

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

[DOI 10.35381/noesisin.v7i14.425](https://doi.org/10.35381/noesisin.v7i14.425)

**Políticas de gestión pública para mejorar los procesos organizacionales en hospitales. Revisión sistemática**

**Public management policies to improve organizational processes in hospitals. A systematic review**

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón  
[dfernandezca26@ucvvirtual.edu.pe](mailto:dfernandezca26@ucvvirtual.edu.pe)  
Universidad Cesar Vallejo, Piura, Piura  
Perú  
<https://orcid.org/0000-0002-4353-1851>

Recibido: 15 de marzo 2025  
Revisado: 12 de abril 2025  
Aprobado: 15 de junio 2025  
Publicado: 01 de julio 2025

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

## RESUMEN

Este estudio tuvo como propósito sintetizar la evidencia internacional, nacional y regional sobre políticas de gestión pública con capacidad de ordenar procesos organizacionales en hospitales y valorar su transferibilidad al contexto de un hospital de Piura. Como metodología, se acudió al enfoque cualitativo, empleando como técnica la revisión bibliográfica sistematizada con síntesis narrativa. Las búsquedas se realizaron en Scopus, SciELO y Redalyc. Se aplicaron criterios explícitos de elegibilidad y un flujo PRISMA. La muestra integró 20 artículos publicados entre 2021 y 2025. Como resultado, la síntesis agrupó los hallazgos en cinco ejes: gobernanza y gestión por resultados, transformación digital, dotación y desarrollo de competencias, incentivos vinculados al desempeño y evaluación de tecnologías en hospitales. Se concluyó que la combinación de gobernanza por resultados, capacidades del personal y soporte digital permitió traducir políticas en mejoras operativas sostenibles. La transferibilidad al entorno de Piura es alta si se aseguran condiciones habilitantes.

**Descriptores:** Gestión pública; procesos hospitalarios; transformación digital; dotación de enfermería; evaluación de tecnologías sanitarias. (Tesauro UNESCO).

## ABSTRACT

The purpose of this study was to synthesize international, national and regional evidence on public management policies in order to organize organizational processes in hospitals and to assess their transferability to the context of a hospital in Piura. The methodology used was a qualitative, employing a systematized bibliographic review with narrative synthesis as a technique. Searches were conducted in Scopus, SciELO and Redalyc. Explicit eligibility criteria and a PRISMA flow were applied. The sample included 20 articles published between 2021 and 2025. As a result, the synthesis grouped the findings into five axes: governance and management by results, digital transformation, provision and development of competencies, incentives linked to performance, and evaluation of technologies in hospitals. As a conclusion, the combination of governance by results, staff capabilities and digital support allowed the translation of policies into sustainable operational improvements. Transferability to the Piura environment is high if enabling conditions are ensured.

Descriptors: Public management; hospital processes; digital transformation; nursing staffing; health technology assessment. (UNESCO Thesaurus).

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

## INTRODUCCIÓN

Los hospitales públicos enfrentan la exigencia de mejorar calidad, oportunidad y eficiencia en contextos de restricciones presupuestarias y rigideces administrativas. En el Perú, el marco de políticas impulsa metas de desempeño, coordinación interinstitucional e integración digital, con interoperabilidad de sistemas, historia clínica electrónica y trazabilidad en admisión, laboratorio, farmacia y centro quirúrgico (Ministerio de Salud del Perú, 2024). Esta orientación converge con la expansión de la salud digital en América Latina, aunque persisten brechas de interoperabilidad y de capacidades técnicas subnacionales que condicionan la implementación sostenida (Vinadé et al., 2025).

La literatura muestra mejoras del rendimiento organizacional cuando las políticas habilitan intervenciones operativas basadas en evidencia y medición rigurosa. Reorganización de flujos con principios de mejora continua, vías rápidas, presencia de médicos en triaje y pruebas en el punto de atención se asocian a reducciones del tiempo de permanencia y a mejor coordinación entre admisión, diagnóstico y tratamiento, siempre que la gestión alinee indicadores con decisiones tácticas y de asignación de recursos (Toukola et al., 2025).

La estandarización de métricas en urgencias crea un lenguaje común para rendición de cuentas y seguimiento periódico, condición necesaria para sostener mejoras más allá de ciclos cortos (Toukola et al., 2025). En paralelo, corregir el subdimensionamiento de enfermería resulta costo-efectivo y reduce estancias y eventos adversos; las rondas de seguridad y los esquemas de pago por desempeño muestran efectos favorables cuando se apoyan en métricas válidas y supervisión técnica con trazabilidad de datos (Huang et al., 2025). Estas líneas se potencian con la transformación digital, que exige liderazgo clínico, formación continua y retroalimentación para traducir datos en decisiones operativas.

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

La evaluación de tecnologías sanitarias a nivel hospitalario actúa como puente entre política e inversión, al integrar criterios clínicos, económicos y organizacionales. En la región, las unidades hospitalarias de evaluación han priorizado compras, racionalizado secuencias diagnósticas y alineado modernización con valor clínico y sostenibilidad (Itaborahy et al., 2025). Con este trasfondo, el estudio examina de manera sistematizada evidencia internacional, nacional y regional sobre políticas de gestión pública con capacidad demostrada para ordenar procesos dentro de los hospitales y explora su transferibilidad al contexto de un hospital de Piura, considerando condiciones institucionales, instrumentos de seguimiento y competencias para una implementación sostenida (Ministerio de Salud del Perú, 2024; Itaborahy et al., 2025).

En este sentido, las políticas de gestión pública en salud fijan las reglas de coordinación, asignación de recursos y uso de la información con las que los hospitales convierten la estrategia en operación diaria. En el Perú, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y el Plan de Gobierno Digital del Ministerio de Salud 2024–2026, promueven interoperabilidad, historia clínica electrónica y trazabilidad de circuitos críticos, favoreciendo la gestión por resultados y el seguimiento de indicadores. Esta orientación se alinea con el avance regional de la salud digital, aunque persisten brechas de interoperabilidad y de capacidades técnicas que condicionan la transferibilidad a entornos subnacionales como Piura (Ministerio de Salud del Perú, 2024; Vinadé et al., 2025).

Desde la perspectiva organizacional, los procesos hospitalarios son cadenas de actividades con tiempos y responsabilidades definidos. La evidencia muestra que intervenciones de rediseño de flujos, como vías rápidas, presencia de médicos en triaje y pruebas en el punto de atención, se asocian con reducciones del tiempo de permanencia y con mejor coordinación entre admisión, diagnóstico y tratamiento cuando existe medición continua y tableros que orientan decisiones. La estandarización de métricas en urgencias aporta un lenguaje común para la rendición de cuentas y contribuye a sostener mejoras en el tiempo (Toukola et al., 2025).

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

La gobernanza hospitalaria integra arreglos institucionales, incluida la descentralización, liderazgo clínico administrativo, rendición de cuentas y mecanismos de priorización. Re encuadrar la descentralización y las asociaciones público-privadas como subtemas de este eje permite evaluar impactos con métricas comparables y facilita reasignaciones tácticas en función del desempeño observado (Toukola et al., 2025).

La digitalización genera valor cuando se alinea con cuellos de botella del circuito asistencial. La interoperabilidad, la historia clínica electrónica y los repositorios transversales previstos en el marco normativo peruano habilitan la trazabilidad de órdenes y resultados, reducen tiempos muertos y soportan tableros con indicadores para decisiones de turnos, diagnóstico y priorización de camas, siempre que existan capacidades locales para configurar, gobernar y usar datos en la operación diaria (Ministerio de Salud del Perú, 2024; Vinadé et al., 2025).

La disponibilidad y mezcla de enfermería y otros perfiles actúan como mecanismos de transmisión entre políticas y rendimiento de procesos. Corregir el subdimensionamiento de enfermería es costo efectivo cuando se consideran estancias evitadas y eventos adversos reducidos, y la formación continua junto con las rondas de seguridad fortalece la detección temprana de fallas y consolida culturas de aprendizaje.

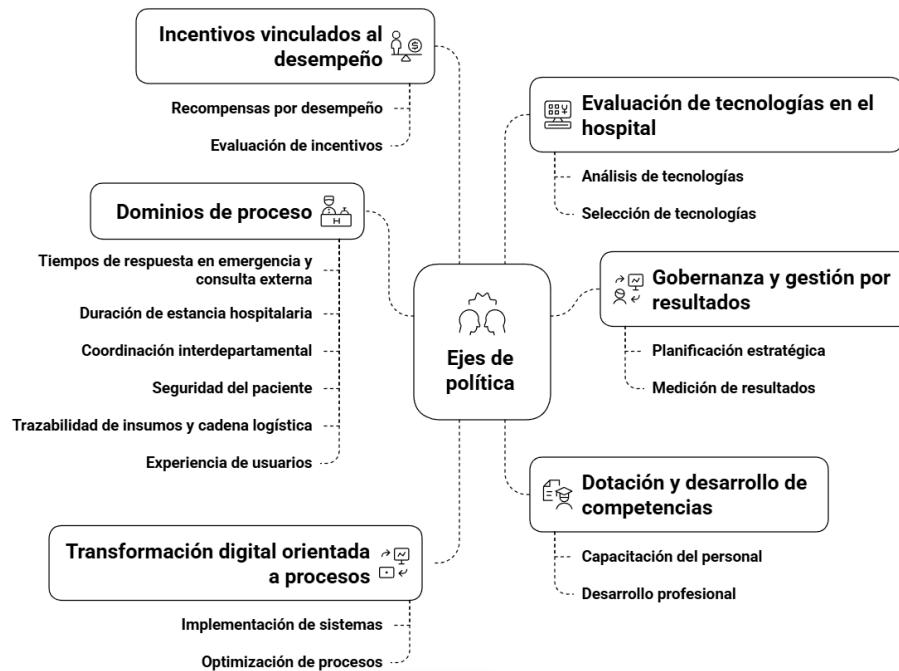
Los esquemas de pago por desempeño pueden asociarse con mejoras en desenlaces específicos si se sustentan en métricas válidas, auditorías técnicas y salvaguardas que eviten efectos indeseados sobre la práctica clínica. Su articulación con tableros de urgencias y hospitalización, y su coordinación con rondas de seguridad, genera retroalimentación útil para ajustar dotación, reorganizar flujos y priorizar diagnósticos (Huang et al., 2025; Toukola et al., 2025).

La HB HTA aporta un marco sistemático para decidir inversiones que conecten valor clínico con sostenibilidad organizacional, racionalizando adquisiciones y secuencias diagnósticas y alineando la modernización con necesidades reales del circuito asistencial. La experiencia latinoamericana documenta su utilidad bajo restricciones presupuestarias y orienta la transferibilidad a contextos como Piura (Itaborahy et al., 2025).

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

Integración de ejes y dominios; criterios de transferibilidad. Para convertir políticas en mejoras verificables conviene anclar cada eje a dominios operativos con indicadores sensibles, como tiempos de respuesta y de estancia, coordinación interdepartamental, seguridad del paciente, trazabilidad y experiencia, y valorar condiciones locales mínimas relacionadas con liderazgo clínico, madurez de los sistemas de información, estabilidad de financiamiento y capacidades de análisis para traducir datos en decisiones cotidianas.

A continuación, se presenta la *Figura 1*, la cual resume cinco ejes de política.



**Figura 1.** Ejes de política de gestión pública y su vinculación con dominios de procesos hospitalarios.

**Elaboración:** El autor.

La Figura 1 sintetiza esta arquitectura, mostrando la vinculación entre los cinco ejes de política y los dominios de proceso que guían la síntesis de evidencia y la priorización en un hospital de Piura.

## MÉTODO

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada con síntesis narrativa para identificar y comparar evidencia sobre políticas de gestión pública vinculadas con mejoras verificables en procesos organizacionales hospitalarios. El enfoque se ciñó al objetivo y al alcance del manuscrito, privilegiando la trazabilidad de la búsqueda, criterios de elegibilidad explícitos y una extracción de datos orientada a dominios de proceso.

La búsqueda se llevó a cabo en PubMed, Scopus, SciELO y Redalyc, abarcando publicaciones entre enero de 2020 y agosto de 2025 en español e inglés. Se combinaron descriptores DeCS y MeSH con palabras libres relacionadas con hospitales, política sanitaria, organización y administración, gestión del desempeño, servicios de urgencias, duración de la estancia, seguridad del paciente, transformación digital y evaluación de tecnologías. Para cada base se adaptó la sintaxis y los campos, registrando fecha de ejecución y filtros de idioma y periodo para asegurar reproducibilidad.

Se incluyeron artículos originales, revisiones y documentos técnicos con control editorial que evaluaran o describieran políticas o instrumentos de gestión pública aplicados al ámbito hospitalario y que reportaran efectos u observaciones sobre tiempos de respuesta, duración de la estancia, coordinación interdepartamental, seguridad del paciente, trazabilidad o experiencia de usuarios. Se excluyeron editoriales sin datos, notas breves sin método, tesis no arbitradas y trabajos centrados exclusivamente en atención primaria u otros escenarios no hospitalarios.

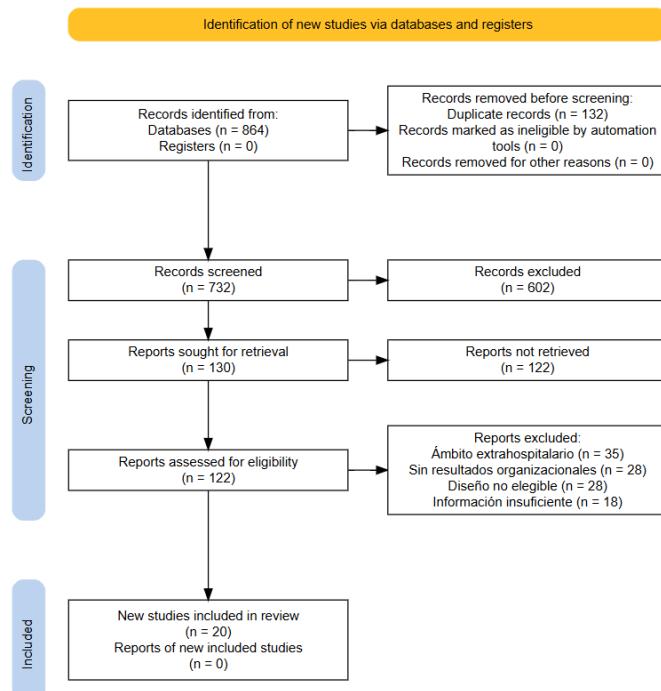
La extracción consignó país, año, diseño, nivel hospitalario, política o instrumento analizado, dominio afectado, indicadores utilizados, dirección del efecto y consideraciones de implementabilidad. Los hallazgos se organizaron según los ejes del marco teórico —gobernanza y gestión por resultados, transformación digital orientada a procesos, dotación y competencias, incentivos vinculados al desempeño y evaluación de tecnologías a nivel hospitalario— y se mapearon con dominios operativos para facilitar comparaciones entre estudios y contextos. La integración se realizó mediante síntesis narrativa estructurada, valorando cualitativamente la transferibilidad al entorno de un hospital de Piura. Al tratarse de investigación secundaria con fuentes públicas, no se

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

requirió aprobación ética; se garantizó integridad científica mediante citación transparente, manejo responsable de la información y registro de decisiones de selección y extracción.

## RESULTADOS

El proceso de selección arrojó 864 registros procedentes de bases de datos bibliográficas y ninguno desde registros de estudios. Tras eliminar 132 duplicados, se sometieron a cribado 732 registros y se excluyeron 602 por título y resumen. Se buscaron 130 informes y se evaluaron a texto completo 122, conforme a las recomendaciones PRISMA 2020. Los motivos de exclusión a texto completo se concentraron en ámbito extrahospitalario, ausencia de resultados organizacionales, diseños no elegibles e información insuficiente. La síntesis final quedó integrada por 20 estudios, como se muestra en la *Figura 2*.



Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

**Figura 2.** Diagrama PRISMA 2020 del proceso de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios.

**Elaboración:** El autor.

La siguiente *Tabla 1* resume los veinte estudios incluidos y precisa, para cada registro, el país, el ámbito hospitalario, el eje de política o gestión evaluado y el dominio operativo afectado. La columna Eje(s) de política o gestión no se limita a rótulos, pues describe el mecanismo documentado por cada artículo y su relación con los indicadores de desempeño, como triaje con metas de espera, rutas clínicas para condiciones tiempo dependientes, metodologías de mejora de procesos, dimensionamiento de enfermería, esquemas de incentivos y evaluación de tecnologías en el hospital, vinculándolos con tiempos de respuesta, duración de estancia, coordinación interdepartamental, seguridad del paciente, trazabilidad y experiencia.

**Tabla 1.**

Características de los estudios incluidos ( $n = 20$ ): país, ámbito hospitalario, eje de política/gestión y dominios de proceso evaluados (2020–2025).

| Estudio                                | Ámbito hospitalario                 | Eje(s) y mecanismo evaluado  | Dominio(s) de proceso              |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| Tayne et al., 2021<br>Scielo           | Emergencia, hospital terciario      | Gobernanza/resultados; triaje estructurado con metas de espera y monitoreo de hacinamiento               | Tiempos de respuesta; estancia     |
| Núñez Alcocer et al., 2023.<br>Scielo. | Emergencia, hospital público (Lima) | Gobernanza/resultados; consultorio de atención inmediata con indicador de resolución en primera consulta | Tiempos de respuesta; coordinación |
| Da Rocha et al., 2023.<br>Scielo.      | Emergencia, hospital universitario  | Gobernanza/resultados; metodología Lean con mapeo de valor y reducción de tiempos de ciclo               | Tiempos de respuesta; coordinación |

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

|   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| Souza et al., 2023.<br>Scielo.  | Emergencia, hospital público            | Seguridad y procesos; clasificación de riesgo con meta puerta–antibiótico y auditoría              | Seguridad; tiempos críticos        |
| Adania et al., 2024.<br>Scielo.   | Pronto socorro, centro de trauma        | Gobernanza/resultados; estratificación de readmisiones y acciones de continuidad asistencial       | Reconsultas/readmisión             |
| Grande Ratti et al., 2023.<br>Scielo.                                     | Unidad de dolor torácico, emergencias   | Gobernanza y procesos; ruta clínica con monitoreo puerta–ECG y tiempo a decisión                   | Tiempos críticos; coordinación     |
| Figueredo et al., 2024  | Emergencia, hospital de referencia      | Competencias y procesos; código ictus, entrenamiento y métricas tiempo-imagen/trombólisis          | Tiempos críticos; coordinación     |
| Chirino et al., 2021  | Hospital pediátrico                     | Dotación y competencias; ruta pediátrica, reorganización de roles y capacitación para triaje       | Tiempos de respuesta; coordinación |
| Paz et al., 2023.<br>Scielo.  | Urgencias pediátricas, hospital público | Gobernanza y procesos; medición de demanda y permanencia para ajustar turnos y flujos              | Tiempos de respuesta; estancia     |
| Correa et al., 2021.<br>Scielo.   | Urgencias gineco-obstétricas            | Procesos y seguridad; categorización/priorización por riesgo obstétrico                            | Seguridad; tiempos de respuesta    |
| Sánchez et al., 2023.<br>PubMed-Redalyc.                                  | Hospital reconvertido COVID-19          | Seguridad y procesos; triaje respiratorio con NEWS2 y vigilancia de deterioro clínico              | Seguridad; coordinación            |
| Jaimes, 2024<br><i>(sustituye a "Molina-Pérez et al., 2025"). Scielo.</i> | Urgencias, hospital general             | Gobernanza y procesos; uso racional de pruebas de laboratorio para desatascar cuellos diagnósticos | Tiempos de respuesta; trazabilidad |
| Ruiz et al., 2024<br><i>(sustituye</i>                                    | Urgencias, hospital universitario       | Procesos; protocolo para crisis asmática y efecto sobre re consultas tempranas                     | Re consultas; tiempos              |

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

|   |   |   |                                      |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <i>a “Rivas et al., 2024”). Scielo.</i> |   |   |                                      |
| Pérez et al., 2021. Scielo.             | Medicina interna, hospital                            | Seguridad del paciente; qSOFA para estratificación de riesgo y decisiones de manejo                         | Seguridad; tiempos críticos          |
| Schmitz, 2023                           | Emergencias, tercer nivel                             | Gobernanza y seguridad; clasificación CTAS asociada con desenlaces y mortalidad                             | Seguridad; priorización              |
| Ávila & De la Rosa, 2022                | Emergencias, Hospital del Sur de Esmeraldas           | Procesos; implementación de triaje para organizar demanda y reducir esperas                                 | Tiempos de respuesta                 |
| Vázquez et al., 2025. Scielo.           | Instituto Nacional de Pediatría, admisiones electivas | Gobernanza y procesos; gestión de admisiones quirúrgicas y tiempos de espera                                | Tiempos de respuesta; coordinación   |
| Huang et al., 2025. Scopus              | Hospitales de artroplastia                            | Incentivos/desempeño; programa P4P con menor infección posoperatoria y revisiones                           | Seguridad; resultados clínicos       |
| Itaborahy et al., 2025. Scopus-PuMed    | Hospitales, unidades HB-HTA                           | Evaluación de tecnologías; HB-HTA para priorizar inversiones y alinear modernización con valor              | Trazabilidad; coordinación decisoria |
| Vinadé et al., 2025                     | Hospitales, Salud digital                             | Innovación en redes globales para la trascendencia y superación de barreras geográficas en pro de la salud. | Coordinación decisoria.              |

**Elaboración:** El autor.

### **Cobertura geográfica de la evidencia**

Los estudios de la tabla 1 se enfocan en intervenciones intrahospitalarias que ordenan flujos y mejoran el desempeño: triaje clínico estructurado, rutas para condiciones tiempo dependientes, mapeo de procesos y pruebas en el punto de atención, con tableros para

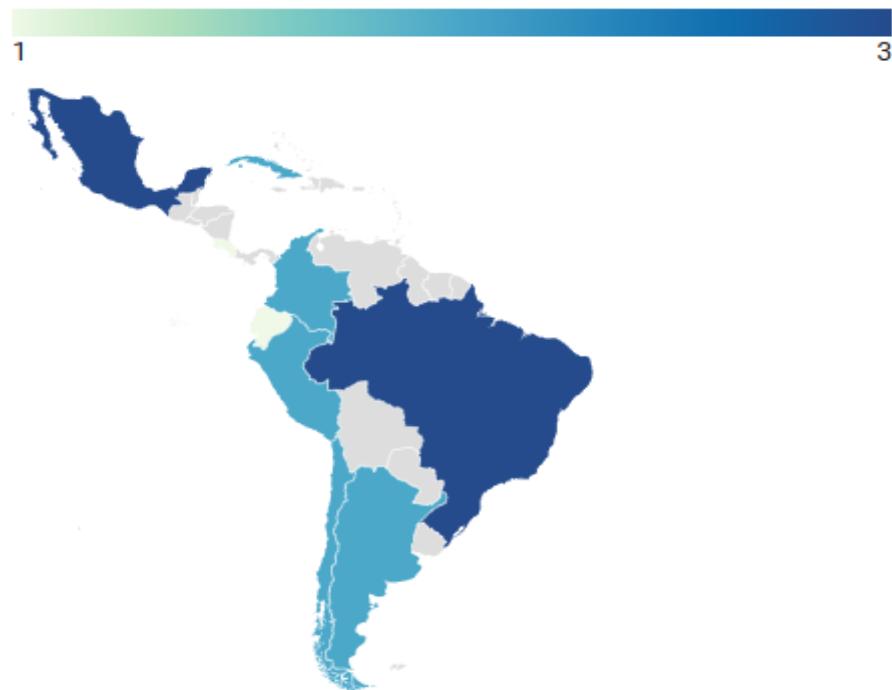
Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

seguir tiempos y coordinación. Integradas en programas de mejora con medición continua, estas tácticas reducen de forma consistente la permanencia y refuerzan la coordinación entre admisión, diagnóstico y tratamiento (Toukola et al., 2025).

La gestión del personal y la cultura de seguridad explican parte del efecto observado. Corregir el subdimensionamiento de enfermería aporta beneficios clínicos y económicos, mientras que las rondas de seguridad favorecen la detección temprana de fallas y el aprendizaje. Los esquemas de pago por desempeño muestran asociaciones favorables cuando se sustentan en métricas válidas y supervisión técnica (Huang et al., 2025).

La evaluación de tecnologías a nivel hospitalario orienta adquisiciones y secuencias diagnósticas hacia valor clínico y sostenibilidad, especialmente útil con presupuestos restringidos. La Figura 3 resume la procedencia de los veinte estudios de la Tabla 1 en 2020 a 2025: México 3 y Brasil 4 cada uno; Perú, Argentina, Colombia, Chile y Cuba 2; Costa Rica y Ecuador 1; además Taiwán 1 (Itaborahy et al., 2025; Vinadé et al., 2025).

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón



**Figura 3.** Cobertura geográfica de los estudios incluidos 2021–2025 (n = 20).

**Elaboración:** El autor a partir de la tabla 1.

La *Figura 3* muestra el mapa coroplético por país en América Latina a partir de la Tabla 1: México (3), Brasil (4), Perú (2), Argentina (2), Colombia (2), Chile (2), Cuba (2), Costa Rica (1) y Ecuador (1). No se representa Taiwán (1), por carecer de asignación nacional en el mapa. Fuente de datos: *Tabla 1* de la revisión; elaboración propia con Datawrapper.

## DISCUSIÓN

La evidencia reunida indica que el ordenamiento de flujos intrahospitalarios se asocia de manera consistente con mejores tiempos de respuesta, reducción de la estancia y mayor coordinación entre admisión, diagnóstico y tratamiento, siempre que exista medición continua y tableros operativos. Intervenciones como el triaje clínico estructurado, las rutas para síndromes tiempo-dependientes, el mapeo tipo Lean y el uso racional de pruebas

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

muestran efectos replicables en servicios de urgencias de la región (Toukola et al., 2025; Da Rocha et al., 2023; Taype et al., 2021; Jaimes, 2024).

La dotación y mezcla de competencias actúan como determinantes transversales del rendimiento de procesos. Corregir el subdimensionamiento de enfermería es coste-efectivo cuando se incorporan estancias evitadas y eventos adversos reducidos, mientras que las rondas de seguridad refuerzan la detección temprana de fallas y consolidan una cultura de aprendizaje. En paralelo, los esquemas de pago por desempeño muestran asociaciones favorables con desenlaces clínicos cuando se apoyan en métricas válidas, auditoría y salvaguardas técnicas, y cuando se articulan con tableros y prácticas de seguridad (Toukola et al., 2025).

La evaluación de tecnologías sanitarias a nivel hospitalario (HB-HTA) funciona como puente entre política e inversión, al priorizar adquisiciones y secuencias diagnósticas con valor clínico y sostenibilidad, especialmente útil en contextos de restricción presupuestaria. Este enfoque dialoga con la expansión regional de la salud digital y con marcos nacionales que promueven interoperabilidad, HCE y trazabilidad, facilitando la conversión de datos en decisiones operativas (Itaborahy et al., 2025; Vinadé et al., 2025; Ministerio de Salud del Perú, 2024).

En términos de transferibilidad al entorno de un hospital de Piura, los hallazgos sugieren asegurar cuatro condiciones habilitantes: liderazgo clínico-administrativo con responsabilidades sobre indicadores, madurez mínima de los sistemas de información para trazabilidad de órdenes y resultados, plan de dotación que corrija brechas críticas y ciclos de seguimiento que vinculen variaciones de indicadores con ajustes de turnos, priorización diagnóstica y gestión de camas (Ministerio de Salud del Perú, 2024).

Entre las limitaciones de la síntesis destacan la heterogeneidad de diseños y métricas, el predominio de escenarios de urgencias y el tamaño muestral acotado; en ese marco, la ausencia de metaanálisis responde a la variabilidad metodológica y a la naturaleza organizacional de las intervenciones, en línea con las recomendaciones de reporte. Pese a ello, la convergencia en la dirección del efecto y la coherencia entre ejes y dominios

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

aportan solidez práctica para consolidar triaje con metas y auditoría, implementar rutas tiempo-dependientes, fortalecer rondas de seguridad y dimensionamiento de enfermería y subordinar inversiones a evaluaciones HB-HTA orientadas a impacto en procesos, bajo una gobernanza por resultados que sostenga las mejoras.

En términos generales, se evidenció un predominio de intervenciones intrahospitalarias orientadas a ordenar flujos en emergencias y hospitalización: triaje clínico estructurado, rutas para condiciones tiempo dependientes, mapeo de procesos tipo Lean, uso racional de pruebas diagnósticas y tableros para el seguimiento de indicadores. Los estudios asociaron estas políticas con reducciones de tiempos de respuesta y de estancia, mejoras en coordinación interdepartamental, seguridad del paciente y trazabilidad. La transferibilidad al entorno de Piura es alta si se aseguran condiciones habilitantes: liderazgo clínico administrativo, madurez mínima de sistemas de información, plan de dotación y ciclos de seguimiento que vinculen indicadores con decisiones tácticas.

## CONCLUSIONES

La síntesis de veinte estudios recientes confirma que las intervenciones intrahospitalarias orientadas a ordenar flujos, acompañadas de medición continua y uso sistemático de tableros, se asocian de manera consistente con mejoras en tiempos de respuesta, reducción de la permanencia y mejor coordinación entre admisión, diagnóstico y tratamiento. Prácticas como el triaje clínico estructurado, las rutas para condiciones tiempo dependientes, el mapeo de procesos y el uso racional de pruebas diagnósticas, muestran efectos replicables cuando se integran a ciclos de mejora y a una gobernanza que convierte los indicadores en decisiones operativas.

Estos efectos se potencian cuando existen condiciones habilitantes: dotación adecuada y mezcla pertinente de competencias del personal, cultura de seguridad activa con rondas periódicas, incentivos alineados a métricas válidas y una transformación digital anclada a problemas concretos de los circuitos asistenciales. La evaluación de tecnologías a nivel hospitalario aporta un puente entre política e inversión al priorizar

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

compras y secuencias diagnósticas con valor organizacional. Bajo estas premisas, la transferibilidad al contexto de un hospital de Piura es factible si se asegura liderazgo clínico administrativo, madurez mínima de los sistemas de información y un esquema de seguimiento que conecte las variaciones de los indicadores con ajustes tácticos de recursos.

## **FINANCIAMIENTO**

No monetario.

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a todos los aportes que hicieron posible el desarrollo del presente estudio, por cuanto cada idea fue valiosa para la sistematización del mismo.

## **REFERENCIAS CONSULTADAS**

- Adania, E., de Faria Júnior, G., Franzoni, N. & Pimentel, S. (2024). Emergency room readmission, an avoidable problem? Analysis and stratification of readmissions in a trauma reference center. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 51, e20243704, pp. 1-8. Disponible en: <https://n9.cl/9ef67g>
- Ávila, L. & De la Rosa, J. (2022). Triaje en el servicio de emergencia en el Hospital del Sur de Esmeraldas, Ecuador. *Archivos Médicos de Camagüey*, 26, 2022, pp. 1-11. Disponible en: <https://n9.cl/x819y>
- Correa, H., Vega, H. & Medina, A. (2021). Categorización de las urgencias gineco-obstétricas en un hospital público de Chile. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 86(2), pp. 152–162. Disponible en: <https://n9.cl/3z4q8>
- Da Rocha, C., Rempel, C., Santana, J., Ferranti, E., Inchauspe, J., Santos, S. dos, Chassot, M. & Santarém, M. (2023). Implementação da metodologia Lean na emergência de um hospital universitário: Gestão e desenvolvimento sustentável. *Texto & Contexto Enfermagem*, 32, e20230122, pp. 1-14. Disponible en: <https://n9.cl/bhkdl3>

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

Figueredo, D., Morales, E. & Hernández, D. (2024). El tiempo es cerebro: Acciones de emergencia durante el ataque cerebro vascular. *Acta Neurológica Colombiana*, 40(3), pp. 1-8. Disponible en: <https://n9.cl/b7aqq>

Grande, M., Bluro, I., Castillo, F., Zapiola, M. & Pedretti, A. (2023). Características clínicas y tiempos de atención en una unidad de dolor torácico del servicio de emergencias de un centro argentino. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 4(2), pp. 41–47. Disponible en: <https://n9.cl/lm8mx>

Huang, H., Chen, C., Lin, C., Tseng, C. & Hsiao, F. (2025). Impact of pay-for-performance program on postoperative infection and revision risk in diabetic patients with hip replacement: A Taiwanese cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(3), mzaf051, pp. 1-12. Disponible en: <https://n9.cl/z4fyq>

Itaborahy, A., Santos, V., Salomon, F., Bregman, C., Mateus, I. & Santos, M. (2025). Hospital-based health technology assessment (HTA) in Latin America and the Caribbean: A scoping review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, e8, pp. 1-11. Disponible en: <https://n9.cl/g25qc>

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Resolución Ministerial 317-2024-MINSA: Plan de Gobierno Digital del Ministerio de Salud 2024–2026*. Disponible en: <https://n9.cl/weijo>

Núñez, S., Fernández, A., López, M. & Benites, M. (2023). Consultorio de Atención Inmediata como estrategia de gestión de calidad en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(3), pp. 20-27. Disponible en: <https://n9.cl/gmc2f>

Paz, L., Peralta, Y., Cisneros, D., Ceh, L. & Cadena, W. (2023). Consultas pediátricas en el servicio de urgencias del hospital público de Sabancuy. *Revista de Ciencias Médicas (Pinar del Río)*, 27, e6003, pp. 1-9. Disponible en: <https://n9.cl/q19chc>

Pérez, I., Roig, C., Cubides, Á., Cardenal, A., Guerrero, F., Albiol, P. & Usó, J. (2021). Utilidad pronóstica de la escala qSOFA en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna por enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de Infectología*, 38(1), pp. 31–36. Disponible en: <https://n9.cl/igfb8y>

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

Jaimes, C. (2024). Uso de pruebas de laboratorio en el servicio de urgencias de un hospital en México. *Horizonte Médico (Lima)*, 24(4), pp. 41-45. Disponible en: <https://n9.cl/89yik>

Toukola, T., Mertanen, R., Kaartinen, J. et al. (2025). Outcome metrics in recommended performance measurement tools for emergency department performance evaluation: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 33, 127, pp. 1-13. Disponible en: <https://n9.cl/lf39v>

Ruiz, V., Zazzetti, M., Orosco, M., Pizzarossa, C., Sciurano, M. & Tenembaum, D. (2024). Reconsultas tempranas al servicio de urgencias antes y después de implementar un protocolo asistencial para asma. *Revista Argentina de Salud Pública*, 16(2), pp. 40–48. Disponible en: <https://n9.cl/85gt5>

Sánchez, N., Ayón, J., & Aguilar, I. (2023). Clasificación de triage respiratorio en hospital reconvertido para atender la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del IMSS*, 61(1), pp. 42–46. Disponible en: <https://n9.cl/y2q4l>

Schmitz, G. (2023). Sistema de clasificación en emergencias (CTAS) y aumento de fallecimientos en un hospital general. *Acta Médica Costarricense*, 65(3), pp. 129–135. Disponible en: <https://n9.cl/sqep3>

Souza, A., Oliveira, G. et al. (2023). Classificação de risco e tempo porta-antibiótico no paciente com suspeita de sepse. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e4066, pp. 1-10. Disponible en: <https://n9.cl/wjdnn>

Tayne, W., De la Cruz, L. & Amado, J. (2021). Impacto del triaje estructurado en el funcionamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(4), pp. 491–497. Disponible en: <https://n9.cl/nhg03>

Vázquez, E., Martínez, S., Andrade, C., Ramírez, G., Pérez, G. & Palacios, E. (2025). Waiting time for pediatric patients to be admitted for elective surgery at a National Pediatric Health Institute in Mexico City. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 82(1), e0007, pp. 35-43. Disponible en: <https://n9.cl/psz3l>

Vinadé, M., Laguna, G., Fernandes, G., Aguilar, G., Dias da Silva, M., Moraes, E., Lottici, I., de Amorim, J. da R., de Abreu, T., Moreira, T. de C. & Cabral, F. (2025). The evolution of digital health: A global, Latin American, and Brazilian bibliometric analysis. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1582719, pp. 1-10. Disponible en: <https://n9.cl/c7ugm>

Gabriela de Lourdes Fernández-Calderón

©2025 por el autor. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia  
Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)  
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)