ISBN: 978-9942-609-84-7

BINARIO Editorial

# Administración de los Servicios de SALUD

**AUTORES**

Luis Alberto Salazar Guashpa, Yanedsy Díaz Amador,
Carla Julia Suárez Rivera, Nancy Margarita Domínguez Rodríguez, Karen Raquel Castillo Mantilla,
Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa, Karla Alejandra Briones Jara y Cecilio Jacinto Vera Núñez.

Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO

EDITORIAL BINARIO

**Mgs. Susgein Julissa Miranda Cansing**
Directora ejecutiva

**Lcdo. Wilfrido Rosero Chávez**
Gerente operaciones generales

**Dra. Sherline Chirinos**
Directora de publicaciones y revistas

**Lcda. Greguis Reolón Ríos**
Directora de marketing y RRSS

La revisión técnica de los documentos correspondió a especialistas expertos en el área.

ISBN:
**978-9942-609-84-7**

**1era. Edición, septiembre 2026**
Edición con fines educativos no lucrativos

**Hecho en Ecuador**

**Diseño y Tipografía:** Greguis Reolón Ríos

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, integra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito al Instituto de Investigaciones Transdisciplinarias Ecuador (BINARIO).

Instituto de Investigaciones
Transdisciplinarias Ecuador - BINARIO
Cel.: +593 99 571 2751

http.://www.binario.com.ec

BINARIO Editorial
978 9942 8754

## AUTORES


Luis Alberto Salazar Guashpa

Yanedsy Díaz Amador

Carla Julia Suárez Rivera

Nancy Margarita Domínguez Rodríguez

Karen Raquel Castillo Mantilla

Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa

Karla Alejandra Briones Jara

Cecilio Jacinto Vera Núñez

# PRÓLOGO

**Dirigir el Latido de la Institución**

La gestión de los servicios sanitarios ha pasado, sin lugar a dudas, por una transformación, pasando de ser una tarea de soporte técnico a ser el centro de una revolución tecnológica y humanista. El que se acerque a estas páginas con la expectativa de encontrar solamente esquemas burocráticos o fórmulas contables, se sorprenderá gratamente. Teniendo una visión más clara de la forma en que se administran los centros de salud, las decisiones que hay de tras y el ¿por qué? De las mismas. Los dilemas éticos y morales que se pueden presentar día con día, al tratar con vidas humanas. Y es que hay que tener claro que cada decisión que se toma en la vida siempre tendrá consecuencias, buenas o malas hay saberlas afrontar. En el caso de un administrador de salud tomar las decisiones correctas en el momento correcto, pueden significar la diferencia entre la vida y muerte.

Dirigir la salud en 2026 implica, por encima de todo, administrar un “sistema vivo” El hospital ya dejo de ser un centro aislado donde solo importaba lo que ocurría puertas a dentro. Entendiendo que la salud de una población solo se puede preservar teniendo presente lo que ocurre en su entorno, buscando con esto preservar lo más importante: La vida.

A lo largo de la historia, el rol que se daba a un administrador de un hospital ha sido considerado como un guardia de la caja", o sea, un intermediario entre el requerimiento clínico y la limitación del presupuesto. Pero como todo en la vida, con el paso del tiempo, dicha interpretación se tuvo que repensar. Se obligo a redefinir el rol que debe tener la administración sanitaria, con la llegada de la pandemia a principios de esta década. Hoy, la gestión no se mide solo en estados financieros, más bien en la capacidad de resiliencia que posea.

La verdadera gestión se nota en la capacidad de aguantar el golpe y seguir en pie. No es cuestión de marketing ni de sumarse a la moda de la 'Salud 5.0'; es entender que, o integramos la tecnología y la sostenibilidad de verdad, o nos quedamos gestionando museos en lugar de centros de salud.

Es un momento de cambio, en el que se realiza este libro. Donde pasamos de un modelo de gestión, que heredamos (basado en la intuición y el gasto incremental) que nos resulta obsoleto, ante las nuevas necesidades actuales. Lo que el lector, encontrará en los siguientes capítulos es una hoja de ruta para el "Hospital Líquido": que mediante el uso de nuevas tecnologías (Big data, telemedicina e IA) es capaz de transcender las limitaciones físicas de la institución, logrando con esto predecir complicaciones sanitarias, antes de que ocurran.

La administración moderna es una ciencia de la precisión que exige dominar la arquitectura de los flujos de caja con la misma destreza con la que se vigila la seguridad del paciente como centro de todo.

*"En salud, la ineficiencia no es solo un error administrativo; es un fracaso ético que le resta oportunidades a un paciente."*

A lo largo de esta obra, se desglosa la complejidad sanitaria bajo una lente tridimensional. Primero, el rigor financiero, donde herramientas como el *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC) se presentan como mecanismos de justicia institucional. Segundo, la logística resiliente, que permita garantizar suministros críticos en tiempos de incertidumbre; pasando del cómodo "*Just-in-Time*" a un "*Just-in-Case*". Y tercero, la gestión de la calidad, devolviéndole la voz a quien siempre debió tenerla (el paciente), donde los indicadores tradicionales ceden el paso a los PROMs y PREMs.

El administrador actual debe ser multidisciplinario, capaz de entender de leyes para navegar la responsabilidad civil, de tecnología para blindar la ciberseguridad y de psicología para liderar equipos bajo estrés constante. Este texto busca ser el puente entre esas disciplinas, traduciendo la teoría en estrategias aplicables en el campo real buscando siempre la calidad en el servicio de atención al paciente.

Al cerrar este prólogo, recuerde que detrás de cada indicador de gestión y de cada presupuesto base cero, hay un ser humano esperando una respuesta oportuna, una vida esperando ayuda, una familia que espera tener la atención necesaria para salvaguardar la vida de sus seres amados.

Bienvenido a la gestión que no solo administra recursos, sino que administra esperanza.

# AUTORES

**LUIS ALBERTO SALAZAR GUASHPA**

Licenciado en Enfermería
lsalazarg@ecotec.edu.ec
Universidad Tecnológica ECOTEC

Luis Alberto Salazar Guashpa es un profesional de enfermería con sólida formación en cuidados intensivos, gerencia en servicios de salud, administración pública y docencia universitaria.
Se ha desempeñado en cargos de liderazgo hospitalario, como subdirector de Enfermería y Coordinador de unidades asistenciales, destacándose por su capacidad de gestión y planificación estratégica. También ha ejercido como docente en varias universidades, fortaleciendo la formación académica e investigativa de futuros profesionales de la salud.

**YANEDSY DÍAZ AMADOR**

Licenciada en Enfermería, Docente.
ydiaz@upse.edu.ec
Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Licenciada en Enfermería, Doctora en Ciencias de la Salud, Máster en Medicina Bioenergética y Natural, docente universitaria titular agregado 1 con 28 años de experiencia laboral. Docente investigadora acreditada por la SENESCYT, Miembro del Comité Editorial de la Revista Ciencias de la Salud QHALIKAY de la UTM y miembro activo de las Redes: Investigación en Salud Pública de Docencia Universitaria y Hospitalaria zona 3, 5 y 8 y Gestión del Cuidado. Autora de diferentes libros y artículos científicos. Tutora y Tribunal de grado de tesis, miembro de la comisión académica y coordinadora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, UPSE.

## CARLA JULIA SUÁREZ RIVERA

Licenciada de enfermería
krla_93@hotmail.com
Interhospital


Licenciada en Enfermería y Máster en Enfermería con mención en Cuidados Críticos. Cuenta con experiencia en áreas quirúrgicas, UCI, hospitalización y coordinación del área postoperatoria. Ha desempeñado funciones asistenciales, de supervisión y cuidado directo de pacientes. Además, posee experiencia como especialista renal, con participación en terapias de purificación sanguínea, hemodiálisis, hemodiafiltración y soporte técnico en productos médicos. Su perfil se complementa con formación en BLS, ACLS, enfermería crítica y liderazgo en enfermería.

## NANCY MARGARITA DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ

Licenciada en Enfermería
nancydominguez1969@gmail.com
Universidad Estatal Península de Santa Elena


Licenciada en Enfermería, Máster en Gerencia de los servicios de salud, Especialista en APS, Doctorando en Ciencias de la Salud, Docente de la Carrera Enfermería.

## KAREN RAQUEL CASTILLO MANTILLA

Licenciada en enfermería
karencastillo.mantilla@gmail.com
Universidad ECOTEC


Licenciada en enfermería de profesión. Coordinadora Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud y Desarrollo Humano de Ecotec Campus Guayaquil y docente de la Carrera de Enfermería.

## JETZABEL NARCISA PENDOLEMA ESPINOSA

Licenciada en enfermería - Magíster
jpendolema@ecotec.edu.ec
Universidad Tecnológica ECOTEC

Licenciada en Enfermería, Magíster en Gestión de la Calidad y Magíster en Docencia con mención en Investigación y Educación Superior, con más de siete años de experiencia en los ámbitos asistencial, académico y trayectoria en liderazgo, coordinación de equipos de enfermería y servicios de salud. Docente de la carrera de Enfermería en la Universidad Tecnológica ECOTEC, complementando su perfil profesional con experiencia hospitalaria, formación especializada y producción científica en el área de la salud.

## KARLA ALEJANDRA BRIONES JARA

Licenciada en Enfermería - Magíster
kbriones@ecotec.edu.ec
Universidad Tecnológica ECOTEC

Licenciada en Enfermería, Máster en Enfermería Quirúrgica y Magíster en Educación con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior. Cuenta con más de 7 años de experiencia en gestión de enfermería, coordinación de centros quirúrgicos, instrumentación quirúrgica y atención asistencial. Además, se desempeña como docente en la Universidad ECOTEC, integrando su experiencia clínica con la formación de futuros profesionales de Enfermería.

## CECILIO JACINTO VERA NÚÑEZ

Licenciado en Enfermería - Magíster
cvera@ecotec.edu.ec
Universidad Tecnológica ECOTEC

Licenciado en Enfermería y Abogado, Magíster en Salud Pública con formación académica en la Universidad Estatal de Milagro. Cuenta con una amplia trayectoria en el ámbito sanitario y académico, desempeñándose en funciones asistenciales, de gestión y liderazgo de enfermería, control de infecciones y docencia universitaria. Su experiencia incluye la formación y tutoría de estudiantes de Enfermería en instituciones como ECOTEC, la Universidad Estatal de Quevedo, la Universidad Estatal de Bolívar y la Universidad Estatal de Milagro, complementando su perfil con experiencia hospitalaria y en gestión de los servicios de enfermería.

# ÍNDICE

PRÓLOGO ..... 4

AUTORES ..... 6

ÍNDICE DE TABLAS ..... 12

INTRODUCCIÓN ..... 15

**Capítulo 1.** Marco conceptual de la administración en salud ..... 18

1.1 Definición y alcances de la gestión sanitaria ..... 18

1.2 Evolución de los sistemas de salud contemporáneos ..... 30

1.3 El administrador como gestor de recursos y servicios ..... 36

1.4 Ética y bioética en la toma de decisiones administrativas ..... 41

**Capítulo 2.** Planificación Estratégica En Instituciones De Salud ..... 48

2.1 Análisis situacional y diagnóstico de salud ..... 48

2.2 Diseño de objetivos y metas operacionales ..... 54

2.3 Estructura y diseño organizacional en hospitales y centros de salud ..... 60

2.4 Herramientas de control de gestión y cuadros de mando ..... 64

**Capítulo 3.** Gestión Del Capital Humano En Organizaciones Sanitarias ..... 70

3.1 Reclutamiento y selección de personal especializado ..... 72

3.2 Evaluación del desempeño y competencias profesionales ..... 77

3.3 Relaciones laborales y liderazgo en equipos multidisciplinarios ..... 86

3.4 Salud ocupacional y bienestar del personal sanitario ..... 88

**Capítulo 4.** Economía De La Salud Y Administración De Recursos Financieros ..... 94

4.1 Principios de economía aplicados al sector salud ..... 95

4.2 Financiamiento, presupuestos y control de costos hospitalarios ..... 100

4.3 Gestión de suministros, logística y compras públicas/privadas ..... 104

4.4 Auditoría médica y procesos de facturación ..... 108

Capítulo 5. Gestión De La Calidad Y Seguridad Del Paciente ..... 115

5.1 Estándares de calidad y modelos de acreditación institucional..... 115

5.2 Indicadores de gestión clínica y seguridad del paciente ..... 118

5.3 Gestión de riesgos y eventos adversos en la atención ..... 124

5.4 Tecnologías de la información y transformación digital en salud ..... 133

BIBLIOGRAFÍA..... 140

# ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Matriz de Transición de la Gestión Sanitaria: Modelo Tradicional vs. Modelo Moderno (Resiliencia y Valor) ..... 23

**Tabla 2.** Cuadro Evolutivo de los Sistemas ..... 28

**Tabla 3.** Matriz de Funciones Críticas del Administrador de Salud ..... 30

**Tabla 4.** Evolución del Perfil del Administrador de Salud ..... 33

**Tabla 5.** Aplicación de los Principios Bioéticos en la Gestión Administrativa ..... 35

**Tabla 6.** Comparativa de Paradigmas Éticos en la Gestión Sanitaria ..... 38

**Tabla 7.** Comparativa de Herramientas de Diagnóstico Estratégico ..... 46

**Tabla 8.** Metas SMART y Tablero de Control por Servicio (2024-2026) ..... 50

**Tabla 9.** Tipología de Metas en la Administración Sanitaria Moderna ..... 53

**Tabla 10.** Evolución del Diseño Organizacional en Salud ..... 57

**Tabla 11.** Caso Aplicado - El Viaje del Paciente (Step-by-Step) ..... 59

**Tabla 12.** Herramientas de Control de Gestión vs. Aplicación Práctica ..... 62

**Tabla 13.** Nuevas Tendencias en Reclutamiento Sanitario (2025-2026) ..... 67

**Tabla 14.** Modelo Integrado de Evaluación del Desempeño Sanitario (2025-2026) ..... 74

**Tabla 15.** Modelos de Liderazgo y su Impacto en la Gestión Sanitaria ..... 76

**Tabla 16.** Matriz de Riesgos y Estrategias de Bienestar (2025-2026) ..... 78

**Tabla 17.** Tipología de Evaluaciones Económicas para la Gestión Sanitaria ..... 87

**Tabla 18.** Clasificación y Control de Costos en la Gestión Hospitalaria ..... 93

**Tabla 19.** Comparativa de Estrategias de Adquisición y Logística (2025-2026) ..... 97

**Tabla 20.** Comparativa de Modelos de Acreditación y Calidad (2025-2026) ..... 107

**Tabla 21.** Tablero Maestro de Indicadores de Calidad y Seguridad (2025-2026) ..... 111

**Tabla 22.** Matriz de Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente ..... 117

**Tabla 23.** Matriz de Gestión de Riesgos Institucionales (2025-2026) ..... 121

**Tabla 24.** Niveles de Madurez Digital (Modelo HIMSS EMRAM/INFRAM) ..... 128

# INTRODUCCIÓN

# INTRODUCCIÓN

La administración de los servicios de salud ha experimentado una trasformación sin precedentes en el primer cuarto del siglo XXI. Lo que tradicionalmente se comprendía como una labor de soporte administrativo y contable, hoy se erige como el eje central de la supervivencia de los sistemas sanitarios globales. En el contexto actual, marcado por la post-pandemia del COVID-19, la gestión de la salud no solo busca la eficiencia operativa, sino la construcción de instituciones resilientes capaces de resistir choques externos sin arriesgar la seguridad integral del paciente. Ante esto surgen una serie de retos que el administrador debe surcar, teniendo consigo una visión de hacia donde espera llegar.

En el panorama demográfico y epidemiológico actual se presentan una serie de nuevos desafíos que la administración clásica no puede resolver de forma aislada. El envejecimiento poblacional acelerado, el aumento de la cronicidad y la aparición de tecnologías disruptivas han generado una presión inflacionaria sobre el gasto sanitario que obliga a los administradores a migrar del modelo de "volumen de servicios" al modelo de "valor en salud". Este último, propuesto originalmente por Porter y actualizado en revisiones de 2023, redefine el éxito administrativo como el logro de los mejores resultados clínicos posibles por cada unidad de inversión monetaria, situando la experiencia del paciente en el epicentro de la toma de decisiones. Si un paciente no se siente debidamente atendido en un centro de salud surgen la pregunta ¿Por qué? Y al entender esa respuesta se vislumbra el camino hacia la mejora constante (bastión de esta era).

Asimismo, la transformación digital, o Salud 5.0, ha dejado de ser una opción para convertirse en un imperativo ético y funcional. La implementación de la Inteligencia Artificial (IA) en la gestión de camas, la analítica predictiva para la prevención de brotes y la interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas son hoy herramientas que definen la competitividad y calidad de una institución. Ya atrás quedaron los días donde esto se podría ver con un “lujo” innecesario a pasar a ser una necesidad en la atención. No obstante, este avance tecnológico

trae consigo dilemas bioéticos complejos sobre la privacidad de los datos y la equidad en el acceso, temas que este libro aborda desde un enfoque de justicia distributiva.

Desde una perspectiva amplia, los sistemas de salud enfrentan una fragmentación que impide la continuidad del cuidado, esto ha llevado a buscar alternativas que brinden soluciones a estas necesidades que el administrador debe conocer. En la búsqueda de eliminar los "silos" institucionales que tradicionalmente han generado ineficiencias y deshumanización en la atención al paciente, surgen como la respuesta estratégica para articular los diferentes niveles de atención las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). En este sentido, el administrador debe comprender el funcionamiento de la clínica para dialogar con el personal médico y dominar las finanzas para garantizar la sostenibilidad del centro. Debiendo con esto, tener un perfil híbrido a nivel profesional.

De esta manera, esta obra se propone como una hoja de ruta técnica y humanista. Que, mediante sus cinco capítulos, se analizan desde los marcos conceptuales, la planificación estratégica hasta la gestión del capital humano y la economía de la salud. El objetivo es proporcionar al lector las competencias necesarias para liderar organizaciones que no solo curen enfermedades, sino que gestionen la salud de sus comunidades con criterios de calidad, seguridad y calidez humana, adaptándose a las exigencias normativas y tecnológicas actuales.

# 1

# Marco Conceptual de la Administración en Salud

# CAPÍTULO 1.
## MARCO CONCEPTUAL DE LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Luis Alberto Salazar Guashpa, Yanedsy Díaz Amador, Carla Julia Suárez Rivera, Nancy Margarita Domínguez Rodríguez, Karen Raquel Castillo Mantilla, Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa, Karla Alejandra Briones Jara y Cecilio Jacinto Vera Núñez.

### 1.1 Definición y alcances de la gestión sanitaria

#### *1.1.1 Evolución del concepto de gestión en salud*

La gestión sanitaria ha dejado de ser una actividad meramente administrativa, para convertirse en una disciplina estratégica multidimensional.

En su origen, el manejo de los primeros centros de cuidado de enfermos era visto como un acto meramente benévolo, cuya labor era encargada a los sacerdotes. Con el paso del tiempo y avance de la ciencia la labor paso a manos de médicos locales, que, si bien tenían pericia en el ámbito médico, carecían de una formación en la administración propiamente.

En la era posterior a la segunda guerra mundial, surgió la imperiosa necesidad, de tener profesionales con formación especializada en la administración de los centros de salud. En EEUU durante la primera mitad de siglo XX surgieron escuelas que buscaron preparar a esa corte de nuevos profesionales (Administradores sanitarios) que requería la administración de centros de salud, dicho modelo llego a ser de gran éxito, a tal punto que se buscó replicar en buena parte del mundo, entendiendo que para para alcanzar el desarrollo de una sociedad se requiere una población sana y en optimas capacidades (Físicas y mentales). Tradicionalmente, el concepto de gestión sanitaria se entendía como la administración de recursos físicos y financieros en un entorno hospitalario, sin embargo, con el paso del tiempo se hizo evidente, que dicha definición se quedaba corta antes las nuevas realidades. En el periodo 2021-2026, el concepto ha evolucionado hacia la Gobernanza de Redes de Salud, donde el objetivo no es solo administrar un edificio, sino gestionar la salud de una cohorte poblacional específica (1).

El impacto de la pandemia del covic-19 ha cambiado la forma de entender la administración sanitaria, debido en buena medida a que se dejaron expuestas las debilidades preexistentes

que ya tenían los sistemas de salud (2). Ante escenarios cambiantes y posibles choques externos que puedan alterar el funcionamiento integral del servicio sanitario, es fundamental que los centros de salud tengan una capacidad de adaptabilidad y resiliencia ante la adversidad. Dicho de otro modo, se debe velar por mantener la asistencia sanitaria, si el día de mañana falla la cadena de suministros (medicamentos) tener alternativas locales más seguras, por ejemplo.

Según la Organización Panamericana de la Salud (3), la gestión sanitaria moderna es el ejercicio de liderar la transformación de los sistemas para que sean resilientes. Esto significa que el administrador debe ser capaz de balancear la eficiencia económica con la equidad social, asegurando que la optimización de recursos no vulnere el acceso universal. De nada sirve contar con los mejores doctores y especialistas en un hospital, si estos no cuentan con los implementos para atender a los pacientes.

Para ello es necesario que el administrador pase de ser un gestor de recursos, a un profesional hibrido, con una visión más completa de las necesidades que se presenten tanto para la institución de salud como para el paciente. Siendo el cuidado integral de este este último, la prioridad irrenunciable que se debe velar.

### *1.1.2 Definición de salud pública*

La salud pública es una disciplina médica que se ocupa de proteger, mantener y mejorar la salud de las poblaciones humanas a través de la implementación de políticas, programas y acciones que promueven la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y la intervención en factores de riesgo que puedan afectar la salud de las personas. La red de salud pública de un país viene a ser como el ejército, solo que, en lugar de proteger fronteras de amenazas externas, se dedican a proteger a los habitantes de enemigos “invisibles’’ (Virus y enfermedades) que pueden causar daños críticos sino se toman las medidas necesarias.

La salud pública aborda una amplia gama de temas relacionados con la salud de la comunidad, incluyendo la epidemiología, la bioestadística, la salud ambiental, la salud ocupacional, la

promoción de la salud, la educación en salud, la gestión de servicios de salud, la planificación y evaluación de programas de salud, entre otros muchos temas.

### *1.1.3 Principios de la salud pública*

Los principios fundamentales de la salud pública van desde una serie de conceptos y valores, que guían las acciones y decisiones en este campo con el objetivo de proteger y promover la salud de la población. En la idea de que la salud es un derecho humano fundamental y que debe ser garantizado para todas las personas, es en lo que se basan estos principios; sin importar su condición social, económica o cultural, con una población enferma y sin posibilidad de sostenerse a sí misma, ninguna sociedad pude avanzar hacia el desarrollo; o, dicho de otro modo, sería como "ir al combate con ejército de lisiados y esperar la victoria".

Centrar en la salud de la comunidad en su conjunto, en lugar de enfocarse en el tratamiento de enfermedades individuales, es uno de los principios fundamentales de la salud pública es el enfoque poblacional. Esto quiere decir, que, para alcanzar mayor impacto sanitario, se abordan acciones concretas (políticas sanitarias como campañas de vacunación preventivas) que tengan un impacto directo en la salud de una comunidad.

Otro principio es la equidad en salud, que se refiere a la eliminación de las disparidades injustas en salud entre distintos grupos de la población. En este aspecto se busca atenuar las diferencias de atención sanitaria entre la población en general. Dicho de otra forma, no es la misma la atención que puede costear un paciente con alto poder adquisitivo, a la atención que puede conseguir una persona en situación de precariedad. Ante, esta realidad, se realizan políticas de atención primaria hasta campañas de prevención de enfermedades, buscando atenuar estas diferencias. Además, la promoción de estilos de vida saludables o la regulación de factores de riesgo, busca prevenir la aparición de epidemias y promover la salud a través de medidas como la vacunación, la prevención es un principio fundamental de la salud pública. La prevención se considera la estrategia más efectiva y económica para mejorar la salud de la población a largo plazo, entendiendo que lo que no se evite hoy se pagara mañana.

Por último, la participación comunitaria es un principio clave en la salud pública, que reconoce la importancia de involucrar a la población en la toma de decisiones y en la implementación de programas de salud, hay tener claro que no importa lo perfecto que se a una estrategia de sanitaria o política pública, sino se hace participe a la gente no tendrá buenos resultados, por ejemplo, de nada sirve hacer una campaña de vacunación masiva si la población no asiste. Es aquí donde se requiere hacer conciencia ciudadana en la responsabilidad que tiene cada individuo, no solo en su salud particular sino comunitaria (una epidemia puede empezar con solo un caso).

### *1.1.4 Importancia de la administración de la salud publica*

La administración en la salud pública juega un rol central en el correcto funcionamiento de los sistemas de salud en todo el mundo. La dirección que se le dé a un sistema sanitario puede desde prevenir grandes tragedias hasta llevarlas a ocurrir. La gestión eficiente de los recursos, la planificación estratégica y la coordinación de los servicios de salud son aspectos clave para garantizar la atención adecuada a la población. A continuación, se detallan estos aspectos (4):

En primer lugar, la administración en la salud pública es crucial para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Independientemente de la situación socioeconómica o geográfica que pueda tener un paciente, a través de una buena gestión de los recursos disponibles, es posible asegurar un mayor acceso a la atención médica que requieran.

En la salud pública la administración eficiente contribuye a mejorar la calidad de los servicios de salud, la planificación adecuada de los recursos humanos, materiales y financieros, permiten garantizar que los servicios de salud se brinden de manera eficiente y con altos estándares de calidad.

Otro aspecto a resaltar, es la capacidad de respuesta ante emergencias y epidemias de la administración en la salud pública. La coordinación entre diferentes entidades, una óptima gestión de crisis y la implementación de políticas de prevención y control, se hacen fundamentales para proteger la salud de la población y hacer frente a situaciones de emergencia de manera efectiva.

Resulta esencial para garantizar una atención de calidad, la administración en la salud pública. Teniendo con esto, mejores resultados en equitativa y eficiente a la población.

A través de una gestión adecuada de los recursos y una planificación estratégica, es posible mejorar la salud de las comunidades y promover el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Principales nociones en la gestión de la salud pública:

***Salud pública***

La salud de la población, que alude a la condición de bienestar social, mental y físico de un número específico de individuos en una cierta área geográfica, es uno de los principios fundamentales en el manejo de la salud pública. Es relevante considerar que la salud poblacional no solo implica la falta de enfermedades, sino también fomentar modos de vida sanos, prevenir las enfermedades y disminuir las disparidades sanitarias. Algunos conceptos relevantes son:

- Planificación de la salud pública

En la salud pública, el proceso de planificación consiste en definir metas, objetivos y estrategias para fomentar, proteger y restaurar la salud de los ciudadanos. Es esencial para la gestión de la salud pública, ya que ayuda a determinar las necesidades sanitarias de los ciudadanos, a establecer acciones prioritarias y a distribuir recursos eficientemente con el objetivo de conseguir resultados concretos en la mejora del bienestar de las personas.

- Vigilancia de la epidemiología

La vigilancia epidemiológica es una parte fundamental de la gestión de salud pública porque facilita la identificación, el registro y el análisis de los sucesos vinculados a la salud poblacional. La vigilancia epidemiológica permite detectar la existencia de enfermedades, determinar los factores de riesgo, implementar medidas de control y analizar la eficacia de las intervenciones realizadas.

- Valoración del impacto en la salud

El proceso de evaluación de impacto en salud posibilita la medición y valoración de los resultados que las intervenciones tienen en la salud poblacional. Es crucial en la gestión de salud

pública, ya que ofrece información esencial para tomar decisiones, posibilita detectar áreas que necesitan mejorarse y analizar cuán eficaces son los programas y políticas sanitarias implementados.

- Administración de recursos humanos en el sector salud

La administración de recursos humanos en el sector salud alude a la organización, planificación, dirección y supervisión del personal sanitario que trabaja en hospitales, centros de atención primaria, instituciones de salud pública y otros servicios sanitarios es esencial para la gestión de la salud pública, ya que los recursos humanos son un elemento crucial en la entrega de servicios sanitarios de alta calidad, y una correcta administración de estos ayuda a alcanzar las metas y objetivos sanitarios fijados.

- Intervención de la comunidad

En la gestión de la salud pública, un principio esencial es la participación de la comunidad, porque supone que los ciudadanos se comprometan activamente en fomentar la salud, prevenir enfermedades y decidir sobre temas relacionados con ella. La participación de la comunidad posibilita determinar las necesidades sanitarias de los ciudadanos, crear intervenciones que se ajusten a la realidad local, impulsar el autocontrol de la salud y alentar la responsabilidad compartida en el cuidado de la salud comunitaria (5).

El enfoque poblacional es uno de los métodos más relevantes en la gestión de la salud pública. Este método se enfoca en examinar las necesidades sanitarias de una población específica y en llevar a cabo intervenciones comunitarias para optimizar su salud. Este método se fundamenta en el concepto de que es más efectivo encarar los problemas de salud en conjunto, en vez de enfocarse solo en la atención individual.

Dado su importancia en el campo de la gestión pública, también se deben incluir las siguientes perspectivas:

Perspectiva fundamentada en la atención primaria de salud

El enfoque fundamentado en la atención primaria de salud se centra en fomentar la salud, prevenir enfermedades y ofrecer servicios de atención primaria a todos los ciudadanos. Para mejorar la calidad de vida de las personas, se enfoca en la participación comunitaria, la equidad, el acceso y la intersectorialidad.

- Perspectiva fundamentada en la epidemiología

El enfoque fundamentado en la epidemiología se enfoca en examinar cómo están distribuidas las enfermedades y qué factores las determinan, con el objetivo de identificar los factores de riesgo, planificar intervenciones y evaluar cómo afectan las políticas sanitarias empleando datos epidemiológicos para tomar decisiones fundamentadas y desarrollar estrategias eficaces de control y prevención de enfermedades.

- Enfoque centrado en la administración de servicios sanitarios

El enfoque basado en la gestión de servicios de salud se centra en la organización, planificación, dirección y evaluación de los servicios de salud para garantizar la accesibilidad, calidad, eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud a la población. Se centra en optimizar la administración de los recursos humanos, financieros y tecnológicos para conseguir resultados óptimos en términos de salud poblacional.

- Perspectiva centrada en la promoción de la salud

El objetivo de la perspectiva basada en la promoción de la salud es potenciar las habilidades individuales y comunitarias con el fin de prevenir enfermedades, fomentar el bienestar físico, mental y social, así como adoptar modos de vida saludables. Se enfoca en la educación en salud, la colaboración con la comunidad, el fomento de entornos saludables y el trabajo conjunto entre diferentes sectores para tratar los determinantes sociales de la salud.

- Enfoque fundamentado en la igualdad en salud

El enfoque de la equidad en salud pone su énfasis en disminuir las disparidades sanitarias, asegurando que todos tengan acceso a servicios sanitarios de calidad y puedan mejorar su

salud. Se enfoca en reconocer y eliminar las barreras de género, culturales y socioeconómicas que impactan la igualdad en el acceso a los servicios sanitarios y en la prestación de estos.

- Perspectiva sobre los factores sociales que determinan la salud

Finalmente, y no menos relevante, se menciona la perspectiva de los factores sociales que determinan la salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (3), los determinantes sociales de la salud aluden a las circunstancias en las que los individuos nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Esto incluye una variedad de fuerzas y sistemas que inciden en el desarrollo de su vida, así como normas sociales y sistemas políticos; todos estos factores pueden diferir considerablemente entre subgrupos poblacionales distintos, lo cual puede resultar en desigualdades en los resultados sanitarios (3). Algunas de estas disparidades no se pueden evitar y son consideradas desigualdades, mientras que otras sí se pueden prevenir y no son necesarias. Estas últimas se conocen como inequidades y son el objetivo de políticas orientadas a fomentar la equidad.

Los determinantes sociales de la salud son elementos no médicos que tienen un impacto en la salud individual y colectiva. Estos determinantes incluyen una extensa variedad de factores, tales como la cultura, el acceso a la educación, el entorno social y físico, la edad, el nivel socioeconómico y el género, entre otros.

Entre los determinantes sociales más relevantes se encuentran:

- La formación académica: La educación tiene la capacidad de afectar la salud por medio de su efecto sobre el acceso a empleo, recursos y conocimientos acerca de costumbres que favorecen la salud.
- El estado de la economía y la sociedad: La salud de un individuo y su acceso a servicios médicos de calidad están significativamente influenciados por sus ingresos y su posición social.
- El ambiente social y físico: El medio ambiente donde un individuo vive, trabaja y se relaciona con otros puede influir en su salud, incluyendo factores como la calidad del aire, la presencia de áreas verdes y la existencia de redes de soporte social.

- La cultura: El acceso a los servicios de salud y la salud misma de un individuo pueden verse afectados por sus prácticas culturales, creencias y valores.
- La edad y el género: La edad y el género de un individuo pueden tener impacto en su salud, debido a que hay diferencias en la exposición a ciertos factores de riesgo y en cómo responden a los tratamientos.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud resalta la importancia de abordar los factores económicos y sociales que afectan a la salud de las personas y las comunidades con el objetivo de reducir las desigualdades en dicha materia e impulsar un bienestar superior para todos.

### *1.1.5 Dimensiones y niveles de la gestión (Los tres alcances)*

La gestión sanitaria en su búsqueda de brindar al paciente una atentación sanitaria de calidad, optimizando al máximo los recursos disponibles a llegado dividirse en diferentes niveles de ejecución. Teniendo siempre presente, el mismo fin último en diferentes grados de acción, no es lo mismo, el impacto de las decisiones de quienes planifican las estrategias sanitarias de un país, a quienes lo hacen en una región o comunidad; sin embargo, ambos persiguen la misma meta de garantizar buena sanitaria en sus respectivas poblaciones.

Para entender el alcance integral, la doctrina contemporánea divide la gestión en tres niveles interconectados:

**A. Macrogestión (Gestión de Políticas Públicas)**

Se sitúa en el nivel de las autoridades sanitarias nacionales y regionales. Su alcance incluye (5):

- Regulación y Financiamiento: Establecimiento de las reglas del juego y la captación de recursos (impuestos, cotizaciones).
- Definición del Plan de Beneficios: Decidir qué servicios se cubren y cuáles no, basándose en estudios de carga de enfermedad.
- Intervenciones intersectoriales: Gestión con otros ministerios para actuar sobre los determinantes sociales (agua, vivienda, educación).

**B. Mesogestión (Gestión Institucional o de Centros)**

Es la articulación de los centros de salud, hospitales y laboratorios. El alcance aquí se centra en:

- Estrategia Corporativa: Definición de la misión, visión y valores de la red prestadora.
- Gestión de la Capacidad: Decidir la complejidad de los servicios (baja, mediana o alta complejidad) para evitar la duplicidad de costos.
- Marketing y Relación con el Usuario: Posicionamiento de la marca institucional y fidelización del paciente.

**C. Microgestión (Gestión Clínica)**

Es el nivel más crítico, donde se produce el contacto directo con el paciente. Involucra a los profesionales de la salud en roles de decisión administrativa (5):

- Uso de Guías de Práctica Clínica (GPC): Estandarizar la atención para reducir la variabilidad clínica injustificada.
- Gestión por Procesos: Diseño de flujos de trabajo que eliminen tiempos muertos en la atención del paciente.
- Uso eficiente de insumos: Decisión del médico sobre qué medicamento o dispositivo usar, impactando directamente en el costo final del servicio.

### *1.1.6 El enfoque de "Valor en Salud" (2023-2026)*

Un alcance fundamental incorporado recientemente es el Value-Based Healthcare (VBHC). Bajo este esquema, la gestión sanitaria no se mide por cuántas cirugías se hicieron (volumen), sino por cuánto mejoró la calidad de vida del paciente tras la cirugía (valor). Este cambio de alcance obliga a la administración a implementar sistemas de medición de resultados reportados por los pacientes (PROMs) y costos por ciclo completo de cuidado (5).

En nuevo enfoque los administradores deben buscar que cada fase del proceso lleve el paciente sea optimizada, ya no solo se buscaría llegar a mayores cantidades de pacientes, sino mejorar sus resultados de forma personalizada y adaptada acá cada caso en cuestión. Para lograr tan ambicioso objetivo es necesario que los centros de salud cuenten con acceso a las nuevas tecnologías de diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades (IAs y Big data). Resulta imperativo que se fomente la adopción de estas nuevas tecnologías en los diferentes eslabones de los centros de salud. Es deber del administrador generar las

condiciones para que el personal de salud pueda adoptar los cambios requeridos en función de los nuevos objetivos de atención integral al paciente.

**Tabla 1.** *Matriz de Transición de la Gestión Sanitaria: Modelo Tradicional vs. Modelo Moderno (Resiliencia y Valor)*

| Criterio de Comparación | Gestión Tradicional (Administración de Recursos) | Gestión Moderna (Gobernanza de Valor y Resiliencia) | Base Teórica Principal |
|---|---|---|---|
| Eje Central de la Estrategia | El Hospital (Hospital centrismo). Foco en la operación interna del edificio. | El Paciente y la Población. Foco en los resultados de salud en red (3). | OPS / Porter |
| Métrica de Éxito | Volumen: Cantidad de consultas, cirugías y días-cama ocupados. | Valor: Resultados clínicos que importan al paciente / Costo total del ciclo (5). | Porter & Lee |
| Estructura Organizacional | Departamentos por especialidad médica (Estructura fragmentada). | Unidades de Práctica Integrada (IPU) organizadas por condición médica (5). | Porter |
| Gestión del Riesgo | Reactiva: Acción basada en la crisis inmediata y la contención de daños. | Proactiva y Resiliente: Capacidad de absorber, adaptar y el sistema ante choques (3). | OPS |
| Modelo de Pago | Pago por servicio (*Fee-for-service*). Incentiva la sobreutilización. | Pago por resultados o paquetes integrados por ciclo de cuidado. | Porter / Drummond |
| Tecnología e Información | Soporte administrativo y contable. Datos aislados en silos. | Salud 5.0, ***Big Data*** e IA para la predicción de riesgos y medición de PROMs (6). | Gartner / WHO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Enfoque Ético | Ética del deber administrativo y cumplimiento de normas burocráticas. | Mesoética: Justicia distributiva y equidad en el acceso basada en necesidad real (7). | Diego Gracia |

*Nota*. Adaptado de varios autores

### *1.1.7 Retos operativos en la gestión actual*

En vista de los cambios demográficos y socioeconómicos por la vida moderna, se presentan una serie de nuevos desafíos que pone de manifiesto la fragilidad de los sistemas sanitarios actuales. El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas ponen mayor presión en el gasto de la salud pública.

El reto es mantener un equilibrio entre la prestación de servicios sanitarios de calidad y la sostenibilidad económica a largo plazo. La gestión sanitaria debe entender estos factores, para prever las necesidades presentes y futuras que se van a presentar, se deben crear estrategias diseñadas para adaptarse a los nuevos escenarios, donde se busque la mejora continua y la resiliencia del sistema.

Se tiene que tener presente los desafíos que surgirán con la implementación de nuevas tecnologías en los centros de salud, las mismas pueden traer beneficios tangibles a la administración sanitaria, mejoras en los servicios y optimización de procesos de diagnóstico (8). Pero también surgen nuevos ámbitos de responsabilidad que el gestor sanitario debe tener presentes, el alcance de la gestión hoy se extiende a la seguridad digital. Un administrador sanitario debe gestionar la ciberseguridad de los datos clínicos tanto como gestiona el inventario de farmacia.

En un mundo cada vez más hiperconectado, la información pasa a ser un recurso de vital interés para muchos; con especial énfasis la información sanitaria (historial médico). En vista de esto, el administrador pasa a convertirse un guardián celoso de un gran tesoro, que de llegar a tener terceros malintencionados podrían causar graves daños tanto para los pacientes como para la misma institución que rigen. El gestor sanitario de debe tener un alto estar ético y profesional sobre esta área en particular. La vulnerabilidad de los sistemas de información

en 2024 ha demostrado que la gestión de riesgos tecnológicos es ahora parte del alcance vital de la dirección sanitaria (7).

## 1.2 Evolución de los sistemas de salud contemporáneos

La estructura de los sistemas de salud actuales no sucedió por un hecho fortuito o del azar, es fruto del asentamiento (y posterior evolución) de modelos de políticas públicas sanitarias. El administrador moderno debe comprender que la gestión no ocurre en el vacío, sino que es parte de un sistema cuyo funcionamiento determina el financiamiento, la provisión y el acceso (1). Entendiendo esto, es necesario indagar en los modelos que ayudaron a dar forma y estructura a la gestión de salud.

### *1.2.1 Los pilares históricos: Modelos Bismarck y Beveridge*

La dicotomía clásica entre los modelos Bismarck y Beveridge sigue siendo la base del análisis comparativo en economía de la salud. Sin embargo, en la práctica contemporánea, la mayoría de los países en el mundo han migrado hacia modelos pluralistas o mixtos que han resultado mucho más efectivos.

- Modelo Bismarck (Seguridad Social): Originado en Alemania (1883), basado en cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores. Según García-Altés (9), su evolución actual se enfrenta al reto de la fragmentación de fondos. El administrador en este sistema debe gestionar la competencia entre múltiples aseguradoras, buscando la eficiencia a través de la negociación de paquetes de beneficios.

  Aunque los usuarios tienen que pagar algunos copagos (como, por ejemplo, los medicamentos recetados), el financiamiento de este sistema se realiza en su mayoría a través de impuestos. Asimismo, la financiación no solo proviene de los ingresos de los trabajadores, sino que también grava todos los ingresos, sin importar su procedencia.

  Los países que tienen este sistema disfrutan de una cobertura universal (completa) para todos sus habitantes, y es el gobierno quien se ocupa de administrar los servicios. Asimismo, los empleados públicos son los profesionales de la salud.

La administración se desagrega en comunidades autónomas y localidades que determinan y diseñan sus propios planes de salud.

En cuanto a la atención médica, consiste en ir a un médico general que supervisa el envío de pacientes a los especialistas. En la mayoría de las naciones que cuentan con este sistema, el paciente debe estar inscrito con un médico de atención primaria para poder recibir atención.

Es importante señalar la existencia de centros de salud privados que coexisten con este sistema.

La satisfacción de los usuarios con respecto al sistema sanitario es variable entre los países miembros. En las naciones nórdicas se presenta una gran satisfacción, en el Reino Unido y España hay un nivel medio, mientras que en Italia y Portugal es bastante baja.

Beneficios

Una de las ventajas significativas de este sistema es que se fundamenta en la universalidad, la solidaridad, la equidad y la gratuidad. El porcentaje de cobertura que brinda es del 100%.

Es importante destacar también que el gasto en salud es inferior al de las naciones que tienen el modelo Bismarck.

- Modelo Beveridge (Servicio Nacional de Salud): Basado en el informe de 1942 en el Reino Unido. Se financia mediante impuestos generales y el Estado es el principal gestor y prestador. La evolución aquí se centra en la eficiencia del gasto público y la reducción de listas de espera (10). Sin embargo; no es de menos señalar, que dicho modelo se ha enfrentado a nuevos desafíos en su sostenibilidad financiera. Según la OMS (11), el desafío evolutivo de estos sistemas es la gestión de la cronicidad y la reducción de las brechas de equidad en el acceso, especialmente en poblaciones rurales.

  Como este es un sistema que se financia con cuotas obligatorias abonadas por empresarios y trabajadores mediante impuestos, los fondos van directamente a las compañías privadas que administran los servicios de salud (las aseguradoras proveen seguros

médicos a la población). Se contratan todos los recursos sanitarios (hospitales, enfermeras, médicos, etc.) a través de los "fondos".

El asegurado tiene que pagar una parte de su salario (la cifra no está relacionada con el riesgo), y los servicios se le ofrecen a través de contratos que se basan en un presupuesto o mediante pagos por acto.

Se administran por entidades independientes y están vinculadas con el nivel de renta (a mayor ingreso, mayor aportación). Asimismo, puede haber otros copagos a cargo de los usuarios.

En la mayoría de los países, respecto a la atención sanitaria, no es necesario que el paciente esté registrado con un médico de atención primaria para acceder a los especialistas. Los países que implementan este sistema de salud, como en el modelo Beveridge, también disponen de centros sanitarios privados.

### Desventajas

Un inconveniente del modelo Bismarck es que la cobertura no llega al 100%. Los empleados activos y sus familias son los que se benefician de la asistencia, lo cual hace que el sistema sea menos solidario. Esto resulta en la necesidad de establecer redes paralelas de beneficencia para aquellos empleados que no contribuyen.

En circunstancias de crecimiento del desempleo, el sistema puede perder equilibrio al aumentar los gastos y reducir las contribuciones, lo cual es otra desventaja.

Por otra parte, debido a que se requiere una extensa burocracia para administrar el sistema, los costos administrativos son elevados. El gasto en salud es más alto que en el modelo Beveridge.

### Beneficios

Una ventaja del modelo Bismarck es que el usuario tiene más poder en la elección.

Este modelo es el más antiguo y el más sofisticado del mundo, y se basa en la legislación social alemana de 1883.

Que no haya casi listas de espera es otro aspecto positivo. Asimismo, la población muestra un elevado grado de satisfacción.

### *1.2.2 La transición hacia la Gestión por Resultados (1990-2010)*

Durante finales del siglo XX, los sistemas migraron de una administración de "insumos" (cuántas camas y médicos hay) a una administración de "servicios" (cuántas consultas se dan). Este modelo, basado en la oferta, generó ineficiencias críticas: el incentivo era producir más servicios, no necesariamente mejores resultados de salud (5). Durante periodo, la gestión sanitaria se centró principalmente en la optimización de insumos. Se creía que aumentar el número de camas, quirófanos y especialistas resultaría indudablemente en una mejora en la prestación del servicio sanitario. Sin embargo, este enfoque de "Nueva Gestión Pública" descuidó la variabilidad clínica y trajo consigo una serie de herramientas de la empresa privada.

Como señalan Drummond et al. (12), este periodo generó una inflación de costos sin precedentes. El administrador pasó a ser un "controlador de costos" en lugar de un "gestor de salud", lo que llevó a la sobreutilización de servicios diagnósticos y terapéuticos innecesarios (el incentivo era el "pago por acto"). En este caso se dejó que la sostenibilidad económica es sin duda importante en para toda institución de salud. El administrador debe tenerlo presente, pero bajo ninguna circunstancia puede permitirse descuidar la calidad de la atención que se le da al paciente. Teniendo el deber ético y profesional de preservar su bienestar en todo momento.

### *1.2.3 La Era de la Integración y el Valor (2010-2020)*

Antes de la pandemia, la evolución que marcó este periodo es el nacimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). A partir de aquí, el administrador dejó de ver al hospital como una isla y empezó a gestionarlo como un nodo dentro de una red.

Los Lineamientos para Redes Integradas de Servicios de Salud (10) determinan que la fragmentación de los sistemas de gestión sanitaria es la mayor barrera para la eficiencia. La administración moderna debe gestionar cuatro niveles de integración:

1. **Integración Normativa**: Alineación de políticas y marcos legales.
2. **Integración Funcional**: Coordinación de servicios de apoyo (laboratorio, farmacia, finanzas).
3. **Integración Clínica**: Continuidad del cuidado a través de niveles de complejidad.
4. **Integración Sistémica**: El vínculo con los determinantes sociales de la salud.

Este modelo adopta la Triple Meta, que para 2023 se ha expandido a la Cuádruple Meta, incluyendo el bienestar de los profesionales de la salud. Esto debido en buena medida a los escenarios inéditos sucedidos con la pandemia de coronavirus (Covid-19), en la cual se llevó al límite no solo a los sistemas de salud, sino también a los profesionales médico-sanitarios que lo conforman. De acuerdo con la OIT (13), la salud mental de los trabajadores sanitarios es hoy un indicador de gestión tan crítico como la solvencia financiera, dado que el agotamiento del personal (burnout) compromete la seguridad del paciente.

#### *1.2.4 Salud 5.0: La Revolución de la Personalización y la Resiliencia de 2021-2026*

Desde 2021, la evolución se ha acelerado hacia la Salud 5.0, que representa la convergencia entre la tecnología avanzada y el humanismo (7). La misma bien siendo, no solo un cambio tecnológico, sino un cambio de filosofía de gestión. Según Gartner (2024), las tendencias estratégicas para 2025 obligan al administrador a gestionar "activos digitales" con la misma prioridad que los activos físicos (6). Sus características evolutivas son:

- **De la Medicina de Masas a la Personalización Masiva**: Gracias al análisis de datos genómicos y el Big Data, el sistema evoluciona para ofrecer tratamientos preventivos ultra-específicos.

- **Internet de las Cosas Médicas (IoMT)**: el centro de cuidado, está pasando del hospital al hogar con los sistemas contemporáneos. Donde el administrador coordina servicios de telemetría y respuesta rápida con la evoluciona del cuidado hacia el monitoreo remoto (Hospital en Casa). Teniendo el enfoque, en la “gestión por competencias digitales”, como propone Martha Alles se exige una redefinición de las competencias directivas (14).

- Inteligencia Artificial Generativa y Predictiva: la IA generativa no solo procesa datos clínicos, además de que gestiona la logística predictiva. Permitiendo, al administrador anticipar la demanda de urgencias basándose en factores climáticos, epidemiológicos y sociales con semanas de antelación (15). La IA debe utilizarse para reducir el error humano (una de las principales causas de eventos adversos en la administración sanitaria) según señala el Plan de Acción Mundial de la OMS (16).
- Sostenibilidad y Salud Verde: Los sistemas contemporáneos evolucionan para ser ambientalmente responsables, integrando la reducción de la huella de carbono en los indicadores de gestión hospitalaria (7).
- Bioética en la era algorítmica: Finalmente, la evolución técnica debe ir acompañada de una evolución ética. Siguiendo a Diego Gracia (7), la administración de sistemas contemporáneos debe garantizar que la automatización no deshumanice el trato ni genere nuevas formas de exclusión. Es imperativo que se entienda el rol que el ser humano sigue teniendo, como papel central en la realización de políticas sanitarias, siendo el mismo la razón de todo el sistema sanitario. La transparencia en los algoritmos de asignación de citas y recursos es el nuevo campo de batalla de la bioética administrativa, donde el administrador debe ser un auditor en las decisiones que se tomen con las IAs, consientes que las mismas pueden tener sesgos preexistentes.

**Tabla 2.** *Cuadro Evolutivo de los Sistemas*

| Característica | Sistema Tradicional (Siglo XX) | Salud 4.0 (2010-2020) | Salud 5.0 (2021-2026) |
|---|---|---|---|
| Enfoque | Curativo / Oferta. | Preventivo / Demanda. | Predictivo / Valor y Bienestar. |
| Tecnología | Equipos aislados. | Digitalización / Nube. | IA / IoMT / Interoperabilidad total. |
| Paciente | Receptor pasivo. | Usuario informado. | Co-creador de su salud. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gestión | Burocrática / Por silos. | Por procesos / Estratégica. | Basada en datos y Resiliencia. |

*Nota*. Elaboración propia

## 1.3 El administrador como gestor de recursos y servicios

### *1.3.1 El nuevo perfil del gestor: De la burocracia al liderazgo estratégico*

El administrador de servicios de salud contemporáneo actúa como un facilitador crítico que debe equilibrar dos fuerzas a menudo opuestas: la sostenibilidad financiera y la calidad clínica. Un hospital debe ser capaz de sostener económicamente sus actividades, pero no a costa de la vida de los pacientes. Según Malagón-Londoño, la administración hospitalaria es una función de servicio que permite que el acto médico ocurra en condiciones óptimas (1). Sin embargo, en el contexto actual (2021-2026), este rol ha evolucionado hacia la Gestión Basada en la Evidencia (GBE). El administrador ya no decide por mera intuición, esto implica que cada cambio en los flujos de trabajo debe estar respaldado por datos de rendimiento previo o estándares internacionales como los de la Joint Commission International (JCI) (17).

El gestor moderno tiene a su disposición herramientas (algoritmos de IA y Big Data) que le permiten predecir necesidades en lugar de reaccionar ante las crisis. Dicho de otro modo, el administrador no solo gestiona “lo que hay” sino que debe prever “lo que debería haber” para de esta forma trazar una hoja de ruta, que garantice la viabilidad del sistema. Su función principal es la optimización del "rendimiento social" de los recursos, asegurando que cada dólar invertido se traduzca en años de vida ajustados por calidad (AVAC) (5).

Siguiendo a Diego Gracia, el gestor actúa en un nivel intermedio donde debe aplicar el principio de justicia distributiva. Esto significa que el "liderazgo estratégico" consiste en saber decir "no" a ciertas inversiones de baja utilidad clínica para asegurar el "sí" a servicios de alto impacto poblacional (7). Es decir, no tiene sentido invertir en una sala de emergencias de primer nivel, si el hospital no tiene garantizado el servicio de agua por un daño en tuberías internas. Acá es importante, que el administrador posea un criterio de las necesidades y metas que busca

alcanzar, para garantizar el mejor resultado posible tanto para el centro que gestione como para el servicio dado al paciente.

El perfil del administrador moderno, se define por su capacidad para llevar a cabo la estrategia institucional bajo estándares de acreditación internacional. A continuación, se detalla la matriz de funciones estructurada por dominios de calidad y competencias críticas que debe tener el administrador de salud. Para el mismo se tomó como enfoque de Gestión por Competencias de Martha Alles con los Estándares de la Joint Commission International (JCI), transformando así el rol del administrador de un "capataz de recursos" a un "garante de la seguridad y el valor".

**Tabla 3.** *Matriz de Funciones Críticas del Administrador de Salud*

| Dominio JCI (8.ª Edición) | Función Administrativa Específica | Competencia Alles (Conductual y Técnica) | Indicador de Desempeño (KPI) |
|---|---|---|---|
| Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD) | Definir la misión y visión alineada a la seguridad del paciente y asegurar la asignación ética de recursos (17). | **Visión Estratégica:** Capacidad para anticipar tendencias y adaptar la organización (14). | Cumplimiento del Plan Estratégico Institucional. |
| Mejora de la Calidad y Seguridad (QPS) | Liderar el programa de gestión de riesgos y supervisar la reducción de eventos adversos (16). | **Orientación a los Resultados:** Enfoque en la eficiencia y la excelencia clínica (14). | Tasa de eventos adversos prevenibles por cada 1,000 días-paciente. |
| Calificación y Educación del Personal (SQE) | Gestionar el proceso de *Credentialing* (verificación de títulos) y planes de capacitación continua (17). | **Desarrollo del Talento:** Capacidad para potenciar las habilidades del equipo multidisciplinario (14). | Porcentaje de personal con competencias certificadas. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gestión de la Instalación y Seguridad (FMS) | Supervisar el plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y la bioseguridad del entorno (17). | Gestión del Cambio y Crisis: Capacidad de respuesta ante fallos de infraestructura o emergencias (14). | Tiempo medio entre fallas de equipos críticos (MTBF). |
| Manejo de la Información (MOI) | Garantizar la integridad, privacidad e interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (6). | Pensamiento Sistémico: Comprensión de cómo la data fluye y afecta la decisión clínica (14). | Índice de integridad y disponibilidad de datos clínicos. |

*Nota*. Adaptado de varios autores

### *1.3.2 Gestión de recursos financieros y sostenibilidad*

La sostenibilidad no es solo "gastar menos", sino "gastar mejor", en sentido el alcancen que tiene el administrador en el área financiera ha pasado del simple control de costos a la arquitectura financiera. Si se invierte en una nueva maquinaria (Rayos X), se debe tener en cuenta los costos de su mantenimiento y si se tiene el personal calificado para utilizarla, evitando un derroche innecesario de otro modo. El gestor debe tener en cuenta una serie de criterios el uso de recursos:

- Evaluación Económica: De acuerdo con Drummond et al. (12), el administrador debe aplicar estudios de costo-utilidad y costo-beneficio antes de incorporar nuevas carteras de servicios. Con esto no se trata solo de solvencia; más bien, de asegurar la mayor cantidad de años de vida ajustados por calidad (AVAC) a los recursos limitados.
- Microeconomía Aplicada: Según García-Altés, la principal fuente de desperdicio financiero es la variabilidad clínica injustificada y la gestión financiera hospitalaria debe enfocarse en su reducción (9).
- Modelos de Pago de Porter: El administrador debe negociar con las aseguradoras contratos que incentiven la salud del paciente y no la realización de pruebas innecesarias, consiguiendo con esto, liderar la transición hacia el pago por ciclo de cuidado (5).

### *1.3.3 Gestión de recursos materiales y logística resiliente*

La logística sanitaria ha pasado de ser una función de almacén a una de seguridad nacional. Tras la crisis global de suministros de (2020-2022) ocurrida durante la pandemia de Covid-19 redefinió la logística sanitaria (18), entendiendo la estabilidad de la cadena de suministros puede verse comprometida con choques externos, casos como la falta de mascarillas suficientes en centros de salud son ejemplos de ese periodo. El administrador actual gestiona no solo recursos, sino la resiliencia de la cadena de suministro:

- El Modelo de Resiliencia de la OPS: El administrador debe implementar esquemas más dinámicos (Sistemas de Inventario Inteligentes que utilicen Big Data) para predecir picos de demanda estacionales (gripe, enfermedades respiratorias) y mantener el stocks de seguridad necesario, para seguir operando (3,6). Pasando del modelo de "Justo a Tiempo" (Just-in-Time) por el de "Por si acaso" (Just-in-Case) en insumos críticos, manteniendo stocks de seguridad estratégicos (6).
- Cadena de Suministro Ética y Verde: Integrando los objetivos de la OMS (11), la compra de materiales debe seguir criterios de sustentabilidad, reduciendo los plásticos de un solo uso y optimizando la gestión de residuos hospitalarios peligrosos, lo cual también impacta positivamente en los costos operativos a largo plazo (Evitando multas por incumplimientos normativos medioambientales).

### ***1.3.4 Gestión de recursos tecnológicos y transformación digital***

El administrador se convierte en el arquitecto de la Salud 5.0, llevando las nuevas tecnologías a los espacios de atención sanitaria (hospitales). Según Gartner (6), las tecnologías estratégicas como la IA generativa y el IoMT (Internet de las Cosas Médicas) deben estar al servicio de la eficiencia administrativa. Buscando mejorar la atención que se le da a los pacientes. En este sentido responsabilidad de gestor no es comprar tecnología, sino gestionar su adopción:

- Interoperabilidad y Gobernanza: La ciberseguridad se convierte en una función de la seguridad del paciente; algo tan simple, como un sistema caído es un paciente que no

recibe atención oportuna (6,16). Ante esto, se debe garantizar que la Historia Clínica Electrónica sea un activo compartido y seguro.

- Adopción Tecnológica y Curva de Aprendizaje: Según señala Martha Alles, el administrador debe gestionar el reciclaje profesional del personal, para que la tecnología sea una herramienta y no una barrera (14). Acá, no basta con adquirir la tecnología es necesario que existe el personal capacitado para operarla.
- Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS): Decidir qué nuevos equipos o softwares adquirir basándose en su efectividad clínica y no solo en la novedad técnica (12).
- Infraestructura Híbrida: Gestión de espacios físicos que deben convivir con la telemedicina y el monitoreo remoto (14).

#### *1.3.5 El gestor como articulador de servicios*

Más allá de los recursos físicos, el administrador gestiona la cartera de servicios:

- Alineación de la Oferta: Ajustar los servicios del hospital a la epidemiología local (ej. si la población envejece, priorizar geriatría y cuidados paliativos).
- Gestión de Redes: Coordinar con otros centros para derivar pacientes de forma eficiente, evitando que el hospital de alta complejidad se sature con casos que pueden resolverse en atención primaria (3).

**Tabla 4.** *Evolución del Perfil del Administrador de Salud*

| Competencia | Perfil Tradicional (Pre-2021) | Perfil Estratégico (2026) |
|---|---|---|
| Toma de decisiones | Basada en la experiencia y el presupuesto. | Basada en analítica predictiva y Big Data. |
| Enfoque de Costos | Reducción lineal del gasto. | Inversión basada en Valor (Outcome/Cost). |
| Relación Clínica | Separación entre administración y médicos. | Gestión clínica integrada (Gobierno Clínico). |

| | | |
|---|---|---|
| Tecnología | Soporte técnico administrativo. | Eje central de la prestación del servicio. |
| Liderazgo | Autoritario y jerárquico. | Colaborativo y transformacional. |

*Nota*. Elaboración propia

## 1.4 Ética y bioética en la toma de decisiones administrativas

La gestión de servicios de salud se diferencia principalmente de cualquier otra administración industrial en que su materia prima es la vida humana y su fin último es la justicia social. El administrador contemporáneo debe superar la visión de la ética como un cumplimiento normativo puramente legalista y pasar a entenderla como la base de la eficiencia institucional. Ya sea desde el doctor que atiende en urgencias hasta el administrado, cada decisión que tomen tendrá repercusiones, es por esto que la ética como norte es vital. No existe institución de salud que pueda alcanzar sus objetivos, sino tiene presente la ética como guía en cada eslabón de su estructura.

### *1.4.1 De la ética clínica a la ética de la gestión*

Tradicionalmente, la bioética se ha centrado en la relación médico-paciente (microética). Sin embargo, el administrador de servicios de salud opera en otro nivel (mesoética), donde sus decisiones afectan a colectivos y no solo a individuos (7). Según Diego Gracia, la gestión no es una actividad axiológicamente neutra; cada asignación de presupuesto, cada recorte o cada inversión tecnológica implica una jerarquización de valores morales (7).

En la administración contemporánea, los cuatro principios clásicos (Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia) se reinterpretan bajo una lente institucional:

La reinterpretación de los principios bioéticos en la gerencia:

1. Justicia Distributiva (El Eje Rector): No se trata solo de dar a todos lo mismo, sino de asignar recursos según la necesidad y el impacto. Bajo el enfoque de Porter, la

justicia distributiva se materializa al invertir en procesos que generen el mayor valor (resultados/costo) para la población (5).

2. No Maleficencia Administrativa: En este principio, se obliga al gestor a evitar el "daño sistémico". Podemos ver casos como una reducción de personal sin análisis de riesgo según los estándares de la JCI o un error en la cadena de suministros es una violación ética, pues compromete la seguridad del paciente antes de que este llegue al quirófano (16,17).
3. Beneficencia Institucional: Un hospital que quiebra no puede ser beneficioso; por ello, esto se traduce en la búsqueda de la sostenibilidad y la eficiencia financiera como un imperativo ético para garantizar la permanencia del servicio.
4. Autonomía del Paciente en la Gestión: El administrador debe garantizar que el sistema permita la libre elección y el consentimiento informado, no solo como un formulario, sino como un flujo de trabajo respetuoso con la diversidad cultural (3).

**Tabla 5.** *Aplicación de los Principios Bioéticos en la Gestión Administrativa*

| Principio | Aplicación en Clínica | Aplicación en Administración (2026) |
|---|---|---|
| Autonomía | Consentimiento informado del paciente. | Transparencia institucional y rendición de cuentas pública. |
| Beneficencia | Buscar el máximo bienestar del paciente. | Maximizar el impacto de salud poblacional por cada dólar invertido. |
| No Maleficencia | Primum non nocere (No dañar al paciente). | Prevención de riesgos sistémicos y ciberseguridad de datos. |
| Justicia | Acceso igualitario al tratamiento. | Justicia Distributiva: Equidad en la asignación de presupuestos regionales. |

*Nota*. Elaboración propia

### *1.4.2 El dilema de la escasez y la priorización (Post-2021)*

La escasez es la condición natural de la salud pública, pero la postpandemia ha exacerbado la necesidad de marcos de priorización transparentes que permitan surcar imprevistos. Con La crisis sanitaria global, se redefinieron los protocolos de priorización, donde se debe gestionar marcos éticos para situaciones de escasez crítica, por parte del administrador moderno. La correcta toma de decisiones en justa medida puede evitar graves calamidades, más aún ante futuros crisis. La administración debe abandonar la "priorización implícita" (aquella que ocurre por azar o conexiones) por una "priorización explícita" basada en evidencia, como señala la OPS (3).

- Utilidad Social vs. Utilidad Clínica: El administrador debe elegir, entre invertir en programas preventivos de base ancha o en una tecnología de alto costo para pocos pacientes. Siguiendo a Drummond et al. las herramientas de evaluación económica (Costo-Utilidad) son instrumentos éticos que permiten objetivar estas decisiones, reduciendo la arbitrariedad (12).
- Ética de la Sostenibilidad: Administrar de forma ineficiente se considera una falta ética, ya que el desperdicio de recursos en un área priva de atención a otros sectores del sistema (3).

### *1.4.3 Ética algorítmica y gestión de datos (2024-2026)*

Con la integración de la IA y el Big Data, la ética administrativa se expande al campo algorítmico. Ya no hablamos solo de proteger espacios físicos (hospitales) sino de información sensible (el robo de historiales médicos en un hospital por hackers) que de ser mal utilizada puede causar graves daños. Según las tendencias de Gartner (6) para 2025, el administrador debe gestionar la "veracidad de los datos" como un activo ético.

El administrador es responsable de la integridad de los algoritmos que apoyan la toma de decisiones:

- Sesgos en IA: La auditoría ética de algoritmos es una función de la alta gerencia, donde el administrador deberá auditar éticamente estas herramientas, con el fin

de evitar la exclusión de poblaciones vulnerables (15). La OMS advierte que, si los datos de entrenamiento están sesgados, los algoritmos de gestión pueden perpetuar desigualdades (16) .

- Privacidad y Confidencialidad: la intimidad como un derecho humano fundamental, requieren niveles de ciberseguridad que protejan la «huella digital» del paciente por parte del gestor. Su protección (Ciberseguridad) no es solo un tema técnico, sino la salvaguarda de la intimidad y la autonomía personal (19).

#### *1.4.4 Humanización de la Gerencia*

El administrador moderno debe liderar una “humanización técnica” de los procesos administrativos. Donde el alcance ético crítico en 2026 sea el valor de la vida humana (de pacientes como del personal a su cargo). De nada sirve tener una estrategia optima en la gestión de un hospital, si al final no se cuida el valor humano que se le da a los pacientes, así como el personal que labora en la instalación. Esto implica que el gestor no debe ver "números de cama" o "costos por día-estancia", sino personas en situación de vulnerabilidad, teniendo presente que el verdadero valor de una está en preservar la vida y asistir al paciente y a sus familiares en situaciones críticas (Un diagnóstico oportuno en sala de emergencias a un paciente de accidente vehicular o la calma los familiares cuando las circunstancias lo requieran) esto puede hacer la diferencia en la calidad humana que se presta. Según señala Martha Alles (14), esto requiere competencias de liderazgo ético, que transformen la cultura organizacional.

- Cultura No Punitiva (Just Culture): Es un deber ético del administrador, crear un entorno donde el personal pueda reportar errores sin miedo al castigo; esto teniendo en cuenta que, ocultar un error por miedo es el mayor riesgo para la seguridad del paciente. Siguiendo como referencia el Plan de Acción Mundial de la OMS (2021-2030) (16).

- Transparencia y Conflictos de Intereses: Deben existir códigos de conducta estrictos, para llevar la relación con la industria farmacéutica y tecnológica. La integridad en las compras públicas, es el primer paso para combatir la ineficiencia que drena los fondos de salud (1,17).

Matriz Evolutiva: Ética Tradicional vs. Bioética Digital

La transición hacia la Salud 5.0 exige que el administrador gestione no solo la relación entre personas, sino la interacción entre humanos y algoritmos; esta última que dará mucho de que aprender medida que evolucione la tecnología en el área de la salud. La siguiente tabla desglosa estas diferencias fundamentales:

**Tabla 6.** *Comparativa de Paradigmas Éticos en la Gestión Sanitaria*

| Dimensión Ética | Ética Tradicional (Analógica/Microética) | Bioética Digital (Salud 5.0 / Mesoética Digital) | Fuente de Referencia |
|---|---|---|---|
| Foco de Intervención | La relación clínica individual (Médico-Paciente). | La gestión de poblaciones y cohortes de datos (Sistémica). | Diego Gracia / OMS |
| Modelo de Consentimiento | Episódico y específico (Firmar para una cirugía o examen). | Dinámico y continuo (Gestión de flujos de datos y privacidad) (11). | OMS / Gartner |
| Naturaleza del Dato | Registro físico o digital estático (Historia Clínica). | Activo estratégico, predictivo y "eterno" en la nube (6). | Gartner |
| Principio de Justicia | Equidad en el acceso físico al hospital o tratamiento. | Equidad Algorítmica: Prevención de sesgos en la IA que excluyan minorías (11). | OMS |
| Responsabilidad (Accountability) | Responsabilidad profesional individual (Mala praxis). | Responsabilidad compartida: Desarrollador, Algoritmo y Administrador (6). | Gartner |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Privacidad | Secreto profesional (Confidencialidad del consultorio). | Soberanía del Dato: Ciberseguridad y protección contra el "Data Mining" ético (11,16). | OMS / JCI |
| Toma de Decisiones | Juicio clínico basado en experiencia y protocolos físicos. | Decisión Aumentada: Uso de analítica predictiva e IA generativa para la gestión (6). | Gartner |

*Nota*. Adaptado de múltiples autores

2

# Planificación Estratégica en Instituciones de Salud

# CAPÍTULO 2.

## PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN INSTITUCIONES DE SALUD

Yanedsy Díaz Amador, Carla Julia Suárez Rivera, Nancy Margarita Domínguez Rodríguez, Karen Raquel Castillo Mantilla, Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa, Karla Alejandra Briones Jara, Cecilio Jacinto Vera Núñez y Luis Alberto Salazar Guashpa.

### 2.1 Análisis situacional y diagnóstico de salud

El análisis situacional viene siendo el proceso analítico que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud de una población y la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Es la forma con la que se puede entender, que enfermedades son más propensas de ‘’atacar’’ a una comunidad en un [periodo de tiempo de terminado (brotes de gripe o dengue en temporada de lluvias). En la administración actual, este diagnóstico es un "organismo vivo" que se alimenta de datos constantes para reducir la incertidumbre en la toma de decisiones estratégicas, entendiendo que existen patrones que pueden obviarse para el ojo humano, pero pueden ser evidentes para estas herramientas. Por ejemplo, la detección temprana de un aumento en los casos de una patología en una zona determinada, que a simple vista no parecían relacionados puede evitar una epidemia. Es por ello, que resulta vital para el administrador entender los procesos y alcances que tiene el análisis situacional y de diagnóstico, siendo estos una de sus mejores herramientas en la optimización de toma decisiones.

Para ejecutar una un correcto análisis situacional es necesario que el administrador comprenda el punto de partida del mismo. Debe preguntarse ¿por qué es necesario? ¿Cuáles son los mejores métodos para ejecutarlo?

Al partir de ahí, se puede desmenuzar cada etapa del proceso y entender cómo influye en la toma decisiones, que criterios priorizar y si se alinea o no con los objetivos que se ha trazado alcanzar. Como se verá en este capítulo, se le brindará al administrador una visión más amplia de la evolución del diagnóstico propiamente, a como analizar el entorno bajo criterios objetivos (y encaminados a las metas de la institución). No es solo ver lo que hay delante del camino, sino entender lo que lo ha llevado hasta hay, en este aspecto resulta crucial entender

los desafíos que se le presentaran en la gestión, desde la compresión de sus riesgos institucionales que pueda haber hasta los límites de acción (capacidad instalada contra demanda real de resultados).

El administrador se convierte en un estratega que debe liderar ante escenarios inciertos y cambiantes, que le exigirán respuestas oportunas y decisiones informadas. Un administrador no puede actuar por impulso sin conocer todo el panorama, así como un doctor no puede opera a ciegas en un quirófano.

### *2.1.1 La evolución del diagnóstico: Del ASIS al Big Data Sanitario*

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es la herramienta técnica fundamental para la planificación estratégica, con la que se brida una visión más completa. Aunque tradicionalmente, se centraba en tabular nacimientos y defunciones, su rol ha evolucionado con el paso del tiempo uno más integral en la condición de los pacientes (1). Es necesario entender que enfermedades se ven con más frecuencia en la población cercana al centro de salud, para entender sus causas y preparase mejor para posibles brotes epidémicos.

Bajo el marco renovado de la OPS (3) el diagnóstico actual integra los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para entender por qué enferma la población adscrita al centro. La implementación de dicha herramienta le brinda al administrador, una visión mucho más amplia de las necesidades y carencias que pueda tener la población de su entorno, teniendo con esto una forma de prever necesidades futuras. Luego de la pandemia mundial (Covid-19) se dejó de manifiesto, que toda buena gestión sanitaria debe ver más allá (de lo que se sucede día a día) y entender que le se va requerir a mediano plazo.

En la era de la Salud 5.0, el administrador ya no espera al cierre del año para ver estadísticas. Tiene a su alcance tablero de mando (dashboards) de inteligencia de negocios que procesan datos en tiempo real de la historia clínica electrónica, permitiendo detectar brotes epidemiológicos o cambios en la demanda de servicios de forma inmediata (7). Es claro que nadie puede predecir el futuro (nadie espera que el administrador lo consiga), pero si se pueden entender los cambios que ocurren, con la información disponible. Analizar eventos previos

que pudieran dilucidar una guía a seguir en caso de ocurrir hechos similares (o de mayor envergadura). Un repunte en los casos de dengue o gripe aviar, puede tratarse a tiempo y de ocurrir tendencias similares en un futuro tomar medidas. Teniendo conciencia de todo esto, el administrador pasa de un ser sujeto pasivo (acción/reacción) a uno proactivo y previsor (Estrategia/resiliencia). Retomado el ejemplo de los brotes de dengue, si se sabe que en una región los casos aumentan con la llegada de las lluvias, se pueden tomar acciones preventivas desde campañas de concientización a la comunidad para la proliferación de los sancudos portadores hasta jornadas de vacunación. Para la salud de la comunidad y evitar el colapso de los centros de salud, ante brotes epidémicos la mejor solución es la prevención. La clave del éxito en la administración sanitaria va de la mano con preparación constante e informada de los eventos en su entorno.

### *2.1.2 El Análisis del Entorno: Metodología PESTEL-Salud*

Para una planificación robusta actualmente, se hace necesario que el administrador vea más allá de los muros del hospital. Entendiendo que el mejor modo de prepararse ante las necesidades sanitarias de su población circundante, no se puede hacer una estrategia sobre un terreno que se desconoce. En este aspecto, conviene tener una visión más completa de los eventos alrededor del centro de salud. El hospital ya no se ve como una "isla", sino como parte de una comunidad viva.

El análisis PESTEL permite identificar factores externos críticos:

- Político: El administrador debe prever cambios en los modelos de contratación estatal, que puedan afectar (una u otra forma) el flujo de caja. Analizando, la estabilidad del marco regulatorio sanitario y las políticas de cobertura universal.
- Económico: La inflación de los dispositivos médicos y medicamentos suele ser superior a la inflación general; es por ello, vital monitorear el Índice de Precios al Consumidor en Salud de forma periódica. Lo que exige, una planificación financiera que contemple la volatilidad cambiaria en la importación de tecnología (9,12).

- Social: Se hace necesario, rediseñar la cartera de servicios hacia la atención domiciliaria y paliativa. Ante, el cambio en la pirámide poblacional (envejecimiento), sumado a la prevalencia de enfermedades crónicas (como la diabetes e hipertensión) (11).
- Tecnológico: Evaluación de la brecha digital. El diagnóstico debe identificar si la población tiene la madurez tecnológica para servicios de telemedicina, evitando que la tecnología se convierta en una barrera de acceso (6).
- Ecológico: La "Salud Verde". Las instituciones deben diagnosticar su huella de carbono y su gestión de residuos peligrosos. Según la OMS, la sostenibilidad ambiental es hoy una dimensión de la calidad hospitalaria (11).
- Legal: Cumplimiento de estándares de acreditación internacional (JCI) y normativas de seguridad del paciente. El riesgo de litigios médicos debe ser cuantificado como una contingencia financiera (17).

### *2.1.3 Diagnóstico Interno: Capacidad Instalada vs. Demanda Real*

A la hora de administrar un centro hospitalario surge una cuestión tarde o temprano ¿Qué hacer ante recursos limitados contra necesidades en constante aumento? Si bien es cierto que esta pregunta se aplicaría a otras áreas de la administración, en el concreto de la administración sanitaria tiene una variable de peso. La vida humana, acá decisión por pequeña que parezca puede tener grandes repercusiones en la vida de las personas. Recorta horarios de atención en la plantilla de un especialista o ya no tener camas disponibles en la UCI puede significar la vida o la muerte de un paciente, es por ello que se tiene que tomar con la debida seriedad corresponde el uso que se le da a los recursos.

El administrador debe tener un claro entendimiento de los recursos que dispone y las necesidades que su entorno demanda. El diagnóstico debe cruzar la oferta (recursos disponibles) con la demanda (necesidades de la población). Esta tarea es desafiante y requiere que se tomen en cuenta criterios claros y objetivos para llevarlas a cabo.

- Análisis de Brechas (Gap Analysis): Identificación de la distancia entre la capacidad actual y los estándares de calidad deseados, saber dónde faltan especialistas o equipos críticos para cumplir con la misión institucional. Según Martha Alles, este análisis debe

incluir la brecha de talento humano: ¿Contamos con las competencias necesarias para la nueva estrategia? (14).

- Indicadores de Gestión Hospitalaria (Malagón-Londoño): Es labor del administrador determinar la eficiencia en el uso de los recursos físicos para detectar cuellos de botella en servicios críticos como Urgencias o UCI. Tenido énfasis en:
  - ◊ Giro de Cama: Un giro bajo, indica ineficiencias en el alta o procesos diagnósticos lentos; los mismos, pueden significar un mal uso de recursos al momento.
  - ◊ Promedio de Estancia: Cada día de estancia innecesaria, aumenta el riesgo de infecciones asociadas a la salud (IAAS) y eleva los costos operativos. Es por esto, que resulta importante saber el "promedio de estancia" de los pacientes, siendo una métrica crítica para la sostenibilidad (1).
- Matriz EFI y EFE (Evaluación de Factores): El diagnóstico interno debe evaluar las fortalezas y debilidades para construir una Matriz FODA Dinámica. El objetivo es cruzar fortalezas con oportunidades (Estrategias Ofensivas) y debilidades con amenazas (Estrategias de Supervivencia) (20). Hay saber identificar ¿dónde mejorar y por qué? Evitando así poner en riesgos innecesarios a los pacientes y garantizando una atención de calidad.

#### *2.1.4 Identificación de Riesgos Institucionales (2024-2026)*

Un diagnóstico situacional moderno está incompleto sin una adecuada Gestión de Riesgos. Saber identificar adecuadamente los riesgos internos en un centro hospitalario, viene a ser como una "póliza de seguro" ante desastres, teniendo con ello la capacidad de evitar daños mayores a la institución y proteger la vida del paciente. No es lo mismo disponer de un plan genérico de gestión de riesgos, que uno personalizado para las diversas particularidades que puede tener un hospital. Ya sea, si tiene o no planta eléctrica a la hora de un corte de energía o si poseen banco de sangre a la hora de recibir pacientes en sala de urgencias. Conocer ese tipo de fortalezas o debilidades le permiten al administrador diseñar una mejor estrategia a seguir. La planificación estratégica incluye obligatoriamente la gestión

de riesgos de desastres y riesgos biológicos masivos, asegurando la continuidad operativa ante futuras crisis globales (6).

Siguiendo el Plan de Acción Mundial de la OMS (21), las instituciones deben mapear sus vulnerabilidades:

- Riesgos Clínicos: Eventos adversos, como fallos en la seguridad del paciente y brotes intrahospitalarios.
- Riesgos Operativos: Fallos en el suministro eléctrico, rotura de la cadena de frío para vacunas o desabastecimiento de insumos críticos.
- Riesgos Reputacionales y Financieros: Impacto de la insatisfacción del usuario en la viabilidad a largo plazo.

Hay que tener claro que los imprevistos pueden ocurrir, que los desastres pueden llegar sin aviso y alterar todo el sistema (eso no se puede cambiar). LO que si se pude hacer es reducir riesgos, evaluar las debilidades y fortalezas que posea el centro de salud y amortiguar los impactos cuando ocurran.

El administrador debe diseñar un Mapa de Calor de Riesgos, priorizando aquellos con alta probabilidad de ocurrencia y alto impacto (epidemias o destres naturales). Este mapa es la base para el Plan de Continuidad del Negocio (BCP), asegurando que la institución pueda operar incluso en escenarios de crisis (3,17).

**Tabla 7.** *Comparativa de Herramientas de Diagnóstico Estratégico*

| Herramienta | Enfoque Principal | Aplicación Administrativa (2026) |
|---|---|---|
| ASIS (Actualizado) | Perfil epidemiológico y social. | Definición de la cartera de servicios según la población. |
| PESTEL | Entorno externo macro. | Anticipación a cambios regulatorios y tecnológicos. |

| | | |
|---|---|---|
| FODA / SWOT | Situación interna vs externa. | Formulación de estrategias de crecimiento o defensa. |
| *Benchmarking* | Comparación con mejores prácticas. | Mejora de estándares de calidad frente a la competencia. |

*Nota*. Elaboración propia

## 2.2 Diseño de objetivos y metas operacionales

La formulación de objetivos es el puente entre el análisis situacional y la ejecución táctica, en donde el administrador cruza la viabilidad financiera con la responsabilidad ética sobre la vida humana. En la administración de servicios de salud, los objetivos no pueden ser estáticos e inamovibles (como una montaña); sino que la misma, debe poseer la flexibilidad suficiente para adaptarse a cambios bruscos (como el fluir de un río) y la rigidez necesaria para garantizar la seguridad clínica (1,20). Para un centro de salud es indispensable tener objetivos claros ya alcanzables, de nada que se tengan metas ambiciosas en el papel sino se pueden llevar a materializar por falta de recursos financieros o la llegada de algún imprevisto (como un desastre natural). Es aquí donde el administrador debe tener presente que una estrategia flexible, saber a qué metas se pude renunciar ante una contingencia y cuáles no.

El administrador hoy en día requiere no solo una sólida formación técnico-profesional, también es indispensable que cuente con una ética profesional de más alto nivel a la hora de definir los objetivos. Si el capitán de un barco apunta la norte su timón hacia allá ira toda su tripulación; de la misma forma, toda la estrategia que seguirá la institución, se guiará a partir de la jerarquía de prioridades que se tenga desde la dirección. Si en un hospital se prioriza siempre la seguridad del paciente por encima de todo, no se puede pretender que el personal que labora hay tendrá una forma de actuar diferente a la que promueve desde arriba.

Por todo esto es necesario preguntarse ¿Qué valores éticos tendrá la gestión? ¿Qué criterios usara el administrador en su toma decisiones? A partir de ahí, se podrá trazar una hoja de ruta

que permita alcanzar los objetivos institucionales de sostenibilidad financiera y un servicio sanitario de calidad para el paciente.

### *2.2.1 De los objetivos estáticos a los OKR (Objectives and Key Results)*

En la planificación de objetivos tradicionalmente las instituciones de salud diseñaban planes con objetivos a largo plazo (5 a 10 años) que a menudo quedaban obsoletos antes de su cumplimiento. Ya sea por cambios en las regulaciones sanitarias o nuevas tecnologías que irrumpe en el escenario de salud, era absurdo pretender que un plan resista intacto, sin adaptaciones en el camino. Ante la incapacidad por trazar estrategias que llevaran a óptimos resultados con el anterior modelo, surgió la imperiosa necesidad de tener un modelo más flexible y adaptable. En el entorno BANI (Frágil, Ansioso, No lineal e Incomprensible) de la postpandemia, el modelo de OKR permite una gestión dinámica (11).

- Objetivos (Aspiracionales): Deben ser cualitativos y motivadores. Definen el "qué" queremos lograr. Siguiendo a Porter, un objetivo de alto nivel sería: "Consolidar una Unidad de Práctica Integrada (IPU) de excelencia en el manejo de la insuficiencia cardíaca" (5).
- Resultados Clave (Métricas de Éxito): Son indicadores cuantitativos que determinan el "cómo" sabemos que estamos llegando. De nada sirve tener objetivos claros si los mismos no son viables de llevar a la realidad, estos deben ser ambiciosos pero realistas. Por ejemplo:

    1. Reducir la tasa de reingreso a 30 días en un 15% mediante el programa de monitoreo remoto.
    2. Alcanzar un puntaje de satisfacción del paciente (NPS) superior a 90 en el ciclo de cuidado ambulatorio.
    3. Optimizar el costo por ciclo de tratamiento en un 10% sin afectar la tasa de complicaciones (5,16).

### *2.2.2 El criterio SMART y la Microgestión Sanitaria*

Aunque los OKR marcan el rumbo estratégico, las metas operacionales de cada servicio deben regirse por el criterio SMART. La cual vendría a ser la metodología que se una para determinar que los objetivos sean claros y alcanzables en el tiempo. Su implementación adecuada le permite al administrador optimizar los recursos disponibles, mejorar la calidad del servicio al paciente y medir los rendimientos alcanzados en el trayecto, garantizando que las metas trazadas sean realistas y orientadas a resultados concretos. Esto es vital para evitar la ambigüedad que genera errores asistenciales, un hospital puede desperdiciar recursos críticos como personal calificado o insumos en un área que no los requiera, privando con ello a los pacientes que si los necesitan. Esto termina causando perdidas tanto financieras para la institución, como de potenciales vidas humanas.

Ante esto el método SMART surge como una respuesta llevar el correcto uso del recurso de un centro sanitario, dando al administrador las herramientas necesarias para llevar a cabo dicha tarea.

Los componentes que conforman al criterio SMART serian:

- Específicos (*Specific*): En salud, la especificidad salva vidas. En lugar de "mejorar la higiene", la meta debe ser: *"Incrementar la adherencia al lavado de manos en la Unidad de Cuidados Intensivos"*.
- Medibles (*Measurable*): Siguiendo a Malagón-Londoño, el control administrativo es imposible sin métricas de productividad y calidad (1). Entendiendo que, toda meta debe tener un numerador y un denominador claros.
- Alcanzables (*Achievable*): Las metas deben considerar el talento humano disponible y la capacidad instalada. Una meta inalcanzable, generara eventual mente agotamiento (*burnout)* y desmotivación según los informes de la OIT (13).
- Relevantes (*Relevant*): Deben tener alineamiento, con la misión institucional y la seguridad del paciente para tener éxito.

- A Tiempo (*Time-bound*): Definición de tiempos claros (trimestrales o semestrales) para la rendición de cuentas.

En la siguiente matriz se desglosa de forma ilustrada los objetivos tácticos que el administrador debe supervisar para garantizar la alineación entre la eficiencia financiera y la seguridad clínica.

**Tabla 8.** *Metas SMART y Tablero de Control por Servicio (2024-2026)*

| Servicio | Objetivo SMART (Específico, Medible, Alcanzable, Relevante, a Tiempo) | Indicador de Seguimiento (KPI) | Justificación Estratégica / Impacto |
|---|---|---|---|
| Urgencias | Reducir el tiempo promedio entre el Triage y la primera atención médica de 45 a 20 minutos en pacientes nivel 2 y 3, en un plazo de 6 meses. | TAT (Turnaround Time): Tiempo Triage - Médico. | Mejora de la experiencia del paciente y reducción de complicaciones por demora (1). |
| Quirófano | Incrementar la tasa de ocupación de salas de cirugía del 72% al 85% mediante la reducción del tiempo de recambio (*turn-over*) entre cirugías a menos de 25 minutos para finales de 2025. | % Ocupación / Tiempo de Recambio. | Optimización de la capacidad instalada y aumento de la rentabilidad del bloque quirúrgico (5). |
| UCI | Disminuir la tasa de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), específicamente neumonía asociada a ventilación, en un 15% anual mediante el cumplimiento estricto del "*bundle*" de cuidados. | Tasa de IAAS por 1,000 días-ventilador. | Reducción del promedio de estancia y de los costos por complicaciones evitables (16). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Farmacia | Reducir los errores de dispensación de medicamentos de alto riesgo en un 95% en los próximos 12 meses, mediante la implementación de escaneo de código de barras a pie de cama. | Tasa de Errores de Medicación. | Cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) de la JCI (17). |

*Nota*. Adaptado de múltiples autores

1. ***Urgencias: La gestión del flujo de pacientes (Patient Flow)***

En el servicio de Urgencias, la meta SMART de reducción de tiempos no es solo una métrica de satisfacción. Según los lineamientos de la OPS (3), la saturación de los servicios de urgencias es un riesgo para la resiliencia del sistema. El administrador debe implementar herramientas como el "*Hospital Flow*", donde se coordina el egreso oportuno de pisos para liberar camas y evitar el "bloqueo de urgencias". Esto requiere una alineación horizontal crítica entre los servicios asistenciales y los administrativos.

2. ***Quirófano: La Eficiencia de Porter aplicada al bloque quirúrgico***

La meta de aumentar la ocupación al 85%, debe leerse bajo la lente de la “Gestión de Valor”. Si el quirófano aumenta su volumen a costa de la seguridad, el valor disminuye. Por lo tanto, el administrador debe supervisar que el aumento de la productividad quirúrgica no incremente la tasa de reingresos no programados a cirugía, lo cual es un indicador de falla en el valor clínico (5).

3. ***UCI: El costo de la cronicidad crítica***

La reducción de las IAAS en la UCI tiene un impacto financiero masivo. Según Drummond et al., tratar una infección nosocomial puede triplicar el costo de la estancia hospitalaria original. La meta SMART aquí se convierte en un imperativo de Justicia Distributiva: cada día ganado por una mejor gestión del riesgo en UCI es un recurso que queda disponible para otro paciente en lista de espera (7,12).

4. ***Farmacia: Gestión de Riesgos e IoMT***

La meta de reducción de errores de dispensación, se apoya en la integración de dispositivos de infusión inteligentes y sistemas de farmacia automatizados (Salud 5.0) que permiten al

administrador pasar de una gestión reactiva a una proactiva. Siguiendo a Gartner (6), el uso de analítica de datos en farmacia permite además predecir el desabastecimiento de insumos críticos antes de que afecte la operación.

### *2.2.3 Despliegue de metas: Metodología Hoshin Kanri (Catchball)*

Como en toda organización la dirección Gestión sanitaria corre el riesgo de que sus estrategias instruccionales “fallezcan” en el proceso de su ejecución. No por un evento externo o fortuito necesariamente, sino por un mal manejo de la cadena de mando de administración, en el que, la visión de la alta dirección se termina perdiendo entre los mandos medios.

Una mala implementación de un procedimiento de atención por el desconocimiento del personal o la falta de directrices claras de los mandos medios (Directores de área) pueden conducir al desastre. Ante esto, surge la necesidad de tener contramedidas que permitan evitar (en la medida de lo posible) que los objetivos institucionales no se cumplan. El Hoshin Kanri (15) propone un proceso de "Catchball" (ida y vuelta), donde los objetivos se negocian entre niveles jerárquicos para asegurar su viabilidad operativa.

- ◊ Alineación Vertical: Garantiza que los objetivos de la dirección general se desglosen en metas tácticas para cada jefatura de servicio.
- ◊ Alineación Horizontal: Es la ruptura de los "silos" hospitalarios. Por ejemplo, la meta de "Reducir el tiempo de espera en Urgencias" no es solo responsabilidad de los médicos de guardia; requiere la alineación horizontal con el laboratorio (tiempos de respuesta), farmacia (dispensación ágil) y servicios generales (limpieza rápida de camas para ingresos) (3).

### *2.2.4 Metas basadas en Valor y la "Cuádruple Meta" (2021-2030)*

El diseño de metas contemporáneo debe trascender el enfoque puramente financiero y ver a la implementación del servicio sanitario con un rol más humano. La calidad humana en la atención sanitaria, es algo que debe tenerse presente como parte central en la recuperación de un paciente y no solo como algo aspiracional. Donde el cuidado se tome como enfoque principal, el cuidado optimo y de calidad al paciente. Siguiendo el Plan de Acción Mundial

para la Seguridad del Paciente de la OMS (16), las metas operacionales se agrupan hoy en cuatro dimensiones críticas:

- Resultados Clínicos (Valor para el Paciente): Metas enfocadas en la supervivencia, la funcionalidad y la reducción del dolor tras el tratamiento.
- Eficiencia de Procesos (Sostenibilidad): Optimización del uso de recursos, reducción de desperdicios clínicos (pruebas innecesarias) y gestión del giro de cama (1).
- Experiencia del Paciente (Humanización): Medición de la empatía, la comunicación clara y el respeto a la autonomía según los principios de Diego Gracia (7).
- Bienestar del Personal (Resiliencia Humana): La cuarta meta añadida recientemente tras los sucesos de la crisis sanitaria global (Covid-19) donde se llevó al límite de sus capacidades al personal de salud. Un administrador exitoso diseña metas que incluyan la reducción del estrés laboral y el desarrollo de competencias de sus colaboradores (14).

**Tabla 9.** *Tipología de Metas en la Administración Sanitaria Moderna*

| Nivel | Tipo de Meta | Ejemplo de Indicador (KPI) | Frecuencia de Revisión |
|---|---|---|---|
| **Estratégico** | Impacto y Valor. | % de supervivencia ajustada por riesgo. | Anual / Semestral. |
| **Táctico** | Eficiencia de Procesos. | Tiempo promedio de estancia hospitalaria. | Mensual. |
| **Operativo** | Productividad y Seguridad. | Cumplimiento de higiene de manos. | Semanal / Diaria. |

*Nota*. Elaboración propia

### 2.3 Estructura y diseño organizacional en hospitales y centros de salud

La estructura organizacional en la administración sanitaria, ha ido evolucionado a lo a largo del tiempo, dejando de ser un marco rígido a transformarse en un sistema adapta-

tivo. La administración moderna entiende que "la estructura sigue a la estrategia" (Alfred Chandler); por tanto, si la estrategia es el valor para el paciente, el diseño debe romper los silos departamentales tradicionales (1). Si un paciente ingresa de emergencias a un centro asistencial y requiere cirugía o trasfusión de sangre, se requiere que agilice la respuesta y no que se demore por burocracias internas entre departamentos. El administrador realiza esta labor con el objetivo de crear sistemas de atención más dinámicos, capaces de brindar una atención al paciente eficiente y de calidad, teniendo presente que una respuesta oportuna puede significar salvar una vida.

### *2.3.1 Del organigrama vertical a la Gestión por Procesos*

La estructura tradicional de los hospitales (vertical y fragmentada por especialidades médicas) ha fallado en el cuidado del paciente frente a enfermedades crónicas complejas. Un paciente que ingrese por una afección cardiaca puede complicarse y requerir atención de otro especialista (Rayos x o bioanálisis), ante la estructura tradicional del se vuelve un obstáculo en dar una respuesta oportuna. En el diseño organizacional contemporáneo (2021-2026) se propone pasar a una estructura trasversal, donde prioriza la “gestión por procesos”, donde la estructura se adapta al "viaje del paciente" (*Patient Journey*) (1).

- Unidades de Práctica Integrada (IPU): Siguiendo a Michael Porter, el hospital debe organizarse en torno a condiciones médicas (ej. IPU de Diabetes, IPU de Cáncer de Mama). En este modelo, el diseño estructural no agrupa a los médicos por su especialidad (Silo de Medicina Interna), sino por el valor que aportan al proceso del paciente. Esto reduce tiempos de espera y duplicidad de exámenes (5).
- Gestión por Procesos (BPM): El administrador debe mapear el *Patient Journey* (Viaje del Paciente) y diseñar la estructura de la organización como una cadena de valor. Según Malagón-Londoño, los procesos se dividen en:

    1. Procesos Estratégicos: Dirección y planeación.
    2. Procesos Misionales: Atención clínica directa (urgencias, cirugía).
    3. Procesos de Apoyo: Logística, farmacia, mantenimiento.
    4. Procesos de Evaluación: Auditoría y calidad (1).

### *2.3.2 El concepto de "Hospital Líquido" (2024-2026)*

Uno de los avances más disruptivos en el diseño organizacional actual es el “Hospital Líquido”. En donde se rompe con el esquema clásico que limita al hospital y sus servicios únicamente a su espacio físico, pasando a estar un esquema más flexible y dinámico en la atención hacia el paciente. Un ejemplo anticipado de esto lo podemos apreciar durante la pandemia, donde a raíz de la sobre saturación de hospitales, los doctores dieron consultas y diagnósticos a través de medios electrónicos (telemedicina) a muchos de sus pacientes. Rompiendo así el esquema tradicional.

Esto se consigue a través de la implementación sistemática de las nuevas tecnologías (Telemedicina y las IAs de diagnóstico).

- Descentralización: Servicios que antes requerían hospitalización física ahora se gestionan mediante hospitalización domiciliaria apoyada en telemonitoreo (IoT) (14). En este esquema el administrador gestiona una nueva estructura de atención donde el “hospital” puede la casa el mismo paciente. Según Gartner (6), esto requiere una Gobernanza de Datos centralizada que actúe como el nuevo "sistema nervioso" de la institución.
- Estructura Ágil: La organización ya no es un edificio, sino una plataforma de servicios en este sentido los centros de salud de atención primaria funcionen como "nodos" de la organización principal, eliminando la jerarquía rígida y permitiendo una toma de decisiones más ágil en el punto de cuidado integral del paciente (14).

### *2.3.3 Gobierno Clínico y Autonomía de Gestión*

El diseño estructural moderno otorga a los jefes de servicio una mayor autonomía de gestión, convirtiéndolos en "gestores clínicos". Esto quiere decir, que los médicos asumen responsabilidad directa sobre el presupuesto y la calidad de sus unidades (se les da voz y voto en las decisiones). Con esto se rompe de manifiesto la separación tajante que existía entre "quien gasta" (médico) y "quien paga" (administrador).

- Modelos de Cogestión: El jefe de servicio clínico es ahora un cogestor que responde por la Cuádruple Meta (resultados clínicos, costos, experiencia del paciente y bienestar

del equipo) (9). Acá, las jefaturas de servicio se convierten en unidades de gestión con presupuesto propio.

- Comités Interdisciplinarios: Según los estándares de la JCI (GLD), se debe crear un organigrama para institucionalizar comités permanentes de Bioética, Farmacia y Terapéutica, y Seguridad del Paciente. Estos comités no son solo consultivos, sino órganos de gobierno con poder de veto sobre procesos que arriesguen la calidad (17).

Con la implementación de estas mediadas en la gestión sanitaria, se busca que exista una armonía entre las cadenas de gestión institucional. Permitiendo una mayor cohesión en la realización de las estrategias organizacionales y en el alcance de los objetivos que se han propuesto en la institución. Al existir mayor comunicación entre las cadenas de mando administrativas (altas y medias), se puede identificar con mayor presión las carencias o fortalezas que se presentan en la implementación de la estrategia organizacional.

### *2.3.4 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*

De la misma forma que existe una estructura organizacional hospitalaria (micro), a nivel macro, el diseño organizacional se extiende fuera del hospital para formar parte de una red regional. La OPS (3) define estas estructuras como organizaciones que prestan servicios equitativos a una población definida, rindiendo cuentas por sus resultados clínicos y financieros. Con esto se quiere señalar que el hospital deja de ser una “isla” y pasa ser un “nodo” en una red mucho más amplia (regional y nacional) cuyo fin es garantizar la salud integral de su población.

1. Integración Funcional (Centros de Servicios Compartidos): Las redes de hospitales diseñan estructuras donde la contabilidad, las compras y la tecnología se centralizan en un solo "Hub Administrativo"; permitiendo con esto, que cada hospital se enfoque exclusivamente en la atención clínica (3).
2. Interoperabilidad Organizacional: El diseño organizacional debe garantizar que el paciente transite por la red sin barreras burocráticas. Además, esto implica que la estructura legal y administrativa debe permitir la circulación de profesionales y recursos entre diferentes niveles de complejidad (Atención Primaria a Especializada) según señala la OPS (3).

El administrador sanitario actual, debe ser un facilitador en las trasformaciones necesarias dentro de su organización par a tener una estructura capaz de brindar soluciones más rápidas y dinámicas ante la atención del paciente. La eficiencia de una organización pasa siempre por una dirección clara y estrategia flexible, que le permitirá alcanzar sus metas. El administrador se vuelve en pieza clave en el éxito de esta empresa.

**Tabla 10.** *Evolución del Diseño Organizacional en Salud*

| Característica | Modelo Burocrático (Tradicional) | Modelo de Red e Integrado (2026) |
|---|---|---|
| Jerarquía | Rígida, de arriba hacia abajo. | Plana, basada en el liderazgo distribuido. |
| Enfoque | Especialidad médica (Silos). | Paciente y Procesos (Continuidad). |
| Espacio | Hospital-céntrico (Camas). | Ubicuo (Telemedicina / Domicilio). |
| Comunicación | Formal y lenta. | Basada en datos en tiempo real e IA. |

*Nota*. Elaboración propia

## 2.4 Herramientas de control de gestión y cuadros de mando

El control de la gestión en las instituciones de la salud actuales ha trascendido el simple enfoque de vigilancia presupuestaria. El administrador se asegura que los recursos se obtengan y utilicen de forma eficaz, eficiente y ética para el logro de los objetivos institucionales. En la era de la Salud 5.0, el control es dinámico, proactivo y basado en datos de alta fidelidad (1).

### *2.4.1 El Balanced Scorecard (BSC) Hospitalario de Nueva Generación*

El Cuadro de Mando Integral sigue siendo la herramienta fundamental para el administrador. Sin embargo, en el contexto de la Salud 5.0, el BSC ya no se revisa trimestralmente, sino que

se alimenta permanentemente de datos automáticos (4). El control se ejerce sobre cuatro dimensiones críticas:

Las Cuatro Perspectivas Redefinidas para el Sector Salud:

1. Perspectiva de Resultados en Salud (Valor): Bajo el enfoque se busca medir la efectividad clínica. No basta con tabular altas médicas; se deben integrar los PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) para medir la mejora real en la calidad de vida y funcionalidad del paciente tras la intervención (5).
2. Perspectiva del Usuario y Experiencia: Se cambia el tradicional índice de satisfacción hacia el NPS (Net Promoter Score) y los PREMs (Patient-Reported Experience Measures). Esto le permite al administrador supervisar la lealtad y la recomendación, factores críticos en sistemas de libre elección (17).
3. Perspectiva de Procesos Críticos: Monitoreo de la eficiencia y seguridad. Incluye indicadores de "Giro de Cama", tiempos de recambio quirúrgico y cumplimiento de las metas de seguridad del paciente de la OMS y la JCI. Un proceso ineficiente es, por definición, un riesgo para el paciente que la administración sanitaria se puede permitir (1).
4. Perspectiva de Sostenibilidad, Crecimiento y Talento: Basados, en el modelo de Martha Alles, esta dimensión controla el desarrollo de competencias digitales y la retención del talento clínico. Asimismo, asegura el equilibrio del flujo de caja y la inversión en infraestructura tecnológica (14).

### *2.4.2 Lean Healthcare: Control de Desperdicios y Flujo*

La metodología Lean se ha conformado como una herramienta de control operativa para eliminar lo que no añade valor al paciente. El administrador utiliza el *Value Stream Mapping* (VSM) para identificar cada fase "viaje del paciente" y eliminar actividades que no aportan valor clínico ni humano (15). Quiere decir que, si un paciente soporte respiratorio porque ya puede respirar por sí mismo, se le busca retira lo antes posible para dárselo a quien si lo requiera. De la misma forma, si el paciente requiere múltiples exámenes (valores) durante un corto periodo y ya se tiene una muestra de sangre se busca que todas las pruebas se canalicen juntas, evitando así desperdiciar recursos y tiempo.

Para el administrador el valor de esta metodología se encuentra en la optimización de resultados y la eficiencia en el uso de recursos en cada área. Acá, se crea un binomio de ganar-ganar, donde el beneficio va tanto para la organización (evitar desperdicio de recursos) como para el paciente al obtener una atención de eficiente.

El administrador utiliza VMS (***Value Stream Mapping***) para identificar (15):

- **Espera**: Pacientes esperando atención o resultados.
- **Sobreproducción**: Pruebas diagnósticas innecesarias o duplicadas.
- **Transporte**: Traslado ineficiente de pacientes o suministros.
- **Procesos innecesarios**: Burocracia administrativa y redundancia de registros.
- **Inventario**: Exceso de stock de medicamentos con riesgo de caducidad.
- **Movimientos**: Mal diseño arquitectónico que obliga al personal a desplazarse en exceso.
- **Defectos**: Errores de medicación o reintervenciones por fallos técnicos.
- **Talento no utilizado**: No involucrar al personal asistencial en la mejora de procesos.

**Tabla 11.** *Caso Aplicado - El Viaje del Paciente (Step-by-Step)*

| Hito del Proceso | Actividad | Tipo de Valor | Dato Típico (Actual) | Propuesta de Mejora (Lean) |
|---|---|---|---|---|
| 1. Solicitud | Llamada al Call Center / App. | Mixto | 10 min espera tel. | Autogestión vía App con IA. |
| 2. Admisión | Verificación de derechos y pago. | NVA | 25 min de cola. | Registro biométrico y pago digital previo. |
| 3. Pre-clínica | Toma de signos vitales. | VA | 5 min atención. | "Self-service" de signos con kioscos inteligentes. |
| 4. Espera Médica | Tiempo en sala de espera. | NVA (Desperdicio) | 45 - 90 min. | Agendamiento por bloques (*Heijunka*) para evitar picos. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5. Consulta | Diagnóstico y plan terapéutico. | VA CRÍTICO | 20 min atención. | Dictado por voz (IA) para que el médico no pierda tiempo digitando. |
| 6. Farmacia | Entrega de medicamentos. | VA | 40 min espera. | Dispensación automatizada o envío a domicilio. |
| 7. Salida | Encuesta de satisfacción y egreso. | NVA | 10 min trámite. | Encuesta digital post-salida (NPS). |

*Nota*. Elaboración propia

### *2.4.3 Auditoría de Gestión y Pertinencia Clínica*

El control de gestión moderno integra la "Auditoría Concurrente". A diferencia de la auditoría retrospectiva (que analiza lo que ya pasó), la concurrente permite intervenir mientras el paciente está internado para asegurar que los recursos se usen correctamente y la facturación sea precisa, reduciendo las glosas administrativas (16).

El administrador, en conjunto con la dirección médica, supervisa que cada orden médica sea necesaria y oportuna. La falta de pertinencia drena recursos y puede ser considerada una falla ética administrativa (7). La implementación de este tipo de controles de auditoría, permite reducir las facturas no pagadas por las aseguradoras. Para el administrador una gestión documental de alta calidad es la mayor garantía de sostenibilidad financiera a largo plazo.

Hoy en día las auditorias se no esperan a que el proceso termine para ejecutarse, permitiendo que de ocurrir un error administrativo (un examen cobrado pero realizado) se corrija sobre la marcha, evitando así un daño económico al paciente y la propia institución. La auditoría moderna es preventiva, detectando errores de codificación diagnóstica antes de que la factura sea emitida (9).

### *2.4.4 Dashboards de Inteligencia de Negocios (BI) y Analítica Predictiva*

Desde 2024, el administrador utiliza herramientas como PowerBI o Tableau conectadas directamente al HIS (*Hospital Information System*). Según Gartner (6) el uso de *Business Intelligence* (BI) transforma el dato crudo en conocimiento accionable. Estos tableros permiten:

- Alertas Tempranas: Notificación automática cuando la ocupación de camas llega al 90%.
- Análisis de Desvíos Presupuestarios: Identificación inmediata de servicios que están excediendo su gasto programado (6).
- Monitoreo de Calidad: Visualización en tiempo real de la adherencia al lavado de manos o tasas de infección.

**Tabla 12.** *Herramientas de Control de Gestión vs. Aplicación Práctica*

| Herramienta | Aplicación en el Centro de Salud | Beneficio Administrativo |
|---|---|---|
| Balanced Scorecard | Alineación de la visión con indicadores diarios. | Visión integral de la salud institucional. |
| Lean Healthcare | Optimización de procesos en Urgencias y Salas. | Reducción de costos y tiempos de espera. |
| Auditoría Clínica | Revisión de la adherencia a protocolos (GPC). | Mejora en la seguridad y facturación justa. |
| BI Dashboards | Visualización de datos de ocupación y farmacia. | Toma de decisiones basada en datos reales. |

*Nota*. Elaboración propia

3

# Gestión del Capital Humano en Organizaciones Sanitarias

# CAPÍTULO 3.

## GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO EN ORGANIZACIONES SANITARIAS

Carla Julia Suárez Rivera, Nancy Margarita Domínguez Rodríguez,
Karen Raquel Castillo Mantilla, Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa,
Karla Alejandra Briones Jara, Cecilio Jacinto Vera Núñez, Luis Alberto Salazar Guashpa y
Yanedsy Díaz Amador.

La gestión del capital humano es una disciplina de alta complejidad, en caso concreto de la salud llega tener un matiz adicional, en el cual un error en la selección no solo tiene impactos financieros, sino también repercusiones directas en la seguridad del paciente. Siendo este el caso, es vital que la selección se tome con altos estándares rigor ético profesional, donde se busque contar con los mejores equipos no solo en la formación (técnico-profesional), sino también en su sentir humano (Vocación). El administrador debe transitar de una oficina de "Recursos Humanos" a una dirección de "Talento y Cultura" capaz de gestionar la escasez y la alta especialización (17).

El alcanzar altos estándares de competitividad obliga a las empresas a prestar atención al papel que cumple la gestión de recursos, la cual se la reconoce como un aspecto central de los negocios, su rendimiento y aportación se integran en la estructura de gestión y el objetivo pasa de ser simplemente el garantizar que se cumpla un trabajo, al objetivo más ambicioso de conseguir un compromiso. Vale decir que la base de cualquier sistema de salud lo constituyen los profesionales dedicados al cuidado de los pacientes, estos son el recurso más valioso que garantiza el cuidado y la recuperación del enfermo, por ello, se hace necesario implementar efectivas estrategias en la gestión del recurso humano.

Bajo esta perspectiva, se sostiene que la gestión del talento humano es uno de los retos para las organizaciones hoy en día con el objetivo de alcanzar un rendimiento exitoso y está enfocada en apoyar y promover el desarrollo de las habilidades del personal sanitario. Su importancia en el desarrollo organizacional se basa en cómo afecta directamente la eficiencia y el correcto funcionamiento de las instituciones.

La gestión de los recursos humanos no solo se refiere a promover las habilidades o la sabiduría de los trabajadores, sino que también abarca la instauración de políticas y el establecimiento de una adecuada estructura organizativa. Esto contribuye a la asignación eficaz de recursos para implementar satisfactoriamente las estrategias definidas para lograr competitividad (23).

En este contexto, es importante aclarar que el desafío principal de los sistemas sanitarios es garantizar el desarrollo integral del talento humano y obtener estándares elevados de habilidades. Esto implica tener profesionales motivados en todos los campos de la medicina y orientados a detectar e incorporar los factores sociales relacionados con la salud, para conseguir objetivos de desarrollo y cobertura universal (24).

Es importante señalar que, de acuerdo con la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se promueve el desarrollo del capital humano, especialmente en el área sanitaria, dado que los profesionales sanitarios son esenciales para ofrecer servicios de salud oportunos y de gran calidad. En este escenario, se subraya el rol crucial que desempeñan los trabajadores de salud como un recurso de mucho valor en ambientes organizacionales, enfatizando al mismo tiempo la obligación que tienen de proteger la salud del usuario, impulsando su seguridad y bienestar.

La administración de los recursos humanos es esencial para que cualquier empresa tenga éxito, sin importar su tamaño o sector. Esta actividad va más allá de las funciones administrativas relacionadas con contratos y nóminas; se enfoca en maximizar la capacidad del capital humano para lograr las metas estratégicas de la compañía.

La gestión de los recursos humanos tiene su origen en el siglo XIX, cuando la Revolución Industrial no solo incidió en las acciones y en la búsqueda de competitividad y aumento de productividad, sino también en la mecanización y producción en serie. Este último fenómeno generó una explotación irracional del trabajo del personal de fábricas y empresas, lo que propició que se implementaran las primeras medidas para atender a las necesidades de los empleados.

## 3.1 Reclutamiento y selección de personal especializado

La administración de recursos humanos tiene la responsabilidad crucial y particular de atraer a los individuos más capacitados y talentosos a las organizaciones. Esto supone formular procedimientos y estrategias para reclutar, seleccionar, colocar y contratar con el fin de descubrir a los candidatos ideales que contribuyan al cumplimiento de las metas y objetivos empresariales y hagan a estas productivas y eficientes.

La administración del rendimiento es una labor fundamental y relevante en las organizaciones, ya que implica la formación de empleados muy productivos y comprometidos con su trabajo. En este contexto, una adecuada gestión del rendimiento supone centrarse en establecer nuevos métodos de liderazgo, fijar objetivos claros y llevar a cabo procesos de retroalimentación. Todo ello conduce a tomar mejores decisiones para incrementar el desempeño empresarial, con el objetivo de crear una fuerza laboral altamente competitiva, fundamentada en el aprendizaje, el desarrollo profesional y la implementación de los sistemas y herramientas apropiados (24).

La capacitación, el aprendizaje y el desarrollo de los empleados representan un proceso de mejora continua del desempeño laboral o la acción del trabajador. En otras palabras, significa aplicar habilidades, saberes, valores y capacidades para lograr una productividad elevada y establecer altos niveles de competitividad, logrando así la eficacia a través del alto rendimiento del empleador

Una de las metas de toda organización es mejorar su productividad y llegar a niveles competitivos elevados. Esto implica crear procesos de planificación, liderazgo y compromiso, que deben comenzar desde los directores mismos, para alinear a los empleados hacia un ritmo de trabajo en equipo (24).

### *3.1.1 El desafío de la escasez global (Contexto 2024-2030)*

Cuando se habla del reclutamiento de nuevos equipos (personal), se es ineludible encontrase con dificultades en la selección de personal capacitado que pueda cubrir las necesidades dentro de una organización. Falta de especialistas o enfermeras en un área es ya una constante en muchos hospitales. En el caso concreto de la gestión sanitaria dicha situación llega ser

incluso más grave (no solo porque el personal que manejara vidas humanas) sino por falta de personal calificado que pueda llenar las necesidades que tienen las instituciones sanitarias.

Se ha proyectado un déficit de 10 millones de trabajadores de la salud para 2030 según la Organización Mundial de la Salud (OMS), concentrado especialmente en enfermería y subespecialidades médicas (11). Ante esto, el reclutamiento ya no es solo local, sino global y digital; entendiendo que, para atraer a los mejores profesionales el administrador debe gestionar la "marca empleadora" (***Employer Branding***), ofreciendo no solo salario, sino flexibilidad, bienestar y desarrollo profesional. En vista, de estos nuevos escenarios, el administrador debe encontrar nuevas alternativas para dar solución a la imperiosa necesidad de cubrir las vacantes de personal que requiere, una vía pasa por conocer el ***Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud***. El reclutamiento ya no es local; implica gestionar trámites de homologación y visas para atraer especialistas de otras regiones (17).

### *3.1.2 Importancia del personal sanitario*

El personal sanitario es la piedra angular de la atención a la salud y su propósito principal es mejorar la salud tanto a nivel individual como poblacional. Sin doctores, enfermeras o personal técnico ningún centro de salud podrá mantener operaciones, ellos son el corazón y alma de la institución. Por lo tanto, es esencial analizar el contexto actual y establecer marcos que determinen aspectos como la cantidad, disponibilidad, distribución, formación, competencias y condiciones laborales del personal sanitario en el futuro.

En la actualidad, el personal sanitario se enfrenta a desafíos significativos (no es para menos) su demanda crece y la disponibilidad del personal no es suficiente. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe se requieren mayores esfuerzos para lograr la Cobertura Universal de Salud, ya que aún existen brechas en el acceso a los servicios de salud debido a la escasez de personal sanitario.

Además, la población de la región está envejeciendo y cada vez hay más personas con enfermedades crónicas (Obesidad, diabetes e hipertensión). Por esto, que se requiere de

personal sanitario con habilidades especializadas para atender a personas de la tercera edad, pacientes crónicos y problemas de salud mental (esta última viniendo en aumento en los últimos años).

La falta de preparación y las precarias condiciones en las que se encuentra el personal sanitario, se hizo ver, con la pandemia de COVID-19 dejando de manifiesto las carencias para enfrentar emergencias de salud pública. Casos donde se llegó a exponer la salud del personal en la pandemia, por cansancio ante el exceso de trabajo fueron palpables. Esto ha profundizado las brechas en el acceso a servicios esenciales de salud. Como consecuencia, la población, en su calidad de usuaria, ha expresado la necesidad de ser escuchada, de participar en la toma de decisiones sobre su salud y de ser reconocida en cuanto a sus preferencias y derechos.

#### *3.1.3 Futuro del personal sanitario*

El futuro del personal sanitario es clave para afrontar los desafíos pendientes en el ámbito de la salud, no se puede hacer una estrategia a sanitaria o política pública sin tocar este aspecto. Saber cuántos doctores se tienen disponibles, cuantos especialistas es vital para poder trazar objetivos sanitarios. Planificar adecuadamente implica priorizar la formación y preparación del personal de salud (en las áreas que haga falta) para desarrollar múltiples competencias en un entorno de continua innovación tecnológica y dilemas éticos cada vez más complejos.

En un contexto de cambio e innovación constante, es fundamental fortalecer las competencias socioemocionales, técnicas y digitales del personal sanitario; al igual que, promover nuevas profesiones relacionadas con la salud y la tecnología, tales como la ingeniería robótica, la ciencia de datos y la genómica.

Además, es importante destacar la importancia de establecer entornos de cuidado a la salud (tecnológicamente compatible), donde la tecnología no sustituya, más bien, que potencie el desempeño del personal sanitario. La tecnología es una herramienta, no el fin mismo. La implementación de telesalud y telemedicina transformará los entornos laborales y permitirá mayor flexibilidad y accesibilidad en la prestación de servicios de salud.

Por último, es indispensable que las instituciones educativas y los sistemas de salud trabajen en conjunto para asegurar la disponibilidad de personal sanitario suficiente, con condiciones laborales óptimas y las competencias necesarias para atender las necesidades de la población, incluyendo la mitigación de la huella de carbono (un problema cada vez más presente) y la preparación para los efectos del cambio climático en la salud de la población.

#### *3.1.4 Reclutamiento 4.0: Inteligencia Artificial en la selección*

La inteligencia artificial viene ser una tecnología disruptiva, que ha venido para quedarse en nuestras vidas. Con la llegada de los algoritmos de inteligencia artificial se rompieron hitos no solo en el laboral, sino también en la forma de encontrar nuevo personal en las organizaciones. Desde 2024, el uso de la IA ha transformado el filtrado de candidatos en salud, el uso de nuevas herramientas algorítmicas (como People Analytics) permiten al administrador identificar los perfiles tienen mayor probabilidad de permanencia y éxito clínico en la institución (15).

- Filtrado Algorítmico: Detectar competencias técnicas específicas, con el análisis masivo de currículos para tal fin. Ej.: el manejo de robótica quirúrgica o sistemas de soporte vital avanzado.
- Entrevistas de Vídeo Asincrónicas: Análisis del lenguaje natural (NLP) para una evaluación inicial de habilidades de comunicación y empatía.

El administrador debe que ver a las nuevas tecnologías (IA y Big data) como herramientas de gran impacto en la busque da masiva de personal. Su utilidad en la optimización del proceso de selección es innegable a día de hoy, pero no se debe dejar de lado el rol humano como vigilante de dichas decisiones. El administrador debe vigilar la veracidad de los resultados que obtenga con estas herramientas, entendiendo que las mismas pueden tener fallas o sesgos en los algunos casos.

La labor humana en el proceso de selección de personal se mantiene, ya no como un simple analista de potenciales candidatos; sino como un auditor de la IA y el que debe tomar la decisión final de que personal es el más idóneo en la organización. La tecnología viene a ser herramientas para un fin, pero el actor principal es (y seguirá siendo) el ser humano.

### *3.1.5 Selección por Valores y Humanización*

A diferencia de otros sectores, en salud la técnica es insuficiente sin la competencia humana. Los procesos de selección actuales incorporan evaluaciones de:

- Alineación Ética: Asegurar que el candidato comparta la visión de humanización del centro (14).
- Resiliencia y Gestión del Estrés: Pruebas psicotécnicas diseñadas para entornos de alta presión (Urgencias, UCI).
- Trabajo en Equipo Multidisciplinario: Dinámicas de grupo para observar cómo interactúa el médico con enfermería y personal administrativo, rompiendo los silos jerárquicos tradicionales.

### *3.1.6 Onboarding y Retención Temprana*

Cuando a la institución se incorporar nuevo personal, es común que exista dificultades en un inicio para su asimilación con el reto del equipo. El administrador debe velar que se creen las condiciones, para que en esta etapa la transición se lo más sencilla posible. Reduciendo los "focos de choque" o resistencia que puedan presentarse entre los equipos.

El alcance de la selección se extiende hasta los primeros 90 días del colaborador (*Onboarding*). Un proceso de inducción deficiente es la causa principal de la deserción temprana en salud. La administración debe asegurar que el nuevo profesional se integre rápidamente a la cultura de seguridad del paciente y domine las herramientas digitales de la institución (HCE, portales de gestión) desde el primer día (6).

El administrador debe garantizar que el proceso de entrada incluya herramientas de apoyo emocional para prevenir el *Burnout* temprano. La retención comienza en la inducción: un profesional que no domina el sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) en su primera semana tiene un 40% más de probabilidades de renunciar en el primer año (6).

Durante este proceso es ideal que se adopte un enfoque de trasparencia, respeto y comunicación clara. Que se promueva desde la administración una cultura laboral de apoyo y respeto entre los equipos y el nuevo personal.

**Tabla 13.** *Nuevas Tendencias en Reclutamiento Sanitario (2025-2026)*

| Estrategia | Descripción | Beneficio para la Institución |
|---|---|---|
| Social Recruiting | Uso de redes profesionales (LinkedIn, redes médicas) para captar talento pasivo. | Acceso a especialistas que no están buscando empleo activamente. |
| Gamificación | Pruebas de selección basadas en simuladores clínicos o casos de estudio digitales. | Evaluación objetiva de la toma de decisiones bajo presión. |
| Programas de Referidos | Incentivos para que el personal actual recomiende a otros colegas. | Menor costo de contratación y mejor encaje cultural. |
| Talento bajo Demanda | Uso de plataformas para contratar especialistas por proyectos o turnos específicos. | Flexibilidad operativa y reducción de costos fijos. |

*Nota*. Elaboración propia

## 3.2 Evaluación del desempeño y competencias profesionales

### *3.2.1 El cambio de paradigma: De la fiscalización al desarrollo continuo*

La evaluación del desempeño en las instituciones de salud ha tenido una evolución paulatina a lo largo del tiempo, dejado de ser un evento anual de carácter punitivo o meramente administrativo para convertirse en un proceso de gestión del talento en tiempo real. En el periodo 2021-2026, el objetivo primordial no es solo medir la productividad, sino asegurar la idoneidad clínica y el bienestar del profesional (16).

Un profesional bien evaluado y retroalimentado, es menos propenso a cometer errores adversos; la evaluación se integra en la cultura de seguridad del paciente, teniendo como referente los estándares de la Salud 5.0. Ante esto, la administración moderna, identifica brechas de capacitación antes de que se traduzcan en incidentes de seguridad, utilizando la evaluación

como un sensor alerta temprana. Así, en los casos donde se observe, que un profesional presenta un descenso en sus indicadores de adherencia a protocolos, la institución puede intervenir con capacitación, no con sanción. Se puede reducir, la incidencia de eventos adversos en un 30% al utilizar la retroalimentación positiva y el aprendizaje basado en el error (como establece la OMS).

Entre los aspectos a tener en cuenta, por primera vez, el desempeño incluye la medición del Burnout. Un profesional agotado no puede ser evaluado bajo los mismos estándares de eficiencia que uno en plenitud de sus facultades. El administrador moderno evalúa la "capacidad de carga" del personal para prevenir fallos catastróficos (17).

*Narrativa de Competencias y Niveles de Desempeño*

1. Liderazgo en Crisis

En el nivel incipiente, el profesional demuestra una capacidad básica para mantener la calma, aunque suele paralizarse o quedar a la espera de instrucciones directas cuando el protocolo estándar se ve superado. Al alcanzar un nivel promedio, el colaborador actúa con decisión, ejecutando con precisión las maniobras de emergencia establecidas por la institución. El desempeño superior se caracteriza por una visión táctica donde el profesional no solo actúa, sino que comienza a coordinar los recursos físicos y humanos a su alrededor bajo alta presión. Finalmente, el nivel excelente define a un estratega que anticipa la crisis antes de que ocurra, entrena proactivamente a su equipo en simulacros y mantiene un control sistémico que garantiza la resiliencia de la unidad incluso en situaciones de catástrofe.

2. Ética Clínica y Bioética

Un desempeño incipiente refleja un conocimiento somero de las normas legales, requiriendo guía constante ante cualquier dilema que se aparte de lo administrativo. En el nivel promedio, el profesional aplica con rigor los principios de autonomía, beneficencia y justicia en su trato diario. El nivel superior se manifiesta cuando el colaborador es capaz de mediar y resolver conflictos éticos complejos entre la familia, el paciente y el equipo médico, integrando marcos morales sólidos. En el nivel excelente, el profesional se convierte en un consultor institucional

y un garante de que la dignidad humana sea el eje transversal de toda decisión clínica, influyendo en las políticas de bioética del centro.

La ética clínica tiene como objetivo el análisis y estudio de los dilemas, principios morales y éticos que dirigen la toma de decisiones en el sector sanitario. Estos fundamentos engloban la beneficencia, la justicia, el no hacer daño y la autonomía del paciente.

Los profesionales de la salud aprenden a valorar y equilibrar estos principios en situaciones clínicas difíciles mediante el estudio de la ética clínica. Con el fin de entender el en el marco contextual de la ética clínica, es fundamental considerar la conexión entre el paciente y el médico, así como los principios éticos que orientan la

decisiones en el ámbito médico. En el ámbito de la ética clínica, es esencial la relación entre médico y paciente. En su obra "La ética de la atención médica", Edmund Pellegrino y David Thomasma (25) subrayan la relevancia de crear una

relación de respeto y confianza recíprocos entre el médico y el paciente. Esta relación tiene que estar fundamentada en la información apropiada, la autonomía y el hecho de tomar decisiones conjuntamente.

Los principios éticos que regulan la práctica médica son el fundamento de la ética clínica. Tom Beau- Childress y Champ en su obra "Principios de ética biomédica" (26) sugieren cuatro principios éticos esenciales: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. La autonomía se refiere al respeto a la autonomía y a la habilidad para tomar decisiones del enfermo.

La beneficencia implica hacer el bien y fomentar la salud del paciente.

La justicia tiene relación con que tenga relación con la repartición justa de los recursos destinado a la salud.

La bioética es una materia que tiene la responsabilidad de examinar y solucionar las disputas éticas que emergen en el ámbito de la medicina y la investigación en biomedicina. Para examinar las implicaciones éticas de las decisiones clínicas automatizadas, es esencial tener en cuenta principios básicos como la justicia, la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia.

La obligación de maximizar el bienestar de los pacientes y buscar su mejor interés es lo que define el principio de beneficencia.

Este principio tiene que ver con la habilidad de los algoritmos para tomar decisiones que lleven a resultados positivos para los pacientes en el ámbito de las decisiones clínicas automatizadas. En este sentido, Saverio Bellizzi y Giuseppe De Nicolao (27) aseguran que los sistemas automatizados para tomar decisiones pueden ayudar a aumentar la eficacia y la precisión de los tratamientos clínicos, lo que conlleva ventajas directas para los pacientes.

En otro orden de cosas, el principio de no maleficencia establece que no se debe causar daño a los pacientes. Esto supone, en el contexto de las decisiones clínicas automatizadas, un meticuloso análisis de los eventuales errores y peligros que pueden aparecer a causa del uso de sistemas automatizados y algoritmos. La inquietud acerca del sesgo algorítmico, que puede dar lugar a discriminación o inequidad en la atención médica, es un ejemplo de esto.

Según el estudio de Timmermans y Epstein (28) estos sesgos tienen la capacidad de incrementar la desigualdad y la injusticia en el cuidado de la salud, particularmente en las comunidades marginadas o minoritarias.

El principio de autonomía hace referencia a la libertad y el respeto por la capacidad de decidir de elección de los pacientes. En el ámbito de las decisiones clínicas automatizadas, esto quiere decir que los pacientes deben estar en condiciones de intervenir en la toma de decidir y acceder a la información requerida para entender y valorar las sugerencias de los sistemas automatizados. En un estudio realizado por Greenbaum et al. (29) para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas y participar de manera activa en su atención médica, se enfatiza la relevancia de la transparencia y la capacidad de explicar los algoritmos.

El principio de justicia está vinculado con la repartición equitativa de los recursos y el acceso a la atención médica sin distinción. En el contexto de las decisiones clínicas automatizadas, esto significa tener en cuenta y reducir los sesgos o desigualdades que puedan presentarse al emplear algoritmos y sistemas automatizados.

Pollock et al. (30) sostienen que es fundamental garantizar que los algoritmos sean justos y éticamente sensibles tanto en su creación como en su uso. Para conseguir esto, es necesario tomar en cuenta elementos como la equidad de los resultados, la diversidad de las poblaciones atendidas y la igualdad de acceso. El acceso igualitario significa que todas las personas tengan la oportunidad de utilizar los algoritmos en beneficio propio, sin tener en cuenta su raza, clase social, género u otros rasgos demográficos. Esto supone que los algoritmos deben ser creados de tal forma que no excluyan ni discriminen a ciertos grupos poblacionales, y que se ofrezcan oportunidades equitativas para su acceso.

Que los algoritmos no produzcan resultados desiguales o injustos para distintos grupos de personas es lo que se entiende por equidad de resultados. Es fundamental garantizar que los algoritmos no mantengan o intensifiquen las desigualdades ya existentes, ni favorezcan a ciertos grupos a costa de otros. Esto supone analizar los prejuicios que están presentes en los datos con los que se entrenan los algoritmos y hacer ajustes para disminuir el impacto de la discriminación.

### 3. Orientación al Resultado en Salud (Valor)

El profesional incipiente se limita a cumplir con sus tareas procedimentales sin cuestionar el impacto final en el paciente. Al llegar al nivel promedio, el colaborador monitorea sus propios indicadores (KPIs) de servicio, como el giro de cama o tiempos de atención, asegurando el cumplimiento de metas. El nivel superior implica una búsqueda activa de optimización, donde el profesional rediseña sus procesos individuales para mejorar los desenlaces clínicos y reducir costos innecesarios. En el nivel excelente, el desempeño se alinea totalmente con la Medicina Basada en Valor, diseñando modelos de atención que maximizan la recuperación funcional del paciente y la sostenibilidad financiera del sistema.

### 4. Comunicación Asertiva y Humanización

En el nivel incipiente, la comunicación es a menudo percibida como distante por el paciente, siendo puramente técnica y unidireccional. En el nivel promedio, se muestra a un profesional que explica diagnósticos y procedimientos de forma clara, respetuosa y oportuna. En el desem-

peño superior se destaca por el manejo de crisis emocionales de los familiares y la maestría en la gestión de la comunicación de malas noticias. Y, por último, el nivel excelente define a un líder que, integrando la humanización como un protocolo innegociable, modela una cultura de empatía en toda la organización y logra transformar la experiencia del paciente a través de una conexión humana profunda.

### 5. Trabajo en Equipo Multidisciplinario

El nivel incipiente se observa en profesionales que trabajan de forma aislada en sus propios silos de especialidad, interactuando solo por necesidad burocrática. El nivel promedio implica una colaboración activa y propositiva con enfermería, administración y otras especialidades. Un desempeño superior se evidencia cuando el profesional actúa como un puente, eliminando barreras jerárquicas y facilitando la integración de la unidad. En el nivel excelente, el individuo posee la capacidad de cohesionar grupos altamente diversos hacia objetivos comunes, resolviendo conflictos de rol y fomentando un ambiente de alta confianza mutua.

### 6. Competencia Digital y Manejo de HCE

Un colaborador incipiente registra datos básicos, pero presenta dificultades técnicas y resistencia al uso de funciones avanzadas del sistema hospitalario. El nivel promedio utiliza con fluidez la Historia Clínica Electrónica y las herramientas de telemedicina. El desempeño superior se alcanza cuando el profesional utiliza la analítica de datos integrada para mejorar su práctica y detectar errores de registro preventivamente. En el nivel excelente, el profesional lidera la transformación digital de su área, proponiendo mejoras en los algoritmos de apoyo a la decisión clínica y gestionando la tecnología como un activo de seguridad.

### 7. Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente

En el nivel incipiente, el cumplimiento de las metas de seguridad es reactivo o depende de la supervisión constante; el nivel promedio, se caracteriza por una adhesión estricta y autónoma a los protocolos de prevención de eventos adversos. Ahora bien, para un desempeño superior se identifican riesgos proactivamente en el entorno y se proponen barreras de seguridad

adicionales, antes de que ocurra un incidente. El nivel de excelencia institucionaliza la "Cultura Justa", donde se promueve el reporte voluntario de errores y se transforman los fallos en oportunidades de aprendizaje sistémico para toda la organización.

### 8. Pensamiento Analítico y Toma de Decisiones

El nivel incipiente se observa en quienes recopilan información, pero demuestran indecisión o dependencia excesiva del aval superior. El nivel promedio toma decisiones clínicas basadas firmemente en la evidencia y en los datos del paciente. El desempeño superior analiza tendencias y correlaciones complejas para prever complicaciones médicas u optimizar el flujo de trabajo. En el nivel excelente, el profesional toma decisiones estratégicas de alto impacto bajo incertidumbre, equilibrando con maestría el riesgo clínico, la ética y los recursos institucionales.

### 9. Adaptabilidad y Resiliencia

Un profesional incipiente suele presentar resistencia al cambio de protocolos o de herramientas tecnológicas, afectando su clima laboral. El nivel promedio se adapta a las transformaciones organizacionales tras un periodo de capacitación estándar. El nivel superior mantiene un desempeño de alta calidad incluso frente a cambios bruscos en el entorno o periodos de fatiga prolongada. El nivel excelente actúa como un agente de cambio que inspira resiliencia en su equipo, gestionando el estrés organizacional de manera saludable y manteniendo la visión estratégica en entornos volátiles.

### 10. Orientación a la Mejora Continua (*Lean Healthcare*)

En el nivel incipiente, el colaborador sigue los procesos vigentes sin cuestionar posibles ineficiencias o desperdicios. El nivel promedio es capaz de detectar fallas en el flujo de trabajo y comunicarlas a su línea de mando. El desempeño superior aplica activamente herramientas Lean (como el 5S o SMED) para eliminar desperdicios en su área de influencia directa. El nivel excelente rediseña procesos completos a nivel institucional, eliminando actividades que no añaden valor y estableciendo estándares de excelencia operativa que se replican en otros servicios.

### *3.2.2 Gestión por Competencias: El modelo de Martha Alles adaptado a la salud*

Siguiendo la base académica de Martha Alles, las competencias se dividen en tres dimensiones que el administrador debe evaluar con rigor (6):

1. Saber (Conocimiento): Actualización en protocolos médicos y manejo de nuevas tecnologías.
2. Saber Hacer (Habilidades): Destreza técnica en procedimientos y eficiencia en el uso de sistemas de información hospitalaria (HIS).
3. Saber Ser (Actitudes/Competencias Blandas): Comunicación asertiva, empatía con el paciente y capacidad de trabajo bajo estrés extremo.

En 2026, ha surgido una cuarta dimensión: la Competencia Digital, que evalúa la capacidad del personal para interactuar con algoritmos de apoyo al diagnóstico y herramientas de telemonitoreo.

### *3.2.3 Metodologías de Evaluación Multidimensional (360° y 540°)*

La evaluación tradicional "jefe-subordinado" es insuficiente en entornos multidisciplinarios. Las instituciones de alto desempeño aplican hoy la Evaluación de 540 grados, que incluye:

- Autoevaluación: Reflexión del profesional sobre su propio desempeño.
- Evaluación de Pares: Médicos evaluando a médicos; enfermeros a enfermeros.
- Evaluación del Jefe Inmediato: Visión jerárquica y operativa.
- Evaluación de Subordinados: Liderazgo visto desde el equipo de apoyo.
- Voz del Paciente (El factor 540°): Encuestas de satisfacción vinculadas directamente al desempeño del profesional que brindó la atención (15).

### *3.2.4 Indicadores Clave de Desempeño Asistencial (KPIs de Personal)*

La evaluación debe basarse en datos objetivos, que sirvan de guía para el administrador de las fortalezas existentes y las debilidades que se deben corregir. Para el personal asistencial, se utilizan indicadores de resultado clínico:

- Tasa de infecciones asociadas a la atención (IAAS): Atribuibles a fallos en el desempeño de protocolos.

- Adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC): Medición de la variabilidad clínica.
- Productividad técnica: Número de pacientes atendidos con criterios de calidad y tiempos de respuesta en servicios críticos.

#### *3.2.5 El papel de la Inteligencia Artificial y el Feedback Instantáneo*

Desde 2024, las plataformas de People Analytics permiten al administrador recibir alertas sobre el desempeño sin esperar al cierre de mes (17).

- Análisis Predictivo de Fatiga: Los sistemas detectan patrones de errores menores que predicen el *burnout* o fatiga extrema, permitiendo al gestor intervenir preventivamente.
- *Micro-learning*: Si la evaluación detecta una falla en una competencia específica, el sistema asigna automáticamente una cápsula de aprendizaje digital al colaborador.

#### *3.2.6 Ética y Transparencia en la Evaluación*

Evaluar a seres humanos que cuidan a otros seres humanos exige una ética superior. El administrador debe garantizar que la evaluación sea transparente, evitando sesgos de género, etnia o jerarquía. La cultura de la justicia permite que el empleado vea la evaluación como una oportunidad de crecimiento y no como una amenaza a su estabilidad laboral.

**Tabla 14.** *Modelo Integrado de Evaluación del Desempeño Sanitario (2025-2026)*

| Componente | Herramienta de Medición | Impacto en la Gestión |
|---|---|---|
| Competencia Técnica | Simulación clínica y test de conocimientos. | Reducción del error médico y mejora de la calidad. |
| Desempeño Operativo | KPIs de productividad y tiempos de respuesta. | Optimización de la capacidad instalada del hospital. |
| Competencia Conductual | Evaluación de 360° y observación directa. | Mejora del clima organizacional y retención de talento. |

| | | |
|---|---|---|
| Experiencia del Paciente | Encuestas NPS (*Net Promoter Score*) y quejas. | Alineación con el modelo de Salud Basada en Valor. |
| Salud y Bienestar | Escalas de estrés y monitoreo de ausentismo. | Prevención del Burnout y rotación de personal. |

*Nota*. Elaboración propia

## 3.3 Relaciones laborales y liderazgo en equipos multidisciplinarios

### *3.3.1 La naturaleza crítica de las relaciones laborales en salud*

La base de la seguridad del paciente, en una institución de salud, son las relaciones laborales; vitas no como meros vínculos contractuales, sino como vínculos de cooperación y apoyo. En vista, de que la jerarquía rígida y autoritaria, ha demostrado ser un factor de riesgo en la génesis de errores clínicos a menudo. En el contexto de 2024-2026, la administración moderna busca la transición hacia relaciones donde el criterio técnico se imponga sobre el estatus jerárquico (relaciones horizontales de colaboración) (16).

El administrador debe gestionar un ecosistema complejo donde conviven gremios con intereses diversos: médicos, personal de enfermería, técnicos, administrativos y personal de soporte. La gestión de los convenios colectivos y la negociación con sindicatos hoy integra elementos de flexibilidad laboral y bienestar mental, factores que se han vuelto innegociables tras la crisis sanitaria global de 2020.

### *3.3.2 Liderazgo Transformacional vs. Liderazgo Transaccional*

El liderazgo en salud ha evolucionado de un modelo transaccional (basado en premios y castigos) hacia un Liderazgo Transformacional. Según Daniel Goleman, el líder sanitario de 2026 debe poseer una alta Inteligencia Emocional para gestionar el miedo, la incertidumbre y el agotamiento de sus equipos.

- Liderazgo Distribuido: Ya no existe un único líder "salvador". Se fomenta que en cada unidad (UCI, Urgencias, Laboratorio) surjan líderes naturales que tomen decisiones

rápidas basadas en su experticia, sin esperar la validación de una cadena de mando lenta (16).

- Liderazgo Resiliente: Capacidad de absorber el impacto de las crisis operativas (como un ciberataque al hospital o una nueva epidemia) y mantener la moral del equipo alta (17).

#### *3.3.3 Equipos Multidisciplinarios y Transdisciplinariedad*

El trabajo en equipo en salud ha pasado de ser multidisciplinario (muchas disciplinas trabajando en lo mismo) a transdisciplinario (disciplinas que borran sus límites para un objetivo común).

- Seguridad y Comunicación SBAR: El liderazgo administrativo promueve herramientas de comunicación estandarizada como el SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) para asegurar que la información crítica fluya sin distorsiones entre médicos y enfermeros.
- Gestión del Conflicto: El conflicto es inherente a la alta presión. El administrador utiliza la Mediación Organizacional para resolver disputas entre el área administrativa (costos) y el área médica (necesidad clínica), buscando siempre el beneficio del paciente.

#### *3.3.4 Cultura de Seguridad y Justicia: El enfoque No Punitivo*

Uno de los alcances más innovadores de las relaciones laborales actuales es la Just Culture (Cultura Justa). El líder debe garantizar que el personal no tenga miedo de reportar errores propios o ajenos.

- Error Humano vs. Negligencia: El liderazgo debe saber distinguir entre un fallo del sistema (error involuntario) y un comportamiento temerario. Fomentar la transparencia permite al administrador corregir fallas estructurales y prevenir la repetición de eventos adversos.

#### *3.3.5 El rol de las TICs en las relaciones laborales (2025-2026)*

La tecnología también media las relaciones de liderazgo. El uso de plataformas de colaboración (*Teams*, *Slack* médico) y sistemas de gestión de turnos por IA ha reducido la fricción laboral

por sobrecarga de trabajo. El líder debe asegurar que la desconexión digital sea respetada, protegiendo el tiempo de descanso del personal para evitar el colapso del sistema.

**Tabla 15.** *Modelos de Liderazgo y su Impacto en la Gestión Sanitaria*

| Estilo de Liderazgo | Características Clave | Impacto en la Institución |
|---|---|---|
| Transformacional | Inspiración, visión compartida y empatía. | Alta retención de talento y cultura de innovación. |
| Situacional | Se adapta al nivel de madurez del equipo. | Eficacia en el manejo de residentes y personal nuevo. |
| Servicial (Servant) | El líder sirve a las necesidades del personal. | Reducción del burnout y alta satisfacción laboral. |
| Autoritario (Clásico) | Mando y control rígido. | Útil solo en emergencias extremas; genera rotación. |
| Digital / Remoto | Gestión basada en datos y KPI digitales. | Optimización de redes de telemedicina y trabajo híbrido. |

*Nota*. Elaboración propia

## 3.4 Salud ocupacional y bienestar del personal sanitario

### *3.4.1 El cambio de paradigma: De la bioseguridad al bienestar integral*

En un principio, la salud ocupacional en hospitales se limitaba a la prevención de riesgos biológicos y químicos (pinchazos y contagios). Pero, tras la crisis sanitaria de 2020-2022, surgió una ampliación importante, donde se ve la “Salud Mental” y el “Bienestar Social” como integrales del cuidado del personal. Entendiéndose, que el principal factor de riesgo para la seguridad del paciente, pasa al tener un personal agotado o enfermo (17). La salud física y mental se gestionen con la misma rigurosidad técnica que los indicadores financieros, por las instituciones, que deben implementar políticas de "entornos laborales saludables" según establece el marco de la OMS y la OIT (21).

### *3.4.2 Gestión del Riesgo Psicosocial y Síndrome de Burnout*

El Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) fue reconocido por la OMS en la CIE-11 como un fenómeno ocupacional. En el personal sanitario, las tasas de prevalencia han alcanzado niveles críticos (hasta el 40-50% en unidades de cuidados críticos) (17).

- Factores de Riesgo: Sobrecarga de trabajo, falta de autonomía, ambigüedad de rol y la exposición constante al sufrimiento humano (fatiga por compasión).
- Intervención Administrativa: Implementación de programas de "pausas activas", rediseño de turnos para garantizar el descanso circadiano y creación de espacios de descompresión emocional dentro del hospital.

### *3.4.3 Bioseguridad y Riesgos Emergentes (2024-2026)*

La protección física sigue siendo un pilar. La administración debe garantizar el suministro ininterrumpido de Equipos de Protección Personal (EPP) de alta calidad, pero también gestionar nuevos riesgos:

- Riesgos Ergonómicos: Derivados de la movilización de pacientes obesos y posturas prolongadas en cirugía robótica o laparoscópica.
- Riesgos Químicos y Radiológicos: Manejo de nuevos fármacos oncológicos y exposición a radiación en salas de intervencionismo híbridas.
- Violencia Externa: El aumento de agresiones por parte de pacientes o familiares ha obligado a incluir protocolos de seguridad física y apoyo legal como parte de la salud ocupacional (16).

### *3.4.4 Programas de "Cuidar al que Cuida"*

Las instituciones de alto desempeño han adoptado el modelo de Segunda Víctima. Cuando ocurre un error médico, el profesional involucrado sufre un impacto emocional profundo que puede llevarlo al abandono de la profesión o al suicidio. La administración moderna ofrece soporte psicológico inmediato y asesoría jurídica proactiva, fomentando una cultura de aprendizaje en lugar de una de castigo.

### *3.4.5 Vigilancia Epidemiológica Ocupacional Mediante IA*

Desde 2024, el administrador utiliza herramientas digitales para monitorizar la salud de su plantilla:

- Analítica de Ausentismo: Identificación de patrones que predicen brotes de enfermedades profesionales o colapsos de unidades por estrés.
- Wearables Institucionales: Uso voluntario de dispositivos que miden niveles de fatiga y estrés en cirujanos durante jornadas extensas, permitiendo rotaciones preventivas.

**Tabla 16.** *Matriz de Riesgos y Estrategias de Bienestar (2025-2026)*

| Categoría de Riesgo | Amenaza Específica | Estrategia de Mitigación Administrativa |
|---|---|---|
| Psicosocial | Burnout y estrés post-traumático. | Apoyo psicológico 24/7 y rotación de servicios críticos. |
| Biológico | Patógenos emergentes y multirresistentes. | Automatización de esterilización y vacunación obligatoria. |
| Ergonómico | Lesiones musculoesqueléticas. | Equipos de transferencia de pacientes y mobiliario ajustable. |
| Organizacional | Violencia y acoso laboral (*Mobbing*). | Protocolos de denuncia anónima y seguridad perimetral. |
| Digital | Tecnoestrés por nuevas plataformas. | Capacitación escalonada y tiempos de desconexión. |

*Nota*. Elaboración propia.

### *10 grandes desafíos de la salud mundial*

La OMS ha publicado un informe que identifica los principales desafíos que amenazan la salud global en la próxima década. En este aspecto, se expresa preocupación por la falta de

inversión de los líderes mundiales en prioridades sanitarias y sistemas de salud básicos (un problema cada vez mayor), lo que pone en riesgo vidas, medios de subsistencia y economías. La OMS enfatiza que la salud pública es una cuestión política y es crucial invertir en proteger a la población de amenazas como pandemias (22). Ya vimos durante el COVID-19 se paralizaron economías completas por no actuar a tiempo, no tomar en serio estas advertencias puede resultar en repetir los mismos errores. También, se debe destacar la responsabilidad compartida de todos los países para abordar estos desafíos; ya que, ningún país por avanzado que sea puede solventar por sí solo estos desafíos, se requiere de una coordinación y apoyo conjunto. Desde gobiernos, agencias internacionales hasta las comunidades deben colaborar, para hacer frente a estos retos en común.

A continuación, se listan los principales desafíos que amenazan la salud global:

1. Crisis climática y salud: la contaminación del aire y el cambio climático representan una amenaza directa para la salud de las personas. Es necesario trabajar en conjunto para limpiar el aire y mitigar los impactos del cambio climático en la salud.
2. Desigualdades en la atención médica: la brecha socioeconómica resulta en grandes discrepancias en la calidad de la salud de las personas, tanto a nivel global como dentro de los países. Es vital, trabajar en políticas que mejoren el acceso a servicios de calidad y reduzcan la desigualdad en la atención de la sanitaria.
3. Acceso a medicamentos esenciales: Es necesario trabajar en mejorar el acceso a productos de salud, cuando se tiene en cuenta que un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales. Lo que pone, en peligro la salud de muchas personas ante los riesgos de epidémicos.
4. Enfermedades infecciosas: En países de bajos ingresos, algunas enfermedades (el VIH, la tuberculosis y la malaria) siguen siendo una amenaza para la salud pública a pesar de los avances en la medicina. Se hace necesario, fortalecer los sistemas de vacunación e invertir en servicios de salud y para combatir estas enfermedades.
5. Alimentación y salud: Es indispensable, trabajar en políticas que promuevan una alimentación sana y equilibrada, así como en la prevención del consumo de tabaco

y alcohol. a falta de alimentos, las dietas poco saludables y el consumo de tabaco representan un tercio de la carga mundial de enfermedades.

6. Escasez de trabajadores de la salud: Para garantizar, la sostenibilidad de los sistemas de salud, resulta indispensable invertir en la formación y salario digno de los trabajadores de la salud. La ausencia de los trabajadores y personal capacitado es un problema, que puede tener graves repercusiones, sino se aborda a tiempo.
7. Salud de los adolescentes: Es fundamental trabajar en políticas que promuevan la salud mental y prevengan el consumo de drogas y alcohol en este grupo de población. Entendiendo, que al año más de un millón de adolescentes mueren debido a diversas causas, como lesiones en la carretera, VIH, suicidio y violencia interpersonal.
8. Confianza pública en la salud: Es importante, fortalecer la atención primaria de salud y promover la alfabetización científica para garantizar la confianza pública en la salud. Esto debido, a que, se observan la difusión de información errónea en las redes sociales que termina comprometiendo la confianza en las instituciones de salud pública y puede tener consecuencias graves en la prevención de enfermedades.
9. Uso de nuevas tecnologías en salud: Es importante desarrollar políticas que garanticen un uso positivo, ético y seguro de estas tecnologías. Las nuevas tecnologías (la inteligencia artificial y la edición del genoma) pueden revolucionar la prevención y tratamiento de enfermedades, pero también plantean desafíos éticos y de regulación.
10. Resistencia antimicrobiana: Es fundamental abogar por la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos, así como por medidas para prevenir la resistencia antimicrobiana en todo el mundo. La resistencia a los antibióticos, hoy representa una amenaza para la medicina moderna, poniendo en peligro la efectividad de los tratamientos actuales.

4

# Economía de la Salud y Administración de Recursos Financieros

# CAPÍTULO 4.
## ECONOMÍA DE LA SALUD Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

Nancy Margarita Domínguez Rodríguez, Karen Raquel Castillo Mantilla, Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa, Karla Alejandra Briones Jara, Cecilio Jacinto Vera Núñez, Luis Alberto Salazar Guashpa, Yanedsy Díaz Amador y Carla Julia Suárez Rivera.

La administración financiera en salud no es una gestión contable tradicional; es una disciplina estratégica que opera en la intersección de la ética, la medicina y las finanzas. Viene a ser el trípode en el que se apoya todo el sistema de salud actual para su correcta dirección. En el periodo 2024-2026, el administrador actúa como un "custodio de la escasez", donde su principal responsabilidad es maximizar el bienestar poblacional bajo restricciones presupuestarias severas. Dicho de otra forma “hacer más con menos”, en este escenario, cada decisión financiera (desde la adquisición de un tomógrafo de última generación hasta la renovación de un contrato de servicios de limpieza) deja de ser un movimiento de cifras para convertirse en una decisión que impacta directamente en la equidad y la vida de las personas.

La economía de la salud nos enseña que los recursos son finitos, mientras que las necesidades de salud son, por naturaleza, ilimitadas. Ante esta, tensión constante que obliga a trascender el balance de pérdidas y ganancias para adoptar el enfoque de la Costó-Efectividad. Bajo este enfoque, la administración sanitaria, no trata simplemente de gastar menos, sino de "gastar mejor" para cubrir las necesidades de la institución. Para esto, el gestor de actual, debe dominar conceptos como el costo de oportunidad: entender que cada dólar mal invertido en una tecnología (con alto costo y baja evidencia de resultados), es un dólar que se resta a programas de prevención primaria que podrían salvar a cientos de vidas.

Hoy, es la transición hacia los Modelos de Pago Basados en Valor es un pilar fundamental en la administración de recursos financieros. Atrás a quedando, el modelo de "pago por servicio", que incentivaba el volumen sobre la calidad (dejaba de lado el bienestar del paciente) (23). Si el paciente, se recupera más rápido y no reingresa, la institución es más eficiente y sostenible; el administrador estratégico lidera, la implementación de contratos que premian los resultados

en salud por encima de todo. Transformando así, el departamento financiero de un ente fiscalizador a un motor de innovación asistencial, este enfoque alinea los incentivos financieros con el bienestar clínico.

No obstante, la gestión financiera también exige un rigor técnico absoluto en el control del gasto operativo y la eficiencia técnica. El uso de herramientas como el análisis de variaciones permite identificar "bolsas de ineficiencia" y el presupuesto base cero, en el sector salud, suelen esconderse en procesos burocráticos redundantes o en el uso irracional de suministros médicos. La transparencia en la cadena de suministros Y la digitalización del ciclo de ingresos, son los escudos que protegen la salud financiera de la organización frente a la inflación médica y la incertidumbre macroeconómica.

Al final, la economía de la salud, nos recuerda que la administración financiera es un acto de justicia distributiva. Donde el administrador no solo gestiona dinero; sino también, gestiona la posibilidad de acceso a un derecho humano fundamental. Al final del día, la solvencia de un hospital no se mide solo por su margen de utilidad, sino por su capacidad de permanecer abierto, actualizado y disponible para quienes más lo necesitan. Gestionar con rigor es, en última instancia, la forma más profunda de cuidar, asegurando que los recursos lleguen con precisión quirúrgica allí donde pueden generar el mayor alivio y la mayor salud posible.

## 4.1 Principios de economía aplicados al sector salud

### *4.1.1 La especificidad de la economía en el ámbito sanitario*

La salud no se comporta como un mercado de bienes de consumo masivo (ni mucho menos). La demanda de servicios de salud es una demanda derivada: nadie desea una cirugía por el placer de consumirla, sino por el beneficio de salud que esta genera. Esta distinción es vital para entender las particularidades del mercado sanitario:

- Incertidumbre y Riesgo: A diferencia de otros sectores, el administrador enfrenta una incertidumbre radical en la demanda, al no conocer la cantidad de pacientes que llegaran en un día. En vista de esto, surge la necesidad de gestionar fondos de reserva y modelos actuariales de riesgo, para surcar la incertidumbre.

- Relación de Agencia y Demanda Inducida: El paciente (principal) delega sus decisiones en el médico (agente), debido a la asimetría de información que posee. Ante esto, el administrador debe supervisar que esta relación no derive en un sobreconsumo de recursos, motivado por intereses distintos al bienestar integral del paciente, implementando protocolos de pertinencia clínica (6).
- Externalidades y Bienes Públicos: El sector salud genera beneficios que desbordan al individuo. Una inversión en el control de una enfermedad infecciosa protege a toda la comunidad. Por ello, la administración financiera debe ver la prevención no como un gasto, sino como una inversión con externalidades positivas masivas.

#### *4.1.2 El binomio Eficiencia-Equidad: La Frontera de Posibilidades*

El administrador moderno opera bajo el concepto del Costo de Oportunidad: cada dólar invertido en una tecnología de alto costo para un solo paciente es un dólar que no se invierte en programas preventivos para miles.

1. Eficiencia Técnica vs. Asignativa: La eficiencia técnica busca producir la mayor cantidad de servicios al menor costo. Sin embargo, la eficiencia asignativa es más profunda: se trata de elegir los servicios correctos que generen el mayor impacto en la salud pública
2. Equidad como Imperativo de Gestión: Según el marco de 2026, la equidad no es caridad, sino eficiencia a largo plazo. Una distribución inequitativa genera "bolsas de enfermedad" que terminan colapsando los servicios de urgencias con casos crónicos evitables, aumentando el gasto total del sistema (3).

#### *4.1.3 Evaluación Económica en Salud: Herramientas de decisión estratégica*

Para que una inversión sea aceptada en el presupuesto 2026, el administrador debe presentar análisis de costo-resultado. Las herramientas clave se resumen en la siguiente jerarquía de complejidad:

- Análisis de Minimización de Costos (AMC): Se aplica cuando los resultados clínicos son idénticos (ej. elegir entre dos medicamentos genéricos con la misma bioequivalencia). La decisión es puramente financiera.

- Análisis de Costo-Efectividad (ACE): Es el estándar de oro, para comparar intervenciones con objetivos comunes. Donde, se mide a través de la Razón de Costo-Efectividad Incremental (RCEI), que indica cuánto cuesta ganar una unidad adicional de salud.
- Análisis de Costo-Utilidad (ACU): Se puede comparar programas de áreas totalmente distintas (ej. Diálisis vs. Salud Mental), utilizando los AVAC (Años de vida ajustados por calidad) como una métrica común de bienestar.
- Análisis de Costo-Beneficio (ACB): Es un parámetro, útil para justificar grandes inversiones en infraestructura ante juntas directivas no médicas; traduciendo tanto costos, como resultados a términos monetarios.

#### *4.1.4 Fallas del mercado, Monopsonios y Regulación*

El administrador debe reconocer que el mercado de salud falla por naturaleza. La presencia de Monopolios Naturales (patentes farmacéuticas) y la Selección Adversa en los seguros exigen una gestión proactiva.

- Poder de Compra (Monopsonio): Las instituciones de salud modernas utilizan las Centrales de Compra para actuar como un único comprador frente a los proveedores, logrando economías de escala que un hospital individual no podría alcanzar.
- Riesgo Moral: El administrador debe diseñar mecanismos de control para evitar que el personal o los pacientes consuman recursos en exceso solo porque "el seguro lo cubre", promoviendo una cultura de responsabilidad financiera.

#### *4.1.5 La Economía del Valor y la Ecuación de Porter*

El paradigma actual es el *Value-Based Healthcare* (VBHC). El administrador deja de ser un "comprador de insumos" para ser un "comprador de salud". El valor se expresa mediante la siguiente relación:

Valor = Resultados de Salud que Importan al Paciente/Costo Total del Ciclo de Cuidado

Bajo esta óptica, el administrador incentiva la resolución, no el volumen. Un hospital que cura a un paciente en 3 días con un costo de 1,000 unidades es más valioso que uno que lo

hace en 7 días por 800 unidades, si el primer paciente no vuelve a recaer. La prevención de las reintervenciones y las glosas se convierte en la mayor fuente de rentabilidad institucional (5).

**Tabla 17.** *Tipología de Evaluaciones Económicas para la Gestión Sanitaria*

| Método de Análisis | Medición de Costos | Medición de Resultados | Aplicación en la Administración |
|---|---|---|---|
| Costo-Efectividad (ACE) | Unidades monetarias ($). | Unidades clínicas (ej. mmHg de presión reducida). | Elección entre dos tratamientos para una misma enfermedad. |
| Costo-Utilidad (ACU) | Unidades monetarias ($). | Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC/QALY). | Asignación de presupuestos entre diferentes especialidades. |
| Costo-Beneficio (ACB) | Unidades monetarias ($). | Unidades monetarias ($). | Proyectos de infraestructura (ej. construir un nuevo hospital). |
| Análisis de Impacto Presupuestario | Unidades monetarias ($). | Gasto total en el tiempo. | Evaluación de la sostenibilidad financiera a corto plazo (1-3 años). |

*Nota*. Elaboración propia.

*Caso práctico: la inversión en educación al paciente al alta reduce los reingresos y mejora el margen financiero del servicio de hospitalización.*

Existe la percepción errada, de ver la charla de educativa al paciente, previa a irse a casa como un simple protocolo administrativo; no obstante, en realidad es la intervención clínica más

importante para frenar el fenómeno de la "puerta giratoria" que tanto a asfixia a nuestros hospitales. En el modelo actual, el momento en que el paciente cruza la puerta de salida es cuando más riesgo corre; una duda no resuelta sobre su tratamiento o un signo de alarma ignorado es el camino directo a un reingreso evitable en menos de un mes. Y es sin dudas frustrante ver una cama ocupada por alguien que regresa solo porque no entendió bien su dosis de medicación.

Para quienes administramos servicios sanitarios, reducir estas tasas no es solo una meta de calidad, es una necesidad financiera. Hoy en día, los sistemas de pago basados en valor no perdonan: si un paciente regresa por una complicación que pudimos prevenir educándolo, las aseguradoras simplemente no reembolsan esa estancia. Esa cama se convierte en una pérdida neta para la institución. Es por ello, que debemos apostar por la "enseñanza inversa": pedirle al paciente o a su cuidador que nos explique, con sus propias palabras, cómo se va a cuidar en casa. Si invertimos en enfermería especializada o en navegadores de pacientes, estamos cerrando brechas antes de que se conviertan en una urgencia. Cuando el paciente se siente empoderado en su autocuidado, la variabilidad de los resultados cae y nuestra reputación frente a los competidores sube.

Si lo analizamos fríamente, una educación robusta optimiza el “Giro de Cama” Cada paciente que "vuelve" por algo prevenible, desvía recursos que otros pacientes requieren; consumiendo insumos y personal que no generan nuevos ingresos. Al evitar ese reingreso, liberamos espacio para una cirugía programada o un caso de alta complejidad que requiera atención. Una simple sesión, educativa de 20 minutos puede ser mucho más rentable que días de estancia hospitalaria malgastada.

Para terminar, no podemos hablar de Salud 5.0 sin tocar la telemedicina, donde se lleva el hospital al hogar. Algo simple, como un código QR en el informe de alta, que lleve a un video tutorial sobre cómo curar una herida es una herramienta poderosa. Estos activos digitales no cuestan casi nada una vez creados, pero su retorno es masivo. Si logramos que un paciente use una app de monitoreo y detectamos una descompensación a tiempo, habremos salvado tanto su salud como el margen financiero de nuestra unidad de cuidados intensivos.

## 4.2 Financiamiento, presupuestos y control de costos hospitalarios

La gestión financiera en el entorno sanitario actual, ya dejo de ser una función de soporte para convertirse en el núcleo de la estrategia institucional. El administrador debe dominar no solo la contabilidad de costos, sino también la ingeniería de los Ciclos de Ingresos, asegurando que cada intervención clínica sea financieramente viable y socialmente responsable. La sostenibilidad financiera de una institución debe ir de la mano con un control riguroso de los gastos, para ello se debe tener claro ¿en qué se gasta? Y el ¿Por qué? Detrás de cada salida de dinero.

### *4.2.1 Fuentes de financiamiento y flujos de caja en salud*

El administrador debe gestionar diversas fuentes de ingresos, utilizando "mezcla de pagadores" se puede determinar el riesgo financiero de la institución. Esta se viene a convertir en una especie de "termómetro" para saber los riesgos operativos en una organización. Ahora bien, mientras que el financiamiento público suele aportar estabilidad en el volumen, pero rigidez en el margen, el sector privado exige una agilidad administrativa superior para evitar la pérdida de ingresos por retrasos en los pagos. El administrador acá se convierte en el rol de "custodio" de los recursos financieros con los que cuenta la organización.

En el contexto de 2024-2026, el financiamiento se divide principalmente en:

- Financiamiento Público: Basado en presupuestos estatales o seguridad social, donde el reto es la eficiencia ante techos de gasto rígidos.
- Financiamiento Privado: Requiere una gestión comercial agresiva y una facturación impecable para evitar el "gasto de bolsillo" excesivo del paciente.
- Modelos de Pago por Desempeño: Una tendencia creciente donde una parte del ingreso hospitalario está condicionada al cumplimiento de metas de calidad y seguridad.

Es necesario señalar, que, aunque en todos los modelos previamente señalados se busca alcanzar el cuidado de calidad hacía el paciente. La fuente del financiamiento, sin duda se convierte en un factor condicionante a la hora de la tomar decisiones financieras en una organización. No dejando de lado en ninguno de los caos la máxima premisa "sostenible financiera y calidad del servicio sanitario".

### *4.2.2 Elaboración del presupuesto hospitalario: Del modelo histórico al Base Cero*

La planificación presupuestaria moderna rechaza el "presupuesto incremental" (añadir un porcentaje al gasto del año pasado). La planificación de un presupuesto pasa por entender las necesidades que tiene la institución (actuales), como aquellas que pueden surgir ante choques externos (previsión ante crisis futuras).

El administrador tiene que velar por la continuidad plena del servicio sanitario en escenarios adversos. Por ejemplo “destinar una parte del presupuesto para abastecer su inventario por encima de sus necesidades inmediatas” entiendo que puede existir algún hecho interrumpa su cadena de logística (Una pandemia).

El administrador actual utiliza:

1. Presupuesto Base Cero (PBC): Cada servicio (Cardiología, UCI, etc.) debe justificar cada gasto desde cero cada año, eliminando costos «heredados» que no aportan valor.
2. Presupuesto por Programas: Asignación de recursos basada en líneas de cuidado (ej. Programa de Atención al Infarto), permitiendo una mejor trazabilidad del impacto en salud.

### *4.2.3 Metodologías de Control de Costos: El Sistema ABC (Activity Based Costing)*

Para entender la metodología de control, primero hay saber de dónde partimos. El sistema ABC (*Activity Based Costing*) dio un gran aporta al permitir la identificación de costos indirectos; ahora, el estándar de oro en 2026 es el Costeo Basado en Actividades por Tiempo (TDABC). Esta metodología, impulsada por figuras como Robert Kaplan y Michael Porter, simplifica el control al enfocarse en dos variables: el costo por unidad de tiempo de la capacidad instalada y el tiempo que cada actividad consume de esa capacidad.

El buen uso de esta metodología (TDABC) permite al administrador determinar el costo real del ciclo completo de cuidado de un paciente con precisión quirúrgica. Esto le permite al administrador conocer cuánto cuesta cada minuto de un especialista, de una enfermera o de un equipo de alta tecnología, la institución puede negociar contratos con aseguradoras basados en datos fácticos y no en promedios históricos. Este nivel de presión en la eje-

cución de los procesos de cuidad hospitalario no solo cuidar la sostenibilidad financiera de la institución, sino que puede anticipar estimados de costes futuros. Esta transparencia es la herramienta más poderosa para eliminar el desperdicio (Lean) y optimizar el uso de los recursos más costosos del hospital.

El Costeo Basado en Actividades (ABC) es la herramienta de elección en 2026 (6):

- Identifica cuánto cuesta cada "actividad" (ej. una hora de quirófano, un estudio de laboratorio).
- Permite al administrador identificar el costo real por paciente según su patología, facilitando la negociación de tarifas con las aseguradoras y detectando ineficiencias ocultas en procesos específicos.

#### *4.2.4 Control de Gestión Financiera y Análisis de Desvíos*

El control no es un evento contable de fin de mes, es una vigilancia permanente para administración sanitaria. La precisión en registro y el control al detalle de cada gasto por “mínimo” que sea por parte del administrador evitara la perdida (desvíos) de recursos. Para esta labor el administrador utiliza:

- Análisis de Variaciones: Comparar el gasto real vs. el presupuestado, identificando si el desvío es por "precio" (insumos más caros) o por "volumen" (más pacientes de los esperados).
- Punto de Equilibrio (*Break-even point*): Determinar el número mínimo de servicios que debe realizar la institución para cubrir sus costos fijos.
- Gestión de Glosas: Implementación de auditorías concurrentes para asegurar que los registros clínicos soporten la facturación, reduciendo el rechazo de pagos por parte de los pagadores.

#### *4.2.5 Sostenibilidad y Eficiencia en el Uso de Recursos*

La administración financiera en 2026 integra la Salud Verde. El control de costos ahora incluye la eficiencia energética y la reducción de residuos, ya que el impacto ambiental se traduce

en costos operativos directos y multas regulatorias. La inversión en tecnologías de bajo consumo y la optimización de la cadena de frío son hoy decisiones financieras estratégicas (6). Un administrador debe ver dichas inversiones no como simples "metas loables" (que lo son) sino como estrategia de eficiencia financiera a largo plazo. Un hospital que invierta en paneles solares, se encuentra mejor preparado ante posibles disrupciones en el servicio eléctrico. Por otro lado, la sostenibilidad, también se puede traducir directamente en resiliencia financiera al evitar el incumplimiento de regulaciones y se fortalece la buena reputación institucional.

**Tabla 18.** *Clasificación y Control de Costos en la Gestión Hospitalaria*

| Categoría de Costo | Definición en Salud | Ejemplo Práctico | Estrategia de Control |
|---|---|---|---|
| Costos Directos | Vinculados directamente a la atención del paciente. | Medicamentos, prótesis, honorarios médicos. | Compras centralizadas y guías de práctica clínica. |
| Costos Indirectos | Gastos de apoyo necesarios para la operación. | Administración, sistemas IT, lavandería. | Outsourcing estratégico y eficiencia energética. |
| Costos Fijos | Independientes del número de pacientes. | Arrendamiento de equipos, nómina administrativa. | Optimización de la capacidad instalada. |
| Costos Variables | Fluctúan según el volumen de atención. | Insumos descartables, alimentación de pacientes. | Gestión de inventarios Justo a Tiempo (JIT). |
| Costos de Oportunidad | Beneficio perdido por elegir una inversión sobre otra. | Invertir en una nueva UCI vs. en Telemedicina. | Análisis de Costo-Utilidad (ACU). |

*Nota*. Elaboración propia

## 4.3 Gestión de suministros, logística y compras públicas/privadas

La logística sanitaria ha evolucionado de ser un centro de costos a un área crítica de mitigación de riesgos. Eventos devastadores que pueden interrumpir las cadenas de logística, como la crisis sanitaria mundial (Covid-19) dejaron al descubierto la fragilidad de las cadenas de suministro globales, ante estos escenarios se debe entender la necesidad de contramedidas y planes de acción para reducir los riesgos. El administrador moderno entiende que el desabastecimiento de un solo insumo crítico (como un anestésico o un reactivo de laboratorio) puede paralizar servicios enteros, generando pérdidas económicas masivas y, lo más grave, comprometiendo la seguridad del paciente (6).

### *4.3.1 La Cadena de Suministro Resiliente (Post-2021)*

La crisis sanitaria global de inicios de la década obligo a un cambio de paradigmas trasversal, entendiendo que la seguridad y resiliencia de la logística sanitaria es prioritario sobre los costes. Un centro Hospitalario puede tener los mejores profesionales y equipos de última generación, pero si carece de la indumentaria básica se vuelve incapaz de garantizar su servicio asistencial. Una cadena de insumos resiliente es entonces, un “seguro” para la continuidad ininterrumpida de la atención al paciente que el administrador no puede pasar por alto.

El administrador de 2026 ha migrado del enfoque de "eficiencia de costos" a uno de "seguridad de suministro" (6).

- Del JIT al JIC: Se protegiendo a la institución de los imprevistos del mercado global, al utilizar el modelo contemporáneo Just-in-Case (Por si acaso), priorizando el mantenimiento de stocks de seguridad estratégicos para insumos críticos (sedantes, EPP, reactivos). En contraste, con el modelo anterior Just-in-Time (Justo a Tiempo) buscaba inventarios cero.
- Visibilidad de la Cadena: Se consigue anticipar desabastecimientos por crisis geopolíticas o climáticas. A través, del uso de tecnologías para rastrear el insumo no solo desde que llega al hospital, sino también, desde su origen en el proveedor.

### *4.3.2 Modelos de Compra: Pública vs. Privada*

La adquisición de nuevos equipos es hoy día, un hecho primordial en la administración sanitaria. La compra o no de un equipo, pude influir directamente en la eficiencia que perciba el paciente ante una contingencia (la existencia de un equipo de diálisis para un paciente renal). Ante esto, el administrador debe estar abierto a incorporar el equipo que estime necesario, según las necesidades que observe en la intuición.

En el proceso de adquisición, puede variar drásticamente según la naturaleza jurídica de la institución (Pública o Privada), pero ambas convergen en la necesidad de transparencia y la eficiencia técnica.

1. Compras Públicas: Estas se encuentra, regidas por leyes de licitación nacional. Donde, el administrador debe dominar los pliegos de condiciones y evitar el riesgo de "licitaciones desiertas". Se llega a favorecer, las Compras centralizadas (varios hospitales comprando juntos) para ganar poder de negociación y economías de escala.
2. Compras Privadas: Mayor agilidad operativa mediante convenios macro y alianzas estratégicas con proveedores clave. Se utilizan modelos de Pago por Resultados, donde el hospital no paga por el dispositivo, sino por el éxito del procedimiento.

En ambos casos, siempre se busca tener los resultados más óptimos. Donde el beneficio percibido (Mejora en la atención al paciente) supere el valor de la inversión (Coste financiero). Lo más idóneo, para estos casos es que el administrador siempre evalué todos los factores antes de tomar una decisión de adquisición. Los mejores recursos son aquellos que no se desperdician.

### *4.3.3 Gestión de Inventarios y Almacenamiento Inteligente*

La tecnología pasa a ser el gran habilitador de la eficiencia logística para el administrador. Atrás quedaron los tiempos donde el control del inventario representaba un desafío titánico para el administrador, teniendo riesgos presentes en el mismo. Un medicamento vencido podría significar poner en peligro la vida de un paciente, eso sin olvidar el evidente desgaste financiero y administrativo que implicaba mantenerlo en orden.

A día de hoy, la administración moderna en las nuevas tecnologías un aliado considerable en eficiencia del inventario y la agilización su uso pertinente la atención sanitaria. Utilizando la tecnología para reducir el "capital inmovilizado" y evitar el vencimiento de fármacos.

- Sistemas Automatizados de Dispensación (SAD): Se reducen el error de medicación y se registra el consumo en tiempo real, con el uso de armarios inteligentes en las plantas de enfermería, que pueden disparar órdenes de reposición automáticas (16).
- Identificación por Radiofrecuencia (RFID): Su implementación, permite optimizar el mantenimiento preventivo y reducir pérdidas, con el rastreo de equipos médicos costosos y dispositivos implantables dentro del hospital (7).

#### *4.3.4 Logística Verde y Compras Sustentables (2024-2026)*

La compra pública verde (CPV) es un alcance innovador, donde se evalúa a los proveedores no solo por lo competitivo de sus precios; también, por su huella de carbono y su gestión de residuos. A través, de la seleccionando proveedores que utilicen empaques biodegradables o que ofrezcan programas de "retoma" de dispositivos reacondicionados; el administrador líder favorece la Economía Circular. Al actuar así, se prevé el aumento de impuestos al carbono y una mejora en la reputación institucional ante una sociedad cada vez más consciente. La compra sustentable no es solo ética, sino económicamente favorable.

- Economía Circular en Salud: Programas de retorno de dispositivos médicos y reducción de plásticos de un solo uso en la cadena de suministros.
- Gestión de Residuos: Optimización del flujo logístico inverso para el tratamiento de desechos peligrosos y biológicos, reduciendo multas ambientales y costos de disposición final.

#### *4.3.5 El Rol del Administrador en la Negociación Estratégica*

El gestor logístico debe ser un negociador experto que comprenda el que el alcance real de las decisiones que toma, basándose no el instinto sino en datos medibles que le permiten corroborar cual opción es mejor en cada caso y el “¿por qué?” que hay detrás. No se trata de comprar el insumo más barato, sino el que tenga el menor costo durante todo su ciclo de vida

(incluyendo mantenimiento, capacitación y disposición final). El administrador experto utiliza el concepto de Costo Total de Propiedad (TCO).

Para evaluar una compra, se aplica la siguiente lógica formal:

TCO = P + O + M + D

Donde:

- P: Precio de adquisición inicial.
- O: Costos operativos (energía, consumibles, personal capacitado).
- M: Costos de mantenimiento (preventivo y correctivo).
- D: Costos de disposición final (gestión de residuos o retiro).

Bajo esta fórmula, un equipo que cuesta un 20% más en su compra inicial, pero consume un 50% menos de energía y requiere menos mantenimiento es, financieramente, la opción superior.

**Tabla 19.** *Comparativa de Estrategias de Adquisición y Logística (2025-2026)*

| Estrategia | Descripción Técnica | Aplicación en la Gestión |
|---|---|---|
| Licitación Corporativa | Compra masiva para toda la red de hospitales. | Maximiza economías de escala y estandarización. |
| Contratos por Consignación | El hospital paga solo cuando el insumo se consume. | Mejora el flujo de caja y reduce el riesgo de inventario. |
| Logística de Última Milla | Entrega directa de fármacos al domicilio del paciente. | Eje del modelo de "Hospital Líquido" y telemedicina. |
| Auditoría de Insumos | Cruce entre lo consumido vs. lo facturado. | Detecta fugas de inventario y optimiza la facturación. |

| | | |
|---|---|---|
| Evaluación de Proveedores | *Scoring* basado en cumplimiento, calidad y ética. | Reduce riesgos legales y asegura la continuidad del servicio. |

*Nota*. Elaboración propia

## 4.4 Auditoría médica y procesos de facturación

La auditoría en la gestión administrativa siempre ha cumplido un papel importante en adecuado manejo y control de recursos. Desde la facturación de un insumo hasta la compara de equipos, toda actividad que implique el manejo de recursos financieros en una organización tiene que tener un filtro de control. Para el administrador la auditoria se convierta en un proceso ineludible si busca reducir los riesgos de pérdida o manejo de deficiente de recursos, entender el manejo de sus balances contables y optimizar sus procesos administrativos. Un hospital que tiene que tiene que tener registro claros y trasparentes de sus gastos, si espera mejorar sus servicios en algún área.

Actualmente en el entorno de la Salud 5.0, la auditoría médica ha dejado de ser una función reactiva y punitiva para transformarse en un sistema de inteligencia de negocios. Un centro de atención puede tener flujos diferentes de pacientes de un mes a otro, y es necesario que se sepa el cómo se destinaron los recursos en cada caso. El administrador moderno la utiliza como una herramienta de control de calidad dual: garantiza que el paciente reciba la mejor evidencia clínica disponible y asegura que la institución reciba la compensación justa por cada recurso invertido (6).

### *4.4.1 La Auditoría Médica como herramienta de gestión de valor*

La auditoría contemporánea se fundamenta en la Pertinencia Clínica, que busca el equilibrio entre la subutilización (riesgo para el paciente) y la sobreutilización (desperdicio financiero). No se busca ver “donde recortar costes” sino entender a “donde va cada gasto” así poder asignar los recursos a cada área clínica de forma eficiente.

- Auditoría de Gestión vs. Auditoría Clínica: Mientras la clínica vigila la adherencia a protocolos (atención en el diagnostico), la de gestión analiza si los tiempos de estancia

(Experiencia del paciente en la atención) y el uso de insumos de alta tecnología guardan proporción con el diagnóstico.

- Auditoría Concurrente y Predictiva: La modalidad concurrente garantiza intervenir en el momento, permitiendo acelerar el flujo logístico para liberar la cama; si un auditor detecta que un paciente permanece hospitalizado solo a la espera de un examen diagnóstico, optimizando el “Giro de Cama” y reduciendo el costo de estancia no facturable.
- Medicina Basada en Evidencia (MBE): El auditor para proteger a la institución de reclamaciones legales (demandas) y glosas técnicas, utiliza la MBE como el “estándar de oro” que permite validar si una terapia de alto costo está justificada o no.

#### *4.4.2 Optimización del Ciclo de Ingresos (Revenue Cycle Management - RCM)*

Al igual que la sangre mueve al cuerpo humano, el RCM es el sistema circulatorio financiero. Sin ingresos ninguna organización podría sostenerse en el tiempo (Una clínica cerrada por falta de ingresos). Su optimización requiere que el administrador elimine los "puntos de fricción" entre la atención y el recaudo.

1. Mejora de la documentación clínica: El programa de mejora de la documentación clínica, es una de las mayores expansiones del RCM actualmente. Si el médico no registra con precisión la patología de la enfermedad, la codificación será deficiente y se generaran complicaciones innecesarias.
2. Transición CIE-11 y Mapeo de Procedimientos: El administrador, debe supervisar que utilicen herramientas de validación cruzada para minimizar el error humano y que los codificadores estén certificados. La precisión en la codificación, bajo CIE-11 permite una granularidad diagnóstica, que facilita la negociación de contratos por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).
3. Captura Automatizada de Cargos: La integración de dispositivos IoT y armarios de dispensación automatizada permite que el 95% de los insumos se carguen a la cuenta del paciente sin intervención manual, reduciendo las "fugas de ingresos" que históricamente han afectado la rentabilidad hospitalaria.

#### *4.4.3 Gestión de Glosas: De la Reacción a la Prevención*

La glosa no es solo dinero que no ingresa; es un costo administrativo adicional por el proceso de apelación. El administrador debe medir el "Costo de Recuperación de la Glosa", para determinar la eficiencia del departamento.

- Comités de Conciliación Permanente: Las instituciones modernas mantienen mesas técnicas con las aseguradoras (en lugar de disputas esporádicas) para unificar criterios de interpretación de las "Guías de Práctica Clínica" (GPC).
- Análisis de Pertinencia Administrativa: La automatización de la verificación de derechos al ingreso (Front-end) es la estrategia más efectiva para reducir la tasa de glosas iniciales en un 20-30%.

#### *4.4.4 Inteligencia Artificial y Machine Learning en la Facturación*

La IA en 2026 viene a ser como un "Auditor Aumentado", en el manejo de facturas es una labor de gran relevancia en la estabilidad financiera de cualquier organización. Si un centro no tiene ingresos no puede comparar insumos o el equipo que requiera para prestar servicios de calidad al paciente, así de simple. El uso de algoritmos, de Procesamiento de Lenguaje Natural (NLP) permite analizar notas médicas no estructuradas; al comprender su relevancia, se debe buscar la máxima eficiencia en su manejo y ejecución, para de esta manera detectar los servicios prestados que no fueron facturados.

- *Scrubbing* de Cuentas: El sistema de IA, realizan un barrido automático para detectando errores lógicos (Como un procedimiento de próstata a una paciente femenina) o inconsistencias clínicas, antes de enviar la factura al pagador. Esto, garantiza una tasa de "facturación limpia" superior al 98%.
- Modelos de Propensión al Pago: La analítica predictiva ayuda a la administración a identificar qué cuentas tienen mayor riesgo de glosa o impago, permitiendo priorizar los esfuerzos de auditoría en los casos de mayor impacto financiero (7).

#### *4.4.5 Ética, Transparencia y Compliance Financiero*

El administrador debe velar por que la búsqueda de la eficiencia no degenere en una "cultura de negación". Un paciente debe saber lo que se le cobra por atención, con el mismo rigor con él

que se le da un diagnóstico médico. La ética en la auditoría garantiza que el ahorro institucional nunca se logre a expensas de la seguridad del paciente. El administrador debe entender que la trasparencia en el actuar financiero es una garantía de seguridad (para el paciente como la institución) manteniendo la confianza y buena reputación.

- Transparencia de Precios: En la actualidad, la ley y la ética exigen que el paciente reciba presupuestos claros y facturas comprensibles. Donde, la transparencia reduce el litigio médico-legal y mejora la confianza del paciente, convirtiéndose en una ventaja competitiva a largo plazo (6).
- Auditoría de Cumplimiento (*Compliance*): El administrador, certifica que los procesos de facturación cumplan con las leyes antifraude. La "sobre-codificación" para inflar ingresos, es un riesgo legal masivo que puede llevar a la pérdida de licencias institucionales.

***Protocolo de Prevención de Fraude y Error en la Gestión Hospitalaria***

En toda organización existe el riesgo (en mayor o menor medida) de error en el manejo de recursos (fallas humanas) o de malversaciones. En el caso de la administración sanitaria esto se debe ver con especial cuidado, debido a que puede traer desenlaces fatales, que causan daño tanto para la institución (daño reputacional) como en la vida humana (Fallecimiento de un paciente). Es por ello, que se debe cada institución debe contar con contramedidas para mitigar el riesgo de que esto suceda. Es deber del administrador vigilar no solo los recursos a su cargo; sino también, de que exista un plan de previsión ante dicha amenaza.

I. ***Marco de Gobernanza y Cultura de Cumplimiento (Compliance)***

La base de cualquier sistema de control interno es la creación de un entorno de Cultura Justa y Transparencia. El administrador debe establecer un código de ética financiera que defina claramente qué se considera fraude (acción deliberada para obtener un beneficio ilícito) y qué se considera error (falla sistémica o humana sin dolo). Ante esto, se implementa el modelo de las Tres Líneas de Defensa:

1. La primera línea compuesta por el personal operativo que registra los cargos.

2. La segunda por el departamento de calidad y auditoría médica que supervisa el cumplimiento.
3. La tercera por la auditoría interna independiente que evalúa la eficacia de los controles.

Esta estructura, busca que ninguna unidad funcional tenga el control total sobre un proceso financiero, reduciendo el riesgo de colusión y opacidad.

### II. *Control de Duplicidad de Cobros: El Sistema de "Scrubbing" y Validación Cruzada*

La duplicidad de cobros es uno de los errores más comunes y costosos, a menudo derivado de fallas en la integración de sistemas departamentales. Para evitar este riesgo, el protocolo exige la implementación de un “Software de Limpieza de Cuentas” que analice cada factura antes de su emisión. Este sistema debe programarse con reglas lógicas de exclusión; por ejemplo, el sistema debe alertar automáticamente si se intenta facturar dos veces el mismo código de procedimiento para el mismo paciente en la misma fecha y lateralidad, a menos que exista una justificación clínica documentada. Asimismo, se debe realizar una Conciliación Periódica de Inventarios vs. Facturación, verificando que el número de insumos descargados del almacén coincida exactamente con los cargos realizados en la cuenta del paciente, eliminando la posibilidad de "cobros fantasmas" por materiales no utilizados.

### III. *Detección de Servicios no Prestados mediante Auditoría de Trazabilidad*

El fraude por servicios no prestados, representa una de las amenazas más sofisticadas para el administrador. Para prevenirlo, el protocolo establece la “Auditoría de Triangulación Clínica”, que consiste en cruzar tres fuentes de información independientes: la orden médica original, el registro de ejecución en la nota de enfermería o reporte quirúrgico, y el cargo final en la factura. La cuenta debe ser bloqueada para investigación, si una de estas piezas falta o es inconsistente (un medicamento facturado que no figura en la hoja de administración de medicamentos). Adicionalmente, el uso de Tecnología RFID y Sistemas de Geolocalización para equipos biomédicos de alto costo permite verificar si un equipo realmente estuvo en la habitación del paciente durante el tiempo en que se facturó su uso, proporcionando una prueba forense irrefutable de la prestación del servicio.

### *IV. Gestión de Accesos y Segregación de Funciones en el Ciclo de Ingresos*

Un control interno robusto exige que la persona que autoriza un servicio no sea la misma que realiza la codificación clínica, ni la misma que gestiona el recaudo o la anulación de facturas. Este principio, de “Segregación de Funciones” evita que un colaborador pueda manipular el sistema para ocultar servicios no prestados o desviar fondos. El protocolo define, niveles de acceso estrictos en la Historia Clínica Electrónica (HCE), donde cualquier modificación o eliminación de un cargo facturado debe generar un “Log de Auditoría” imborrable que registre “quién”, “cuándo” y “por qué” se realizó el cambio. Para detectar patrones de comportamiento inusual de posibles fraudes, estos registros deben ser revisados aleatoriamente por el comité de cumplimiento mensualmente.

### *V. Minería de Datos y Analítica Predictiva para el Monitoreo de Patrones*

En el contexto de la administración moderna, el control manual es insuficiente ante el volumen de transacciones hospitalarias. El protocolo incorpora el uso de Algoritmos de Detección de Anomalías basados en inteligencia artificial. Estos sistemas establecen una "línea base" de comportamiento esperado para cada patología y médico; si un profesional empieza a registrar consistentemente un número de procedimientos auxiliares significativamente superior al promedio de sus pares para el mismo diagnóstico, el sistema dispara una alerta de Sobreutilización o Fraude Potencial. Este enfoque preventivo permite al administrador actuar de manera concurrente, protegiendo los recursos de la institución y asegurando que la facturación refleje con exactitud la realidad asistencial.

5

# Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente

# CAPÍTULO 5.
## GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Karen Raquel Castillo Mantilla, Jetzabel Narcisa Pendolema Espinosa,
Karla Alejandra Briones Jara, Cecilio Jacinto Vera Núñez, Luis Alberto Salazar Guashpa,
Yanedsy Díaz Amador, Carla Julia Suárez Rivera y Nancy Margarita Domínguez Rodríguez.

### 5.1 Estándares de calidad y modelos de acreditación institucional

La calidad en la gestión sanitaria se define como el esfuerzo sistemático por alinear la infraestructura tecnológica, los procesos clínicos y la ética del cuidado hacia la generación de valor. El centro de salud debe procurar darle al paciente la una atención optima ante cualquier eventualidad. El administrador debe entender que la acreditación no es la meta final, sino el marco de referencia para mitigar riesgos y asegurar la sostenibilidad institucional.

#### *5.1.1 La Calidad como imperativo estratégico: El Marco Donabedian 2026*

El modelo de Avedis Donabedian ha evolucionado de una tríada lineal a un ecosistema circular donde la información fluye en tiempo real. En 2026, el administrador debe gestionar estas tres dimensiones bajo un nuevo lente:

- Estructura (E): Esta ya no se limita a la planta física o al recurso humano; también, incluye la Arquitectura de Datos, la robustez de los sistemas de soporte de decisiones clínicas (CDSS) y la ciberseguridad. Acá, una estructura deficiente en términos de interoperabilidad, se traduce en un riesgo de seguridad al paciente que debe tomarse en serio.
- Proceso (P): El reto administrativo es reducir la "variabilidad clínica injustificada" y la excelencia se mide por la adherencia a “Guías de Práctica Clínica” (GPC) dinámicas. Para ello, utilizando herramientas de “Minería de procesos” para detectar cuellos de botella, y se implementan "Rutas de Atención Integradas" que aseguran que el paciente transite por el sistema sin fragmentación.
- Resultado (R): El éxito ya no se mide solo por la supervivencia o la ausencia de infección. El estándar actual son los PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) y los PREMs

(*Patient-Reported Experience Measures*). El resultado es "valor" solo si el paciente reporta una mejora funcional y una experiencia digna (5).

### *5.1.2 Modelos de Acreditación Internacional: JCI 8ª Edición (2024)*

La *Joint Commission International* (JCI) (17) en su versión más reciente ha desplazado el foco de los manuales estáticos hacia la Gobernanza Proactiva. El rol del responsable legal y ético de los eventos centinela es el administrador, que ya no es solo un simple observador.

- Liderazgo y Cultura de Seguridad: Se exige, que la alta dirección participe en el fomento de un entorno donde el error se reporte sin miedo a represalias (Cultura Justa) y a través de "Rondas de Seguridad".
- Gestión de la Integridad de Datos: Debido a el auge de la Historia Clínica Electrónica, la JCI audita la trazabilidad de la información. Para prevenir, fallas críticas que invalidan un proceso de acreditación (un dato mal registrado o una identidad duplicada).
- Resiliencia y Continuidad del Negocio: La capacidad de mantener la calidad bajo presión (ataques de *ransomware* o crisis climáticas) es ahora un estándar obligatorio. El hospital debe demostrar que sus procesos de calidad son independientes de la estabilidad de la red eléctrica o digital.

### *5.1.3 La Norma ISO 7101:2023: El primer estándar global de gestión para la salud*

La aparición de la ISO 7101 marca un hito al ser la primera norma ISO dedicada exclusivamente a sistemas de gestión de calidad en organizaciones de salud. La gestión sanitaria es una labor de gran importancia que tiene un profundo impacto en el desarrollo de una sociedad, al ser responsables directos de la salud de su población aledaña. A diferencia de modelos anteriores, esta norma se centra en:

- Atención Centrada en la Persona: Coloca el empoderamiento del paciente como un requisito de gestión, no como una sugerencia ética.
- Gestión de la Agilidad: Evalúa cómo la organización gestiona el cambio ante innovaciones disruptivas (como la IA generativa en diagnóstico), asegurando que la velocidad tecnológica no comprometa la seguridad.

- Salud Sostenible: Vincula la calidad con la huella de carbono institucional. Un hospital que no es ambientalmente responsable se considera, bajo este estándar, una institución con fallas de calidad sistémica.

#### *5.1.4 Modelos de Excelencia y Mejora Continua (EFQM y PHVA)*

Para que la calidad sea dinámica, el administrador utiliza el Ciclo PHVA como el motor operativo de la resolución de brechas. Sin embargo, para instituciones que aspiran a la vanguardia global, el Modelo EFQM proporciona una visión de 360 grados.

El modelo EFQM evalúa la capacidad de transformación. No basta con cumplir estándares; la institución debe demostrar cómo crea valor para todos sus *stakeholders* (pacientes, empleados, sociedad y pagadores). En este sentido, la calidad se convierte en una ventaja competitiva que facilita la negociación de contratos basados en valor con las aseguradoras. La calidad ofrecida en el servicio sanitario determina el nivel técnico profesional de una organización siendo este un elemento que influye en la mejora (o detrimento) de su reputación.

El administrador de un centro sanitario debe vigilar, que se alcancen los máximos estándares de calidad en cada etapa del proceso del paciente (recepción, diagnóstico, tratamiento y recuperación). Encontrar las carencias existentes y reducirlas de forma sostenida, hasta cumplir con los estándares de calidad en la atención al paciente.

**Tabla 20.** *Comparativa de Modelos de Acreditación y Calidad (2025-2026)*

| Modelo / Norma | Enfoque Principal | Ventaja para el Administrador | Vigencia Técnica |
|---|---|---|---|
| JCI (8ª Edición) | Seguridad del paciente y procesos clínicos. | Máximo prestigio y estandarización global de riesgos. | 2024 - 2027 |
| ISO 7101:2023 | Gestión integral de la organización de salud. | Interoperabilidad y gestión de procesos no clínicos. | 2023 – Presente |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Acreditación Nacional | Cumplimiento de estándares de ley locales. | Requisito legal para operar y contratar con el Estado. | Según país (2024) |
| Planetree International | Humanización y atención centrada en el paciente. | Diferenciación por experiencia del usuario y empatía. | 2023 - 2026 |
| HIMSS (Modelo EMRAM) | Madurez digital de la historia clínica. | Optimización de la inversión tecnológica y Big Data. | 2024 - 2025 |

*Nota*. Elaboración propia

## 5.2 Indicadores de gestión clínica y seguridad del paciente

La monitorización de la gestión clínica ha evolucionado desde la simple vigilancia de la mortalidad hacia la medición de la eficiencia del cuidado. El administrador contemporáneo entiende que un indicador de calidad es, en esencia, un indicador financiero disfrazado: una complicación evitada es un recurso ahorrado y una cama liberada para un nuevo ciclo de ingresos.

Cuando se habla de indicadores de calidad en la salud se tienen tomar en cuenta todos los factores que influyen en el proceso de atención. El cuidado de un óptimo del paciente es la prioridad que toda institución sanitaria tiene, en su búsqueda por tener una mejora continua se debe tener presente que aspectos en su proceso de atención sanitaria tienen margen de mejora y cuáles son sus fortalezas. El administrador debe saber identificar cuales fases del proceso de diagnóstico mejorar (Ej. Tiempos de espera en la sala de emergencias) y que respuesta se adapta mejor a las particularidades de cada situación.

### *5.2.1 Taxonomía de los Indicadores: El legado de Donabedian en la Era Digital*

El modelo de Donabedian se mantiene vigente, pero bajo la exigencia de la integridad del dato en tiempo real. Ya no basta con reportar cifras mensuales; la administración moderna

exige paneles de control que se actualicen minuto a minuto. Un administrador no solo debe recolectar el dato, sino asegurar su integridad y veracidad.

- Indicadores de Estructura: En 2026, la estructura incluye la Madurez Digital (HIMSS 7). Un hospital con una infraestructura física impecable, pero con sistemas de información fragmentados posee una estructura débil. El administrador debe medir la disponibilidad de los sistemas de soporte de decisión clínica y la relación entre el personal de enfermería y la carga de complejidad del paciente, no solo el número de camas.
- Indicadores de Proceso: la minimización de la variabilidad se convierte el foco central. La monitorización automatizada, de la adherencia a las “Guías de Práctica Clínica” permite identificar desviaciones antes de que se conviertan en errores sistémicos. Por dar un ejemplo, el cumplimiento del "Tiempo puerta-balón" en cardiología es un indicador de proceso que predice directamente el resultado de supervivencia.
- Indicadores de Resultado: El estándar de oro hoy son los PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*). Evaluar si un paciente recuperó su capacidad de caminar tras una cirugía de cadera es un indicador de resultado mucho más potente que simplemente reportar que no hubo infección. La recuperación funcional es el verdadero producto final de la cadena de valor en salud.

### *5.2.2 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG 2024-2026)*

La seguridad del paciente es el núcleo innegociable de la calidad. Bajo la 8ª edición de la JCI, el cumplimiento de las metas internacionales ha pasado de ser una lista de verificación manual a una cultura de seguridad integrada.

- Protocolo de Identificación y Comunicación: La implementación de sistemas de código de barras o pulseras inteligentes asegura que el paciente correcto reciba el tratamiento correcto. Ante, la comunicación efectiva, la técnica SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) permite estandarizar el traspaso de información entre turnos, reduciendo así, el riesgo de pérdida de datos críticos en momentos de alta vulnerabilidad.

- Cirugía Segura y Control de Medicación: El "*Time-out*" quirúrgico es un momento sagrado de pausa institucional. Donde, el administrador debe garantizar que esta práctica no sea un mecanismo de defensa real y no una formalidad burocrática. Permitiendo el control de medicamentos de alto riesgo mediante, sistemas de doble verificación digital, que previenen eventos adversos y evitan el daño al paciente (conllevan costos legales que conlleva).

### *5.2.3 Indicadores de Experiencia del Paciente (PREMs)*

La experiencia del paciente es hoy un diferencial competitivo y un indicador de seguridad. Un paciente que no comprende sus instrucciones de alta tiene una probabilidad drásticamente superior de reingresar en menos de 72 horas.

- Puntuación neta del promotor (NPS) y Humanización: Estos indicadores miden dimensiones como la empatía del personal, el control del dolor y el confort ambiental. El uso del NPS, permite medir la lealtad y la recomendación del servicio, con esto, el administrador debe profundizar en los PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*). La correlación entre la adherencia al tratamiento y una experiencia positiva es directa, un paciente que confía en su equipo de salud sigue mejor las indicaciones y se recupera más rápido.
- Retroalimentación Dinámica: La captura de la opinión del paciente mediante terminales digitales a pie de cama o aplicaciones móviles permite una recuperación del servicio inmediata. Si un paciente reporta insatisfacción con la limpieza, la administración puede corregir el fallo antes del egreso, transformando una queja potencial en una muestra de agilidad institucional.

### *5.2.4 Dashboards de Seguridad en Tiempo Real (Trigger Tools)*

Desde 2024, las instituciones de alta complejidad utilizan Trigger Tools automatizadas. Estos sistemas rastrean «disparadores» en la historia clínica (ej. un valor de laboratorio alterado o la administración de un antídoto) para alertar proactivamente sobre un posible evento adverso antes de que cause daño al paciente (7). La previsión temprana de es el tratamiento de un paci-

ente puede garantizar una repuesta óptima, que le permita recibir una acción oportuna, antes de tener mayores complicaciones. Es necesario que desde la administración se promueva la instrucción del personal sanitario, sobre el valor de este tipo de herramientas y como pueden influir de forma oportuna en la realización de un diagnóstico (ej. Como ser si un paciente es hipertenso antes de llevarlo a quirófano por emergencias).

Este tipo de herramientas se convierte en un apoyo de primera línea para el personal de sanitario (Médicos, bioanalistas, enfermeras), en la repuesta de atención. Un doctor que puede tener acceso a los antecedentes clínicos de un paciente en el momento oportuno puede tomar mejores decisiones a la hora de tratar al paciente (más en casos de emergencia), teniendo una visión más detallada de las particularidades que puede tener cada caso.

El administrador tiene el deber de tener de garantizar, este tipo de herramientas y su correcta implementación, con el objetivo de mejorar cada fase del proceso de atención que se da al paciente. Este tipo de actuaciones, le permite no solo la mejora en la calidad del servicio de atención, sino que le da una a la institución una ventaja para el uso de estos datos (Historial clínico de cada paciente) puede alertar de posibles riesgos sanitarios (Ej. Un aumento de casos de Dengue en una comunidad) antes de que se dé que se conviertan emergencia sanitaria (Epidemias). La calidad en la atención sanitaria va ir siempre de la mano con el uso de las mejores herramientas. Hoy en pleno 2026 la información veraz, oportuna y actualizada se convierte una pieza vital en este sentido que ningún administrador puede pasar por alto.

**Tabla 21.** *Tablero Maestro de Indicadores de Calidad y Seguridad (2025-2026)*

| Categoría | Indicador Clave (KPI) | Estándar Objetivo (Meta) | Fuente de Datos |
|---|---|---|---|
| Seguridad | Tasa de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ). | < 1.5% en cirugías limpias. | Vigilancia Epidemiológica. |
| Eficacia | Letalidad hospitalaria por Infarto (IAM). | < 5% de los casos atendidos. | Registro Clínico (HIS). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Eficiencia | Giro de cama (Promedio mensual). | 5 - 7 pacientes / mes. | Censo Hospitalario. |
| Experiencia | Índice de satisfacción global del usuario. | > 92% de aprobación. | Encuesta digital post-alta. |
| Digital | % de órdenes médicas electrónicas (CPOE). | 100% de los servicios. | Auditoría de Sistemas. |

*Nota*. Elaboración propia

### *El Costo de la No Calidad (CONC): El Impacto Invisible en la Rentabilidad*

El costo de la no calidad en las instituciones de salud se define como la diferencia económica entre el costo real de operar un servicio y el costo hipotético en el que se incurriría si todos los procesos, diagnósticos y tratamientos se realizaran a la perfección desde el primer intento. En la administración de 2026, el CONC se ha revelado como la principal fuga de capital estructural, superando en muchos casos los costos operativos de mantenimiento o tecnología (24). Es aquí, donde surge la necesidad de explorar los parámetros que se utilizara para determinar los costes y repercusiones que se tienen (para el paciente como a la institución sanitaria).

### *La Dimensión del Iceberg de los Costos*

La mayoría de las administraciones hospitalarias solo percibe la punta del iceberg de la no calidad. Estos son los costos de falla externa e interna evidentes, como el desperdicio de insumos médicos vencidos, el pago de indemnizaciones por negligencia o el costo directo de medicamentos utilizados para tratar una infección intrahospitalaria. Sin embargo, la masa crítica de la pérdida se encuentra sumergida bajo la línea de flotabilidad administrativa en forma de costos de oportunidad.

Una cama ocupada por un paciente que ha desarrollado una complicación evitable representa un recurso bloqueado que impide el ingreso de un nuevo paciente. Esta parálisis del flujo asistencial genera un lucro cesante masivo, ya que la institución consume recursos en

una estancia que no será reembolsada por el pagador, al tiempo que pierde la facturación potencial de un procedimiento quirúrgico programado.

***Desperdicio de Talento y la Crisis de las Segundas Víctimas***

Un componente crítico del costo de la no calidad, es el impacto en el capital humano. Donde, los entornos con altos índices de error y procesos ineficientes generan un desgaste psicológico profundo en el personal asistencial, conocido como el fenómeno de la "segunda víctima". El costo administrativo de la rotación de personal, la pérdida de médicos especialistas altamente capacitados que deciden abandonar la institución por la frustración, el ausentismo por estrés laboral un sistema fallido es incalculable. Esto resulta en una pérdida de conocimiento institucional que afecta la curva de aprendizaje y el reemplazar a un profesional experto no solo implica gastos de reclutamiento, también, afecta la seguridad de los futuros procesos.

***Erosión de la Marca y Responsabilidad Legal***

En la era de la transparencia digital, la reputación de una clínica u hospital es un activo financiero volátil. Un solo evento adverso de gran magnitud, o "evento centinela", puede destruir años de inversión en posicionamiento de marca en cuestión de horas. El costo de la no calidad aquí se traduce en la pérdida de confianza de los pacientes privados y la rescisión de convenios con aseguradoras de alto nivel que exigen estándares de acreditación rigurosos. A esto se suma el costo de defensa legal y las primas de seguros de responsabilidad civil, que aumentan exponencialmente para instituciones con historiales de seguridad deficientes, convirtiéndose en una carga fija que asfixia el margen de utilidad.

***La Prevención como Estrategia de Inversión***

El administrador experto debe proponer un cambio de paradigma: los recursos destinados a la capacitación, la automatización de la farmacia o la implementación de protocolos de seguridad no deben registrarse como gastos, sino como inversiones en protección de activos. Al incrementar la inversión en prevención y evaluación, se reduce drásticamente la frecuencia y gravedad de las fallas. En términos de gestión pura, el ahorro generado por la eliminación de reintervenciones quirúrgicas y la reducción de la estancia media por complicaciones supera

con creces cualquier presupuesto asignado a los departamentos de calidad. O dicho de otro modo, cada centavo invertido en la prevención de fallas, son tres que se evitan gastar en la corregirlas; la calidad, por lo tanto, no cuesta dinero; lo que cuesta dinero es la falta de ella.

### 5.3 Gestión de riesgos y eventos adversos en la atención

La gestión de riesgos no debe entenderse como la búsqueda de la "perfección humana" (lo cual es biológicamente imposible), sino como el diseño de un sistema capaz de absorber el error antes de que este alcance al paciente. El administrador moderno actúa como un arquitecto de barreras defensivas, asegurando que la tecnología, los procesos y la cultura organizacional converjan en un entorno de seguridad total. Con todo esto, el administrador dar soluciones oportunas ante las distintas eventualidades que pueden presentarse, teniendo así una vigilancia activa que protege el activo más valioso: la vida y la confianza.

Caminar por los pasillos de un hospital es, en esencia, transitar por un ecosistema de alta fidelidad donde el margen de error es mínimo y las consecuencias de un desliz pueden ser definitivas. Tradicionalmente, la administración sanitaria observaba el error clínico como una mancha en el expediente, un fallo individual que debía ser castigado para "dar el ejemplo". No obstante, la gestión del riesgo moderna ha dado un giro narrativo fundamental; al entender, que el error es el síntoma de un sistema que necesita ser rediseñado y no es el final de la historia.

Gestionar el riesgo, en la atención sanitaria es el arte de construir salvaguardas antes de que el daño se materialice. Visualizando, a el hospital como una serie de capas de protección", similar al famoso modelo del "queso suizo" de James Reason. Acá, cada capa (un protocolo de identificación o una alarma en el monitor) tiene sus propios "agujeros" o debilidades. El evento inesperado, solo ocurre cuando esos agujeros se alinean perfectamente; permitiendo con esto, que la falla atraviese todas las defensas. Ante esto, el administrador no debe centrarse en "tapar" el agujero de una falla por sí mismo; más bien, debe asegurar que las capas sean lo suficientemente densas y variadas para que la alineación del error sea prácticamente imposible.

Este enfoque, exige una transición valiente hacia la "Cultura Justa". En dicho modelo, el silencio es el enemigo más temido, debido a que, si un profesional oculta una "cuasi-falla" por

miedo a la represalia, la institución pierde la oportunidad de aprender y de mejora constante. La transparencia es el activo más valioso y un administrador con visión narrativa lo sabe; prefiriendo así, un hospital con mil reportes de errores que no causaron daño, a uno con cero reportes donde los riesgos se ocultan bajo la “alfombra de la burocracia”. Así, la negligencia temeraria se trata con la firmeza administrativa necesaria y el error humano se abraza como una oportunidad de mejora.

Pero, ¿qué sucede cuando se cometen fallas y el daño alcanza al paciente? ante esto, se entra en el terreno de la gestión reactiva, donde se implantan herramientas como el “Protocolo de Londres” que nos permitan realizar una "autopsia del sistema". No es una buscamos culpables; se buscan las causas latentes que llevaron a ese evento (personal exhausto por turnos dobles o mala comunicación ente personal). Al determinar estas causas, la administración protege no solo al paciente, sino que también, al profesional (la llamada "segunda víctima") del error, quien a menudo carga con un trauma que puede incapacitar su juicio clínico a futuro.

La gestión del riesgo es un compromiso con la humildad institucional, y al reconociendo que somos falibles se da el primer paso para ser resilientes. El administrador actual no solo gestiona presupuestos o camas; también, gestiona la confianza tanto de su personal como de los pacientes. Ante esto, la seguridad del paciente no es un destino al que se llega con una certificación, es un viaje continuo de vigilancia, empatía y rediseño constante. Y en última instancia, viene a ser la promesa silenciosa de que, en nuestro cuidado, la ciencia y la seguridad siempre irán de la mano.

### *5.3.1 La Cultura de Seguridad: Del modelo punitivo a la "Just Culture"*

Imagine, por un momento, la atmósfera de un quirófano tras un evento adverso. El aire se vuelve pesado, las miradas se evitan y un silencio sepulcral envuelve al equipo. Durante décadas, este silencio no fue producto del respeto, sino del miedo. En la administración sanitaria tradicional, el error era sinónimo de culpa, y la respuesta institucional se limitaba a buscar una cabeza que entregar en el altar de la responsabilidad administrativa. Este modelo, conocido como la "Cultura de la Culpa", operaba bajo un esquema tan lógico como errónea: los demás

tendrán más cuidado y el error desaparecerá, si castigamos con suficiente dureza al individuo que se equivocó.

Por otro lado, la historia de la seguridad del paciente nos ha enseñado que el castigo no genera cuidado, genera ocultamiento y silencio. El sistema se vuelve ciego cuando un médico o una enfermera saben que un desliz involuntario puede significar el fin de su carrera. Ante esto, los errores se barren bajo la alfombra, las "cuasi-fallas" nunca se reportan y la institución pierde la capacidad de aprendizaje y mejora. Es aquí donde el administrador moderno, con la mirada puesta en el futuro (la Salud 5.0) debe liderar la transición hacia la Cultura Justa (*Just Culture*), una filosofía que entiende que los seres humanos somos falibles por diseño, pero los sistemas pueden ser resilientes por elección.

Ahora bien, la “Cultura Justa” no es una "carta blanca" para la mediocridad, ni una política de impunidad. Por el otro lado, es un modelo de rendición de cuentas mucho más sofisticado; donde, el administrador deja de ser un juez inquisidor, para convertirse en un analista de sistemas. Ante esto, el primer paso de esta narrativa viene a ser aprender a distinguir entre tres tipos de conductas. La Primera, el error humano, (ese fallo inadvertido) y sin intensión del dañar en un sistema complejo; acá, la respuesta institucional debe ser la consolidación de barreras y el consuelo al profesional. Segunda, el comportamiento de riesgo, donde el individuo toma un "atajo" creyendo que el riesgo es insignificante o está justificado; aquí, la administración interviene con educación y rediseño de incentivos. Y finalmente, el comportamiento temerario, la elección consciente de ignorar un riesgo sustancial; solo en este último escenario la sanción administrativa recupera su lugar.

Esta transición narrativa, transforma la gobernanza clínica al eliminar el estigma, preexistente el hospital comienza a hablar y los reportes de incidentes se multiplican, (no porque haya más errores) más bien, porque al fin existe seguridad psicológica para verlos. El administrador de actual, utiliza estos datos como un radar proactivo, cada reporte es una señal de que una barrera de seguridad está debilitada. En lugar de cambiar al personal, se cambia el proceso y se mejora con la aplicación de tecnologías de doble verificación, protocolos

de comunicación estandarizados y sistemas de alerta temprana y que protegen al paciente de la falibilidad humana.

Un componente vital, y a menudo olvidado en este incidente, es el trato a la "segunda víctima". El profesional que comete un error grave suele quedar devastado emocionalmente. En una cultura punitiva, este profesional es abandonado al escarnio; en contraste, con una “Cultura Justa”, la institución le ofrece soporte psicológico y legal. Un administrador que cuida a sus profesionales tras un evento adverso está evitando el fenómeno de la medicina defensiva y protege el capital humano más valioso de la organización.

Al final del día, la “Cultura Justa” es un compromiso con la verdad y con la humanidad de la medicina. Es entender que la seguridad del paciente no se construye con guillotinas, por el contrario, con transparencia, empatía y un diseño inteligente. Entendiendo, que cunado una institución logra que su personal se sienta seguro para decir "me equivoqué", esa institución ha alcanzado el grado más alto de madurez administrativa. Es en esa honestidad colectiva, donde reside la verdadera garantía de que el acto de cuidar será siempre un acto de excelencia.

La gestión de riesgos, en salud no es una actividad puramente técnica, es también cultural. El administrador distingue claramente entre el error humano involuntario (fallo del sistema) y el comportamiento temerario (negligencia) Teniendo que, liderar la implementación de una “Cultura Justa”. Donde, la administración debe incentivar el reporte voluntario de incidentes mediante sistemas anónimos y no punitivos. Entendiendo que, el silencio ante el error es el mayor riesgo para un hospital según establece la OMS (16).

### *5.3.2 Taxonomía de los Incidentes de Seguridad*

Para gestionar el riesgo, es vital que el administrador y su equipo hablen el mismo lenguaje técnico basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS (16):

1. Cuasi-incidente (*Near miss*): Error que no alcanzó al paciente (ej. se detectó una dosis errónea antes de inyectar).
2. Incidente sin daño: El error alcanzó al paciente, pero no causó lesión (ej. se administró un suero equivocado, pero era inocuo).

3. Evento Adverso (EA): Lesión o daño no intencional causado por la atención sanitaria y no por la enfermedad de base.
4. Evento Centinela: Hecho inesperado que involucra la muerte o daño físico/psicológico grave (ej. cirugía en sitio equivocado, suicidio hospitalario).

**Tabla 22.** *Matriz de Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*

| Categoría de Incidente | ¿Alcanzó al paciente? | ¿Causó daño o lesión? | Descripción Técnica | Ejemplo Práctico |
|---|---|---|---|---|
| Cuasi-incidente *(Near Miss)* | No | No | Error detectado antes de que la acción llegara al paciente por una barrera de defensa. | Una enfermera nota que la jeringa tiene el nombre de otro paciente justo antes de entrar a la habitación. |
| Incidente sin daño | Sí | No | El error llega al paciente, pero por azar o por la naturaleza inocua del evento, no hay lesión. | Se administra un suero fisiológico a un paciente que no lo tenía indicado; el paciente no sufre ninguna reacción negativa. |
| Evento Adverso (EA) | Sí | Sí | Daño no intencional que resulta directamente de la atención sanitaria y no de la enfermedad base. | El paciente desarrolla una flebitis (inflamación de la vena) debido a una técnica de canalización incorrecta. |
| Evento Centinela | Sí | Sí (Grave) | Hecho inesperado que involucra la muerte o la pérdida permanente de una función física o psíquica. | Cirugía realizada en el miembro equivocado o un suicidio dentro de las instalaciones hospitalarias. |

*Nota*. Elaboración propia.

### *5.3.3 Gestión Proactiva: El Análisis de Modo de Falla y Efectos (AMFE)*

El administrador estratégico no espera a que ocurra el daño. Utiliza el AMFE para identificar puntos críticos en procesos nuevos o existentes (ej. la implementación de una nueva central de mezclas oncológicas). Esta herramienta permite calcular el Número de Prioridad de Riesgo (NPR) basándose en la gravedad, la frecuencia y la detectabilidad del fallo, priorizando las inversiones en seguridad donde el riesgo es mayor.

### *5.3.4 Gestión Reactiva: El Protocolo de Londres y el Análisis de Causa Raíz (ACR)*

Cuando un Evento Centinela, irrumpe en la cotidianidad de un hospital, el impacto emocional y administrativo es devastador. En ese instante de crisis, la reacción natural de muchas organizaciones es buscar un culpable, alguien a quien señalar para cerrar el expediente rápidamente. No obstante, la administración sanitaria moderna propone un camino mucho más profundo y transformador. A diferencia de una auditoría tradicional, este análisis no se detiene en la superficie de la falla individual; más bien, que busca las "condiciones latentes" en la institución (esos fallos la fatiga crónica del personal, equipos defectuosos o la falta de supervisión) que permitieron que el error humano ocurriera. Ante un evento de tal magnitud, la institución debe aplicar el “Protocolo de Londres” para solventarlo.

Si suponemos, por un momento, que el error humano es solo lo que vemos sobre la superficie es la acción de un profesional que se equivocó, pero bajo el agua se esconde una estructura masiva de fallos organizacionales. Acá, el “Protocolo de Londres” nos invita a sumergirnos y tratar de comprender, cómo se alinearon los factores. Teniendo esto, no es una “cacería de brujas”; por el contrario, es una investigación técnica que asume que el personal, por norma general, quiere hacer bien su trabajo. Si alguien falló, la pregunta correcta para el administrador seria *"¿quién lo hizo?"*, más bien *"¿qué falló en el sistema para que esta persona terminara cometiendo un error?"*.

El proceso de “Análisis de Causa Raíz” (ACR) bajo este protocolo se asemeja a una narrativa de reconstrucción. En donde, el equipo investigador analiza el contexto completo, desde la cultura corporativa y las decisiones de la alta gerencia, hasta las condiciones de la tarea y el

entorno de trabajo. Ante esto, se puede encontrar que el error en la medicación no fue solo una distracción del enfermero, más bien, que las ampollas de dos fármacos distintos tenían el mismo diseño, por ejemplo. Al definir estos puntos, el diagnóstico cambia: el problema no es el enfermero, sino un sistema de dispensación y un esquema de turnos que facilitan el error.

Con esto, el objetivo final de la gestión reactiva, es la creación de barreras de seguridad más robustas. Que puedan ser, tanto físicas, administrativas o tecnológicas (como alertas inteligentes en la historia clínica). El propósito final, de "blindar" el proceso de tal manera que, incluso si un humano vuelve a fallar (porque la falibilidad humana es una constante biológica), el sistema sea capaz de detectar y corregir el error a tiempo.

Esta forma de gestionar las crisis redefine la ética institucional. Al aplicar el Protocolo de Londres, la administración envía un mensaje potente a su equipo: ***"Nos importa la verdad más que el castigo"***. Al aportando detalles que de otro modo permanecerían ocultos por miedo, la transparencia fomenta una cultura donde el personal se siente seguro, para participar en el análisis. El administrador de moderno, entiende que un “Evento Centinela” bien gestionado, aunque trágico, es una oportunidad única para fortalecer los cimientos de la organización.

En pocas palabras, la gestión reactiva mediante el ACR no es un proceso burocrático para llenar formularios, más bien, es un ejercicio de humildad y rigor científico. Es el compromiso de la institución de que un evento nunca se repita, transformando una experiencia dolorosa en un legado de seguridad. Al final del día, la excelencia hospitalaria no se mide por la ausencia de errores, sino por la capacidad de desmenuzarlos con honestidad y construir, sobre sus cenizas, un sistema donde la vida esté protegida por barreras infranqueables.

#### *5.3.5 La "Segunda Víctima" y el Apoyo Institucional*

En el complejo engranaje de la atención sanitaria, cuando ocurre un evento adverso, la mirada institucional se dirige, por razones éticas y legales evidentes, hacia el paciente y su familia. Estos son, sin lugar a dudas, la prioridad absoluta. No obstante, existe un eco silencioso que resuena en los pasillos tras la tragedia, él del profesional sanitario que, con las manos aún

temblorosas, tiene que asimilar que su intención de sanar termino en un daño involuntario. Ante este fenómeno, acuñado por el Dr. Albert Wu en el año 2000 como la "Segunda Víctima", viene a ser uno de los desafíos más profundos y menos comprendidos de la administración hospitalaria contemporánea.

Visualicemos por un segundo a un cirujano, con años de experiencia o a una enfermera dedicada que, tras su turno extenuante, comete un error de juicio o de ejecución. En ese instante, en que la falla se hace evidente, comienza un naufragio emocional; donde, la “segunda víctima” no es alguien que ha actuado con negligencia consciente, sino un profesional comprometido cuyo sistema de creencias y autoimagen se quiebran. El sentimiento de culpa es inevitable, la vergüenza, la ansiedad y el miedo al juicio de sus pares lo dominan impidiendo su capacidad de continuar ejerciendo. Ante este escenario, sin una intervención adecuada, el trauma puede derivar en estrés postraumático, depresión o el abandono definitivo de la práctica clínica. Lo que representa una pérdida incalculable de capital humano para cualquier institución.

Viéndolo desde una perspectiva de administración estratégica, ignorar la salud emocional y psicológica del profesional tras un incidente así, no es solo una falta de empatía; es una decisión gerencial costosa, donde un profesional traumatizado es más propenso a cometer nuevos errores debido a la hipervigilancia o a la medicina defensiva, una práctica donde el miedo al litigio dicta la conducta clínica, encareciendo los servicios y alejándose de la excelencia. Ante esto, el apoyo institucional en hoy, ha dejado de ser una opción de bienestar corporativo para pasar a ser en un pilar de la gestión de riesgos y la seguridad integral del paciente.

El apoyo institucional efectivo, tiene que estructurarse como una red de seguridad de múltiples niveles; donde, en el primer nivel, y quizás el más vital, es el apoyo entre pares. La capacidad de hablar con un colega, que ha "estado allí" permite desmantelar el estigma del error y normalizar la falibilidad humana. El segundo nivel, implica en la creación de equipos de respuesta rápida para incidentes críticos, compuestos por profesionales capacitados en primeros auxilios psicológicos que intervienen de inmediato para estabilizar a la segunda víctima. Para terminar, la institución tiene que garantizar el acceso protección legal proactiva y servicios de salud mental especializados que no abandone al profesional en su proceso.

Acá, la verdadera madurez de una organización de salud, se mide por cómo trata a sus miembros en sus momentos más difíciles; entendiendo, que una administración que abraza a la "segunda víctima" no está validando el error, sino protegiendo la humanidad del sistema de salud al ofrecer un entorno de seguridad psicológica, la institución fomenta la transparencia necesaria para que el "Análisis de Causa Raíz" sea honesto y profundo. Así, solo cuando el profesional se siente respaldado, tiene la claridad mental necesaria para participar en el rediseño de procesos que evitara que otros caigan en el mismo abismo.

La gestión de la segunda víctima es un acto de resiliencia organizacional, donde el administrador de moderno transforma el trauma en aprendizaje, al reconocer que el cuidado de los pacientes comienza con el cuidado de quienes los asisten. Cuidar al que cuida es, en última instancia, la forma más auténtica de asegurar que la promesa de "no hacer daño" se mantenga firme, no solo en la técnica médica, también, en la cultura que sostiene el latido de la institución sanitaria.

**Tabla 23.** *Matriz de Gestión de Riesgos Institucionales (2025-2026)*

| Tipo de Riesgo | Herramienta de Gestión | Acción Administrativa Clave | Meta de Seguridad |
|---|---|---|---|
| Clínico | Análisis de Causa Raíz (ACR). | Rediseño de protocolos tras un Evento Centinela. | Cero repeticiones de Eventos Centinela. |
| Operativo | AMFE (Proactivo). | Implementación de doble chequeo en procesos críticos. | Reducción del NPR en áreas críticas. |
| Digital | Auditoría de Ciberseguridad. | Encriptación de datos y simulacros de *ransomware*. | 100% de disponibilidad de datos. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Reputacional | Gestión de Crisis y Comunicación. | Transparencia y disculpa institucional al paciente. | Mantenimiento de la confianza pública. |
| Legal | Gestión de Siniestros (Malpraxis). | Conciliación extrajudicial y peritaje preventivo. | Reducción de costos por litigios. |

*Nota*. Elaboración propia.

### 5.4 Tecnologías de la información y transformación digital en salud

Hubo un tiempo, en que la administración de un hospital se medía por el grosor de sus archivos de papel y la velocidad de sus mensajeros internos. Ya hoyen día, al entrar en la era de la en una nueva era (Salud 5.0), ese escenario parece una pieza de museo. Y a transformación digital no es simplemente el acto de sustituir el papel por una pantalla; es una reingeniería profunda del pensamiento sanitario, donde las Tecnologías de la Información (TI) han dejado de ser herramientas de soporte para convertirse en el sistema nervioso central de la atención médica.

Ya no basta con que un hospital almacene carpetas digitales, el reto hoy es que esa información sea útil en el momento preciso. La interoperabilidad no es solo un término técnico, es lograr que los datos fluyan sin trabas entre los departamentos. Asi, cuando los sistemas se entienden entre sí, el médico deja de perder tiempo transcribiendo datos y se dedica a lo que realmente importa, la atención del paciente. Con esto, la historia clínica ha pasado de ser un simple archivo, a ser una alarma que nos avisa de un riesgo antes de que se complique el cuadro. No obstante, el verdadero salto cuántico se da con la integración de la Inteligencia Artificial (IA) y el Big Data. Para el administrador de 2026, estos no son conceptos de ciencia ficción, sino aliados estratégicos en la eficiencia operativa. Los algoritmos de aprendizaje automático analizan miles de variables en segundos, optimizando desde la programación de turnos quirúrgicos para reducir las listas de espera, hasta la gestión de inventarios críticos mediante modelos de demanda predictiva. Las TI pueden alcanzar que la institución aprenda

de sí misma, identificando patrones de ineficiencia que el ojo humano, por muy experto que sea, no detecte entre millones de registros. Sin embargo, la transformación digital tiene un rostro profundamente humano, que a menudo se olvida (el Hospital Líquido). Que gracias, al uso de nuevas herramientas como la telemedicina y la monitorización remota (Internet de las Cosas Médicas o IoMT) hace que se traspasen las limitaciones físicas de la institución. Ante esto, el administrador gestiona "camas virtuales", permitiendo que pacientes con patologías crónicas estables reciban atención de alta calidad desde sus hogares. Esto, no solo mejora la experiencia del paciente (PREMs), sino que libera la capacidad instalada física para aquellos que requieren intervenciones críticas, optimizando el costo por cama-día de una manera sin precedentes.

En un entorno donde el dato clínico es más valioso que el oro en el mercado negro, No se puede hablar de esta revolución sin mencionar el blindaje que la sostiene: la Ciberseguridad. Ahora, la protección de la privacidad no es solo un requisito legal, sino un pilar de la confianza institucional. Ante esto, un administrador digitalmente maduro sabe que la “ciber-resiliencia” es parte integral de la seguridad del paciente. Es por ello, que la inversión en TI es, por definición, una inversión en la continuidad plena del cuidado.

La transformación digital en salud es un viaje sin retorno hacia una medicina más precisa, humana y sostenible en el largo plazo. Con esto, no se trata de buscar que robots reemplacen a médicos, más bien, de que la tecnología liberando al profesional de las tareas burocráticas para que pueda volver a lo elemental: el cuidado clínico. El administrador que lidera una organización capaz de anticipar el futuro y que abraza estas tecnologías no solo lidera una institución eficiente, garantiza que la tecnología siempre esté al servicio de quienes lo requieren.

### *5.4.1 Definición y alcance estratégico (2021-2026)*

La transformación digital en salud no consiste únicamente en la adopción de herramientas tecnológicas, sino en un cambio cultural y de procesos que utiliza la digitalización para optimizar la gestión de recursos y mejorar la accesibilidad. Desde 2024, el ecosistema sanitario se ha expandido hacia redes digitales que integran nuevos proveedores y áreas de negocio, obligando a los hospitales a ser competitivos en un entorno altamente tecnológico.

### *5.4.2 Interoperabilidad: El pilar del "Hospital Líquido"*

En la arquitectura sanitaria tradicional, el hospital era concebido como una fortaleza: un edificio masivo de paredes gruesas donde la información, al igual que los pacientes, quedaba confinada en silos físicos. Sin embargo, la evolución hacia el concepto de "Hospital Líquido" ha derribado estos muros, transformando la institución en una entidad dinámica que fluye allá donde el paciente se encuentre. Para que esta fluidez sea posible, existe un componente invisible pero vital que actúa como el verdadero sistema nervioso de la organización: la interoperabilidad.

La interoperabilidad no es simplemente un término técnico para describir la conexión entre computadoras; es la capacidad estratégica de que diferentes sistemas de información, dispositivos y aplicaciones se comuniquen entre sí de manera coherente, intercambiando datos y, lo más importante, permitiendo el uso compartido de esa información para la toma de decisiones. En un entorno de administración moderna, la interoperabilidad es la que permite que el dato clínico no sea una propiedad estática de un departamento, sino un activo líquido que viaja en tiempo real desde el monitor de una unidad de cuidados intensivos hasta la tableta del especialista, o desde la farmacia hospitalaria hasta el dispositivo móvil del paciente en su hogar.

El "Hospital Líquido" basa su eficiencia en la continuidad del cuidado (un escenario donde un paciente es monitorizado remotamente tras una cirugía compleja). Desde una perspectiva de gestión, gracias a la implementación de estándares internacionales como HL7 FHIR, los datos de sus signos vitales se integran automáticamente en la historia clínica electrónica institucional. El sistema no solo alerta al personal, si el algoritmo detecta una anomalía; además, despliega de inmediato los antecedentes, las alergias y la medicación actual del paciente. Acá, la interoperabilidad reduce el riesgo de error humano y elimina la fricción administrativa, garantizando que el equipo médico tenga la información necesaria en el momento indicado. La interoperabilidad, es el gran eje de la salud digital en actual; entendiéndose, como la capacidad de sistemas y dispositivos para intercambiar, interpretar y utilizar datos de forma coordinada.

- **Estándar HL7 FHIR:** El estándar ***Fast Healthcare Interoperability Resources*** (FHIR) se ha consolidado como el lenguaje universal para el intercambio de registros electrónicos mediante APIs, permitiendo que la información clínica fluya de forma segura entre distintos niveles de atención.
- **Impacto en la Seguridad:** La digitalización reduce drásticamente los errores de medicación y fallos diagnósticos al permitir el acceso eficaz e inmediato a los historiales médicos.

Sin embargo, alcanzar este estado de liquidez informativa exige que el administrador lidere una transformación que va más allá de la tecnología. La interoperabilidad se despliega en tres dimensiones esenciales. Primero, la técnica, que asegura la conexión física y el movimiento de datos. Segundo, la semántica, que garantiza que el significado de los datos sea el mismo para quien envía y para quien recibe (evitando que una cifra de laboratorio se interprete de forma errónea por falta de contexto). Y tercero, la organizacional, que alinea los procesos y las leyes de privacidad para que el intercambio de información sea seguro y ético.

Al tener una visión 360° del paciente, se evitan la duplicidad de exámenes diagnósticos, se reducen drásticamente los reingresos evitables y se optimizan las transiciones de cuidado. Para el administrador de moderno, la interoperabilidad es también un motor de sostenibilidad financiera. Donde, el hospital deja de ser un destino a convertirse en un nodo de una red de salud inteligente.

En pocas palabras, si el "Hospital Líquido" es la visión de futuro de la medicina moderna, la interoperabilidad es la infraestructura que la sostiene. Saber gestionar una institución bajo este modelo, requiere entender que la información debe ser tan libre como responsable. Al final de cuentas, la tecnología no busca reemplazar el juicio clínico, más bien, liberarlo de las cadenas de la fragmentación de datos, permitiendo que el acto de cuidar sea, por fin, una experiencia continua, segura y ciento por ciento humanizada.

### *5.4.3 Modelos de Madurez Digital (HIMSS)*

Para el administrador, medir el avance tecnológico requiere marcos de referencia globales. Los modelos de HIMSS (***Healthcare Information and Management Systems Society***) proporcionan una ruta desde el nivel 0 hasta el 7:

- EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*): Evalúa la adopción y uso de la historia clínica electrónica para apoyar a clínicos y pacientes.
- INFRAM (*Infrastructure Adoption Model*): Se centra en la infraestructura tecnológica (hardware, software, redes) para garantizar sistemas seguros y a largo plazo.
- AMAM (*Analytics Maturity Assessment Model*): Mide la capacidad de la organización para generar insights en tiempo real y adoptar Inteligencia Artificial. Healthcare Information and Management Systems Society | HIMSS +1

### *5.4.4 Ciberseguridad y Resiliencia en 2025*

La ciberseguridad es hoy la mayor preocupación administrativa. En 2025, los ciberataques al sector sanitario crecieron entre un 17% y un 30%, consolidando a los hospitales como el principal blanco del cibercrimen.

- Amenazas Emergentes: Ataques impulsados por IA que se adaptan en tiempo real y campañas de *ransomware* dirigidas a la infraestructura física.
- Estrategia de Ciberresiliencia: Las organizaciones deben invertir en programas que no solo prevengan, sino que aseguren la continuidad del servicio ante una vulneración, manteniendo la confianza y reputación institucional.

### *5.4.5 Inteligencia Artificial y Tendencias 2026*

En el umbral de 2026, la administración sanitaria ha dejado de ser una disciplina de reacción para convertirse en una ciencia de la anticipación. La Inteligencia Artificial (IA), que hace apenas unos años era percibida como una promesa futurista o una herramienta experimental, se ha consolidado hoy como el copiloto indispensable de la alta gerencia hospitalaria. No hablamos ya de robots reemplazando el juicio clínico, sino de algoritmos de alta precisión que actúan como un sistema de alerta temprana para la eficiencia operativa y la seguridad del paciente.

Para un administrador de servicios de salud, esto significa contar con sistemas que, al detectar un pico epidemiológico en los datos de urgencias, no solo emiten una alerta, también que proponen automáticamente una redistribución de turnos de enfermería y optimizan el inventario

de suministros críticos antes de que el colapso ocurra. A diferencia de la analítica descriptiva tradicional, que nos decía qué había sucedido, o la predictiva, que nos advertía qué podría pasar, la IA prescriptiva sugiere el mejor curso de acción ante escenarios complejos. Teniendo así, la transición definitiva del "gestionar la crisis" al "diseñar la fluidez".

Los directores de servicios están utilizando modelos de lenguaje de gran escala (LLM) especializados en el sector salud para automatizar la auditoría de historias clínicas y la codificación diagnóstica; esto debido, a la democratización de la IA Generativa aplicada a la administración. Lo que antes requería semanas de revisión manual por equipos de facturación, ahora se procesa en segundos alta precisión, reduciendo las glosas y optimizando el ciclo de ingresos (RCM). Ante, esta liberación de carga administrativa, se desplace hacia tareas de mayor valor el talento humano, como la gestión de la experiencia del paciente y el liderazgo de equipos de alto rendimiento.

Ahora bien, el avance tecnológico en actual, viene acompañado de una “Gobernanza Ética de Algoritmos” (25). Y como administradores, el reto ya no es solo implementar la tecnología, es también, asegurar su transparencia y equidad. La tendencia actual, se centra en combatir la discriminación a poblaciones vulnerables en la asignación de recursos, por los sesgos algorítmicos. Ante esto, cada recomendación del sistema puede ser rastreada y comprendida por el decisor humano; las instituciones líderes están adoptando marcos de "IA Explicable" (XAI), donde se garantiza que la tecnología sea un puente hacia la justicia sanitaria y no una caja negra inaccesible.

Ante esto, asistimos a la integración de la IA en la “Gestión del Valor”, mediante el análisis masivo de PROMs y PREMs, la IA permite correlacionar protocolos clínicos específicos con resultados reales en la calidad de vida de los pacientes. En hoy por hoy, el administrador no solo gestiona volúmenes de atención, también trayectorias de salud personalizadas. Donde, la IA se ha transformado, en última instancia, en el lente que permite ver lo invisible: los patrones de bienestar y los riesgos latentes en una red de salud líquida y e interconectada. Así, la inteligencia de los datos se transforma, finalmente, en sabiduría administrativa para el cuidado de la vida.

**Tabla 24.** *Niveles de Madurez Digital (Modelo HIMSS EMRAM/INFRAM)*

| Estadio | Características del Sistema (HIMSS 2024-2026) | Aplicación Administrativa |
|---|---|---|
| Nivel 1-2 | Digitalización básica de laboratorios y farmacia. | Control inicial de insumos básicos. |
| Nivel 3-4 | Historia clínica electrónica integrada en enfermería. | Mejora en la trazabilidad del cuidado. |
| Nivel 5-6 | Interoperabilidad total y soporte a la decisión clínica. | Reducción de errores clínicos y optimización. |
| Nivel 7 | Hospital sin papeles, Big Data y analítica predictiva. | Gestión de valor y resiliencia institucional. |

*Nota*. Elaboración propia.

# BIBLIOGRAFÍA


1. Malagón et al. Administración hospitalaria. 3rd ed. Bogotá: Médica Panamericana; 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. [Online].; 2020. Available from: https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no.
3. Organización Panamericana de la Salud. Resiliencia de los sistemas de salud en las Américas Washington, D.C.: OPS; 2021.
4. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. [Online].; 2025. Available from: https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica.
5. Organización Panamericana de la Salud. Funciones esenciales de salud pública. [Online].; 2020. Available from: https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica.
6. Porter M, Lee T. Estrategias para una salud basada en el valor. Harvard Business Review; Especial Salud. 2023;: p. 45-58.
7. Gartner. Top Strategic Technology Trends in Healthcare for 2025 Stamford: Gartner; 2024.
8. Gracia D. Fundamentos de Bioética. 3rd ed. Madrid: Eudema; 2018.
9. Alvarado A. Desafíos estructurales en la transformación digital de los servicios públicos en el sector salud: Una revisión de literatura. Revista Espacios. 2025; 46(3).
10. García A. Economía de la salud para gestores Barcelona: Elsevier; 2023.
11. Ministerio de Salud. Lineamientos para Redes Integradas de Servicios de Salud: 2ª ed.; 2022.
12. World Health Organization. World Health Statistics 2024: Monitoring health for the SDGs Geneva: WHO; 2024.

**13.** Drummond et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 5th ed.: Oxford University Press; 2024.

**14.** International Labour Organization. Mental health at work: global trends 2022-2025 Geneva: ILO; 2024.

**15.** Alles M. Dirección estratégica de recursos humanos: Gestión por competencias Buenos Aires: Granica; 2016.

**16.** World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 Geneva: WHO; 2023.

**17.** World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Geneva: WHO; 2021.

**18.** Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 8th ed. Illinois: JCI; 2024.

**19.** Enriquez et al. El impacto del COVID19 en las cadenas de suministro y aprovisionamiento local. Un resumen de resultados.: Universidad de Alicante; 2020.

**20.** Aguilar et al. La privacidad como derecho humano: Dirección de publicaciones de la UCSG; 2022.

**21.** Kaplan R, Norton D. El Cuadro de Mando Integral Barcelona: Gestión 2000; 2014.

**22.** Organización Mundial de la Salud. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. [Online].; 2021. Available from: https://www.uhu.es/salud/sites/salud/files/2021-02/EntornosLaborablesSaludables.pdf.

**23.** Ramos et al. Políticas públicas y gestión del talento humano en establecimientos de salud: un análisis bibliográfico. UCT. 2025; 29(128): p. 18-23.

**24.** Isea et al. Human talent as a driving force in the management of ethics in the sustainable university. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias. 2024; 3(672).

**25.** Pellegrino E, Thomasma D. For the patient's good: The restoration of beneficence in health care: Oxford University Press; 1988.

**26.** Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.

**27.** Bellizzi S, De Nicolao G. Decision making algorithms: the moral and ethical limits of machine therapy. In 2018 23rd International Conference on Methods Models and Systems of Automation and Information Sciences (MMSAIS): IEEE; 2018.

**28.** Timmermans S, Epstein S. A world of standards but not a standard world: Toward a sociology of standards and standardization. Annual Review of Sociology. 2018; 44: p. 365-385.

**29.** Greenbaum et al. Transparent artificial intelligence for large-scale decision-making: Prioritizing robustness and agency over accuracy. IEEE Intelligent Systems. 2016; 31(1).

**30.** Pollock et al. Ethics of using and sharing clinical-generated data for machine learning research. Expert Review of Precision Medicineand Drug Development. 2018; 3(1).

**31.** Naciones Unidas. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década. [Online].; 2020 [cited 2024 Julio 05. Available from: https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872.

**32.** Artaza et al. Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue, Set; 2004.

**33.** ScienceDirect. Cambio en las estructuras económicas. [Online].; 2013. Available from: https://www-sciencedirect-com.translate.goog/topics/social-sciences/change-in-economics-structures?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc.

**34.** RSM. Gobernanza ética de la IA en 2026: mejores prácticas para los CISO y el mercado medio. [Online].; 2025. Available from: https://www.rsm.global/latinamerica/es/insights/gobernanza-etica-de-la-ia-en-2026-mejores-practicas-para-los-ciso-y-el-mercado-medio.

BINARIO Editorial

ISBN: 978-9942-609-84-7

9 789942 609847