples reportes mensuales, sino en insumos para reuniones de decisión, priorización de problemas y



seguimiento de planes de mejora. Los estudios sobre monitoreo de métricas de seguridad, indicadores clave de desempeño y benchmarking hospitalario demuestran que la medición sistemática permite identificar brechas, comparar resultados y orientar intervenciones institucionales más precisas (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).

Una segunda buena práctica consiste en fortalecer los comités técnicos como espacios reales de análisis y no como instancias formales de cumplimiento. Los comités de calidad, seguridad del paciente, farmacia y terapéutica, infecciones, ética, tecnología sanitaria, riesgos, docencia e investigación pueden aportar mucho cuando trabajan con agendas claras, datos actualizados, actas útiles y seguimiento de acuerdos. El gestor hospitalario debe evitar que estos espacios se reúnan únicamente para cumplir requisitos documentales, porque su función debe ser orientar decisiones, identificar problemas y generar recomendaciones técnicas. La evidencia sobre gobernanza de medicamentos, evaluación hospitalaria de tecnologías



sanitarias y seguridad del paciente respalda la importancia de estructuras participativas para mejorar decisiones clínicas, administrativas y éticas dentro de hospitales (Crisp et al., 2026; Tan et al., 2026; Teo et al., 2025).

Una tercera buena práctica se relaciona con la gestión por procesos. El directivo hospitalario debe comprender cómo circula el paciente desde el ingreso hasta el egreso, dónde se producen esperas, qué actividades se duplican, qué información se pierde y qué puntos generan riesgo. Esta mirada permite abandonar una administración fragmentada por departamentos y avanzar hacia una gestión centrada en trayectorias asistenciales. Por ejemplo, mejorar la cirugía no depende solo del quirófano, sino también de consulta externa, evaluación preanestésica, esterilización, farmacia, hospitalización, recuperación y alta. Los estudios sobre Lean, eficiencia hospitalaria y gestión de capacidad muestran que la mejora operativa requiere analizar flujos, reducir desperdicios, eliminar cuellos de botella y alinear procesos con objetivos



estratégicos (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Mokashi et al., 2025; Zuidland et al., 2025).

Una cuarta buena práctica consiste en comunicar la estrategia de manera comprensible para todos los niveles de la organización. El personal no puede comprometerse con una estrategia que desconoce o que percibe como ajena a su trabajo cotidiano. El gestor hospitalario debe traducir los objetivos institucionales en mensajes claros para médicos, enfermeras, administrativos, personal de apoyo y usuarios. Si la prioridad institucional es reducir eventos adversos, cada servicio debe saber qué indicador se medirá, qué práctica debe mejorar y cómo se evaluará el avance. Si la prioridad es eficiencia, cada área debe comprender qué proceso se revisará y qué resultado se espera. La literatura sobre liderazgo de alto desempeño y mejora de calidad confirma que la comunicación estratégica, el liderazgo visible y la participación del equipo son elementos relevantes para sostener cambios institucionales (Jeffers & Anderson, 2025; Kang et al., 2025).



4.7 Hospitales resilientes ante crisis y emergencias

La resiliencia hospitalaria se entiende como la capacidad de una institución de salud para anticipar, resistir, adaptarse y recuperarse frente a crisis que amenazan la continuidad de sus servicios. Un hospital resiliente no es aquel que nunca enfrenta problemas, sino aquel que mantiene funciones críticas, reorganiza recursos, protege al personal y conserva la seguridad del paciente aun en condiciones adversas. Las crisis pueden provenir de pandemias, desastres naturales, emergencias masivas, fallas de abastecimiento, interrupciones tecnológicas, conflictos laborales o saturación asistencial. El gestor hospitalario debe asumir que la resiliencia se construye antes de la crisis mediante planificación, simulación, liderazgo, comunicación y coordinación externa. La evidencia sobre preparación ante desastres y respuesta organizacional señala que la efectividad hospitalaria depende de entrenamiento directivo, claridad de roles y capacidad institucional para actuar bajo presión (Hertelendy et al., 2026).



La experiencia reciente de las crisis sanitarias mostró que los hospitales necesitan planes de continuidad operativa con escenarios definidos. Estos planes deben identificar servicios críticos, rutas alternativas de atención, responsables de decisión, reservas de insumos, mecanismos de comunicación, criterios de priorización y estrategias para proteger al personal. El gestor hospitalario debe garantizar que estos documentos no queden archivados, sino que sean probados mediante simulacros, revisados después de cada evento y actualizados según aprendizajes. La resiliencia no se improvisa cuando la emergencia ya ocurrió; se entrena de manera sistemática. Los estudios sobre innovación pospandémica en hospitales públicos universitarios y preparación ejecutiva ante desastres muestran que las instituciones que aprenden de las crisis pueden fortalecer su capacidad de adaptación y reorganización (Almeida et al., 2026; Hertelendy et al., 2026).

La resiliencia hospitalaria también depende de la flexibilidad de los procesos y de la capacidad de



redistribuir recursos. Durante una crisis, la demanda puede cambiar con rapidez, ciertos servicios pueden saturarse y algunos insumos pueden volverse críticos. El gestor hospitalario debe contar con información actualizada sobre camas, personal, equipos, medicamentos, oxígeno, transporte, quirófanos, áreas de expansión y capacidad de referencia. La simulación de escenarios puede ayudar a prever necesidades y diseñar respuestas antes de que el sistema llegue al límite. La literatura sobre gestión sostenible de recursos hospitalarios y simulación de escenarios demuestra que estos enfoques permiten analizar envejecimiento poblacional, preparación pandémica, derivaciones y uso de recursos críticos en contextos de alta presión (Chemkomnerd et al., 2025).

La comunicación durante una crisis es una práctica directiva decisiva. En momentos de incertidumbre, la falta de información genera rumores, miedo, duplicidad de instrucciones y pérdida de confianza. El gestor hospitalario debe definir vocerías, canales internos, frecuencia de reportes, criterios de actualización y mensajes



diferenciados para personal, pacientes, familias y autoridades. Una comunicación clara no elimina la crisis, pero permite que los equipos actúen con mayor coordinación y que los usuarios comprendan cambios temporales en los servicios. La evidencia sobre gobernanza clínica y liderazgo hospitalario sostiene que la coordinación entre directivos, médicos, enfermeras y equipos administrativos es fundamental para sostener calidad y seguridad en escenarios complejos (Garnier & Eckert, 2025; Thompson et al., 2026).

4.8 Equidad, responsabilidad social y sostenibilidad institucional

La gestión hospitalaria contemporánea debe integrar equidad, responsabilidad social y sostenibilidad como dimensiones estratégicas, porque las organizaciones de salud no solo producen servicios clínicos, sino también confianza pública, protección social y valor comunitario. Un hospital puede mejorar sus indicadores productivos, pero si mantiene barreras de acceso, trato desigual o procesos que excluyen a grupos vulnerables, su gestión



sigue siendo incompleta. El directivo hospitalario debe asegurar que la calidad y la seguridad no dependan del nivel educativo, condición económica, edad, discapacidad, origen territorial o tipo de cobertura del paciente. La literatura sobre responsabilidad social en salud y objetivos de desarrollo sostenible sostiene que las instituciones sanitarias deben alinear sus compromisos con acciones verificables orientadas al bienestar social y la sostenibilidad (Rodríguez-Cala et al., 2025).

La equidad debe reflejarse en procesos concretos de atención. Esto implica señalética comprensible, información clara, comunicación adaptada, accesibilidad física, protección de personas con discapacidad, orientación a adultos mayores, atención culturalmente sensible y mecanismos para reducir barreras administrativas. El gestor hospitalario debe revisar si los procesos diseñados desde la administración son realmente comprensibles para los usuarios o si generan obstáculos innecesarios. La equidad no se logra únicamente con declaraciones institucionales, sino mediante protocolos,



capacitación, supervisión y escucha activa de pacientes y familias. La investigación sobre participación del paciente y consejos familiares demuestra que incorporar la voz de los usuarios puede aportar información relevante sobre barreras, experiencias y oportunidades de mejora institucional (Cha et al., 2025; Teo et al., 2025).

La sostenibilidad ambiental también forma parte de las mejores prácticas hospitalarias. Los hospitales consumen energía, agua, alimentos, medicamentos, material descartable, gases medicinales y productos químicos, además de generar residuos comunes, peligrosos y biológicos. El gestor hospitalario debe considerar políticas de eficiencia energética, gestión de residuos, compras responsables, reducción de desperdicios, mantenimiento preventivo y uso racional de recursos. Esta sostenibilidad no debe percibirse como una preocupación externa al cuidado clínico, porque el uso ineficiente de recursos afecta costos, continuidad operativa y responsabilidad social. Los estudios sobre sostenibilidad ambiental en organizaciones sanitarias y tecnologías de industria 4.0 aplicadas a salud



muestran que los hospitales pueden avanzar hacia modelos de triple resultado que integran desempeño económico, social y ambiental (Bobini & Cicchetti, 2025; Reis et al., 2026).

La sostenibilidad financiera también debe ser tratada con criterio ético. Un hospital necesita recursos para funcionar, pagar personal, mantener equipos, comprar insumos y sostener servicios; sin embargo, la búsqueda de eficiencia no debe deteriorar la calidad ni limitar injustamente el acceso. El gestor hospitalario debe equilibrar costos, productividad, pertinencia clínica y seguridad del paciente. Reducir gastos sin análisis puede generar desabastecimiento, demoras, sobrecarga laboral o riesgos asistenciales. La eficiencia responsable exige identificar desperdicios, mejorar procesos y priorizar inversiones de alto impacto. La evidencia sobre desempeño hospitalario, gestión de recursos y mejora Lean confirma que la sostenibilidad se fortalece cuando la eficiencia se obtiene mediante rediseño de procesos y uso racional de



recursos, no mediante recortes que afecten la atención (Martins Drei & Angulo-Meza, 2026; Vara et al., 2025).

4.9 Evaluación institucional y sostenibilidad de la mejora

La evaluación institucional permite determinar si las estrategias implementadas realmente producen mejoras en calidad, seguridad, eficiencia, innovación y satisfacción del usuario. En una organización hospitalaria, evaluar no significa únicamente revisar si las actividades se realizaron, sino comprobar si generaron cambios en los resultados. El gestor hospitalario debe establecer mecanismos de evaluación antes, durante y después de cada intervención, de manera que la institución pueda aprender de sus aciertos y corregir sus debilidades. La evaluación debe incluir indicadores cuantitativos, análisis cualitativo, auditorías, revisión documental, opinión de usuarios y retroalimentación de los equipos. Los estudios sobre monitoreo de seguridad, indicadores de calidad y desempeño hospitalario muestran que la medición sistemática facilita decisiones basadas en evidencia y



mejora continua (Moschandreou & Grouzi, 2025; Salmasian et al., 2025; Vara et al., 2025).

La sostenibilidad de la mejora depende de la capacidad institucional para mantener los avances después del impulso inicial. Muchas organizaciones logran resultados temporales durante campañas, auditorías o proyectos específicos, pero retroceden cuando disminuye la supervisión o cambia el equipo responsable. El gestor hospitalario debe diseñar mecanismos que institucionalicen la mejora: protocolos actualizados, responsables definidos, indicadores visibles, capacitación periódica, auditoría continua y retroalimentación. Un cambio sostenible es aquel que se integra a la rutina y deja de depender de una persona específica. La literatura sobre mejora de calidad y prácticas Lean en salud muestra que la sostenibilidad requiere liderazgo constante, alineación estratégica, participación del equipo y medición periódica de resultados (Jeffers & Anderson, 2025; Zuidland et al., 2025).



La evaluación institucional también debe considerar el impacto de la innovación. Una tecnología, plataforma o modelo de atención no debe valorarse solo por su novedad, sino por sus efectos reales sobre seguridad, eficiencia, acceso, experiencia del usuario y costos. El gestor hospitalario debe analizar si la innovación redujo tiempos, mejoró trazabilidad, disminuyó errores, facilitó decisiones o generó nuevas cargas administrativas. Esta evaluación permite decidir si la intervención debe mantenerse, ampliarse, corregirse o abandonarse. Los estudios sobre evaluación hospitalaria de tecnologías sanitarias y servicios de hospital virtual muestran que los modelos de innovación deben analizarse con criterios de efectividad, adopción, implementación, mantenimiento y valor institucional (Tan et al., 2026; Vo et al., 2025).

La sostenibilidad de la mejora exige, además, construir memoria institucional. Los hospitales suelen perder aprendizajes cuando cambian autoridades, rotan equipos o se abandonan proyectos sin documentar resultados. El gestor hospitalario debe promover registros de lecciones



aprendidas, repositorios de proyectos, actas útiles, informes ejecutivos y transferencia de conocimiento entre equipos. Esta memoria permite evitar que la institución repita errores, reinicie procesos desde cero o dependa de conocimientos informales. La evidencia sobre investigación hospitalaria, innovación pospandémica y mejora institucional señala que las organizaciones de salud pueden fortalecer su desarrollo cuando sistematizan aprendizajes, institucionalizan capacidades y vinculan evidencia con práctica directiva (Almeida et al., 2026; Rego et al., 2026).

4.10 Cierre del capítulo cuatro

El capítulo permite comprender que la acreditación, la innovación y las mejores prácticas de gestión son componentes integrados de una misma visión hospitalaria orientada a la madurez institucional. La acreditación ordena estándares, evidencia y cumplimiento; la innovación permite responder a problemas nuevos con soluciones pertinentes; y las buenas prácticas directivas aseguran que los cambios no se queden en documentos, sino que lleguen a los servicios y al paciente. El gestor



hospitalario debe articular estos elementos con liderazgo, planificación, indicadores, cultura organizacional y sostenibilidad. La literatura revisada coincide en que las organizaciones de salud requieren dirección estratégica, evaluación sistemática y participación interdisciplinaria para sostener calidad, seguridad e innovación en entornos complejos (Katsapi et al., 2025; Tan et al., 2026; Thompson et al., 2026).

La acreditación hospitalaria debe asumirse como un proceso permanente de mejora y no como una meta de corto plazo. Cuando la institución se enfoca únicamente en aprobar una evaluación externa, corre el riesgo de producir evidencia superficial y abandonar los estándares después de la auditoría. En cambio, cuando la acreditación se integra a la cultura institucional, fortalece protocolos, registros, capacitación, seguimiento y responsabilidad directiva. El gestor hospitalario debe convertir los estándares en prácticas vivas, supervisadas y evaluadas. La evidencia sobre cumplimiento de calidad, seguridad del paciente y monitoreo de métricas demuestra que los



hospitales mejoran cuando vinculan estándares con datos, análisis de brechas y acciones correctivas sostenidas (Katsapi et al., 2025; Salmasian et al., 2025).

La innovación, por su parte, debe gestionarse con rigor. No toda novedad mejora el desempeño institucional y no toda tecnología responde a las necesidades reales del hospital. El gestor hospitalario debe evaluar pertinencia, evidencia, costo, riesgos, capacidad de adopción e impacto antes de implementar cambios relevantes. La transformación digital, la inteligencia artificial, los modelos de hospital virtual y la evaluación de tecnologías sanitarias pueden aportar valor cuando se integran con procesos, talento humano y objetivos estratégicos. Los estudios sobre madurez digital, inteligencia artificial hospitalaria y evaluación tecnológica sostienen que la innovación responsable requiere gobernanza, evaluación, seguridad de datos y supervisión institucional (Galdiero et al., 2025; Kaczmarek & Wibbeling, 2025; Tan et al., 2026).



Finalmente, las mejores prácticas de gestión hospitalaria deben mantener una orientación humana y social. La eficiencia, la acreditación y la tecnología solo tienen sentido si contribuyen a una atención más segura, digna, accesible y sostenible. El directivo hospitalario debe equilibrar resultados clínicos, bienestar del personal, responsabilidad financiera, equidad y confianza ciudadana. Un hospital bien gestionado no es solo aquel que cumple indicadores, sino aquel que aprende, se adapta, protege a las personas y mejora continuamente. La evidencia sobre responsabilidad social, sostenibilidad e involucramiento del paciente confirma que las organizaciones de salud deben mirar más allá de la producción de servicios y asumir su papel como instituciones esenciales para el bienestar colectivo (Cha et al., 2025; Rodríguez-Cala et al., 2025; Reis et al., 2026).



4.11 Referencias del capítulo cuatro

Almeida, J. P. L. D., Moreira, M. F., Prata, D. N., & Bermejo, P. H. D. S. (2026). Agility and resilience during COVID-19 and post-pandemic innovation in Brazilian public university hospitals. *Archives of Medical Research*, 57(2), Article 103294.

<https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2025.103294>

Bobini, M., & Cicchetti, A. (2025). Chasing environmental sustainability in healthcare organizations: Insights from the Italian experience. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 978.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13158-x>

Cha, J., Jang, J., & Lee, K.-H. (2025). Exploring the role of patient engagement in organisational performance: Empirical evidence from patient and family advisory councils. *International Journal of Health Planning and Management*, 40(2), 346-357.

<https://doi.org/10.1002/hpm.3873>



Chemkomnerd, N., Pannakkong, W., Tanantong, T., Huynh, V.-N., & Karnjana, J. (2025). A scenario-driven simulation approach to sustainable hospital resource management: Aging society, pandemic preparedness and referral enhancement. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 982. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13221-7>

Crisp, L., Day, R., Shutt, A., Briggs, J., & Pulver, L. (2026). Achieving effective medicines governance: Guiding principles for the roles and responsibilities of medicines and therapeutics committees in Australian hospitals. *Internal Medicine Journal*, 56(5), 888–892. <https://doi.org/10.1111/imj.70404>

Filiniuk, O., Sucu, R., Kohler, R., Nikulina, V., Kosyachenko, K., & Sampietro-Colom, L. (2025). Bridging the gap between evidence and practice: Introducing hospital-based health technology assessment in Ukraine. *International Journal of*



Technology Assessment in Health Care, 42(1), Article e13.

<https://doi.org/10.1017/S0266462325103280>

Galdiero, C., Marrapodi, R., Mele, S., Scaletti, A., & Martinez, M. (2025). Mapping digital transformation and social impact in Italian healthcare: A holistic evaluation of organizational digital maturity. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 1609.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13473-3>

Garnier, A., & Eckert, P. (2025). Medical leadership and accountability in hospital governance. *Revue Medicale Suisse*, 21(924), 1338-1342.

<https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.924.4736>

[4](#)

Golcuk, Y., & Karakoyun, Ö. F. (2025). From framework to frontline: Embedding enterprise risk management into emergency department fall prevention. *Journal of Healthcare Risk Management*, 45(2), 24-25.

<https://doi.org/10.1002/jhrm.70012>



Hantem, A., Jamal, A., El Gabbas, Z., & Aissaoui, K. (2026). Assessment of process management and maturity in public hospitals: An explainable machine learning approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 38(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzag022>

Hertelendy, A. J., Richmond, J. G., Lassar, W. M., Mitchell, C. L., Mayo, M. A., Vilendrer, S., Devereaux, A., Burkle, F. M., & Ullmann, S. (2026). Disaster preparedness training relevance for organizational response effectiveness: A healthcare executive perspective. *Journal of Healthcare Management*, 71(1), 18–33. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-24-00163>

Hung, S.-W., Chiu, C.-Y., & Lu, W.-M. (2025). Dynamic linkages between digital health and healthcare value chains: Evidence from a 3-stage network DEA model. *Inquiry*, 62, Article 00469580251399375. <https://doi.org/10.1177/00469580251399375>

Jeffers, A. M., & Anderson, C. (2025). A guide to developing teams for successful healthcare quality improvement



projects. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 55(7), Article 101802.
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2025.101802>

Kaczmarek, S., & Wibbeling, S. (2025). Artificial intelligence in hospital logistics and operational processes. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 68(8), 898-906.
<https://doi.org/10.1007/s00103-025-04094-6>

Kang, J. Y., Huang, Y.-L., Lee, M., Cerri, P., & Klavetter, E. (2025). Characteristics of high-performing administrative leaders in a physician-administrator dyad in an academic medical center. *Journal of Healthcare Management*, 70(4), 288-302.
<https://doi.org/10.1097/JHM-D-24-00157>

Katsapi, A., Haralampos, K., Kaitelidou, D., Thireos, E., Karaiskou, A., Tsana, M. A., & Rizos, F. (2025). A unified approach assessing hospitals' quality and patient safety compliance at organizational and national level using an evidence-based mapping tool.



International Journal for Quality in Health Care, 37(3),
Article mzaf068.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf068>

Lee, J., Ratcliffe, A., & Spaulding, T. (2026). Two dimensions of information technology sourcing strategies and hospital performance: Vendor turnover and application concentration. *Health Care Management Review*, 51(3), 243–252.

<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000489>

Martelli, N., Roussel, C., Grumblat, A., Lechat, P., Aubourg, R., Beaumel, P., Bodet, N., Degrasat-Théas, A., Denies, F., Guerre, P., Heniche, F., Lavorel, A., Maachi, I., Martin, T., & Salaün, B. (2026). Hospital-based health technology assessment in France: How can we do more and better? *Therapies*, 81(1), 81–90.

<https://doi.org/10.1016/j.therap.2025.10.008>

Martins Drei, S., & Angulo-Meza, L. (2026). A Lean-DEA approach for continuous improvement in Brazilian public hospitals. *Journal of Health Organization and*



Management, 40(3), 481–505.

<https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2024-0292>

Mokashi, A. C., Gardner, G. J., Klotz, A. D., Burns, J. J., & Velzen, J. L. (2025). A simulation-based approach for inpatient capacity management at a hospital dedicated for cancer treatment. *Journal of Medical Systems*, 49(1), Article 93. [https://doi.org/10.1007/s10916-025-02206-](https://doi.org/10.1007/s10916-025-02206-y)

[y](https://doi.org/10.1007/s10916-025-02206-y)

Moschandreou, D., & Grouzi, E. (2025). Efficient quality improvement through the monitoring of key performance indicators in the quality management review of a blood establishment. *Transfusion Clinique et Biologique*, 32(2), 134–140.

<https://doi.org/10.1016/j.tracli.2025.02.008>

Rego, K., Orlando, E., Riikhimaki, G., Bassi, H., & Tsang, J. L. Y. (2026). Establishing a research institute in an Ontario community hospital: Reflections and lessons learned. *Healthcare Management Forum*, 39(3), 213–220.

<https://doi.org/10.1177/08404704251380461>



Reis, L. P., Fernandes, J. M., & dos Santos, L. H. R. (2026). Combining Industry 4.0 technologies and lean tools for the sustainability of healthcare organizations: A triple bottom line analysis. *Journal of Health Organization and Management*, 40(2). <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2023-0300>

Rodríguez-Cala, A., Rodó-Cobo, M., Duran-García, N., Zango-Martín, I., Calmaestra-Carrillo, E., & Codern-Bové, N. (2025). From commitment to action: Aligning corporate social responsibility with sustainable development goals in the health sector. *BMC Health Services Research*, 25(1), Article 1569. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13447-5>

Salmasian, H., Van Wilder, A., Frits, M., Iannaccone, C., Logan, M., Zebrowski, J. P., Shahian, D., Rein, M., Levine, D., & Bates, D. W. (2025). Patient safety metrics monitoring across Harvard-affiliated hospitals: A mixed methods study. *Joint Commission Journal on*



Quality and Patient Safety, 51(9), 558–565.

<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.05.001>

Tan, H. Y., Tan, J. K., Xin, X., Poopalalingam, R., Kwek, K., Thumboo, J., & Atkinson, M. K. (2026). Advancing hospital-based health technology and impact assessments: Institutionalizing strategic decision-making in innovation adoption. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 42(1), Article e9. <https://doi.org/10.1017/S026646232510336X>

Teo, K. Y., Yuan, L. X., Kan, S. H., Ho, A. L., & Ng, G. N. J. (2025). Transforming caregivers into partners: Advancing WHO patient safety goals in Singapore acute hospital. *BMJ Open Quality*, 14(4), Article e003555. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003555>

Thompson, C., Nevins, D. H., Walters, D., Chin-Bailey, C., Thompson, E., Thame, M., & James, K. (2026). Clinical governance and staffing for healthcare quality: Perceptions of nurses, doctors, and senior managers at two tertiary hospitals in Jamaica. *BMC Health Services*



Research, 26(1), Article 138.

<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13826-y>

Vara, G. M., Gomes, M. C., & Ferreira, D. C. (2025). Assessing the performance of Portuguese public hospitals before and during COVID-19 outbreak, with optimistic and pessimistic benchmarking approaches. *Health Care Management Science*, 28(1), 1–27.

<https://doi.org/10.1007/s10729-024-09693-4>

Vo, L. K., Carter, H. E., McPhail, S. M., McGowan, K., Wallis, S., Atkinson, K., & Allen, M. J. (2025). Implementation of a virtual hospital in the home service for patients with COVID-19 in Queensland, Australia: Mixed methods evaluation using the RE-AIM framework. *Journal of Medical Internet Research*, 27, Article e73749. <https://doi.org/10.2196/73749>

YahiaMarzouk, Y. (2025). Digital transformation in the healthcare sector: A novel strategic perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 39(8), 1718–1753. <https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2024-0349>



Zuidland, A., Roemeling, O., Aij, K. H., Pu, L., & Vijn, F. (2025). Alignment and contribution of lean management practices to strategic objectives in a healthcare context: A qualitative study in a university medical centre. *BMJ Open*, 15(12), Article e099758. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099758>



— SOBRE ESTA OBRA —

La gestión estratégica en el ámbito hospitalario es clave para garantizar servicios de salud de calidad, seguros y centrados en el paciente. Este libro ofrece un **enfoque integral y práctico** para liderar instituciones de salud con eficiencia, sostenibilidad y visión de futuro.

A través de herramientas, metodologías y buenas prácticas, aborda temas esenciales como la **administración hospitalaria**, la **calidad asistencial**, la **seguridad del paciente**, los **indicadores sanitarios** y la **acreditación hospitalaria**. Una guía indispensable para directivos, profesionales y estudiantes comprometidos con la mejora continua y la transformación de las organizaciones de salud.