

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Loor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

<https://doi.org/10.35381/r.k.v11i22.5177>

Gestión del flujo de pacientes en emergencias en hospitales: caso de estudio en Chone, Ecuador

Managing the patients flow in hospital emergencies: a case study in Chone, Ecuador

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño

marjorie.hidalgo.0121@espam.edu.ec

Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí Manuel Félix López, Calceta,
Manabí, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0000-9438-3855>

Melany Nayely Loor-Cedeño

melany.loor.0121@espam.edu.ec

Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí Manuel Félix López, Calceta,
Manabí, Ecuador

<https://orcid.org/0009-0004-3018-1807>

Ernesto Negrín-Sosa

ernesto.negrin@espam.edu.ec

Escuela Superior Politécnica Agropecuaria de Manabí Manuel Félix López, Calceta,
Manabí, Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-2996-6963>

Recibido: 15 de febrero 2026

Revisado: 24 de abril 2026

Aprobado: 05 de mayo 2026

Publicado: 01 de julio 2026

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo evaluar la gestión del flujo de pacientes en emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone que identifique posibles mejoras en eficiencia y tiempos de atención. Se empleó un enfoque mixto y descriptivo, mediante observación directa, encuestas a pacientes, entrevistas al personal y análisis documental de los procesos. Los resultados evidenciaron los principales cuellos de botella en las etapas de admisión, triaje, sala de espera y atención médica, con tiempos de espera que superaron los estándares internacionales. El índice global de satisfacción de los usuarios alcanzó el 82,4 %, destacándose la empatía del personal. Se diseñó una propuesta orientada a la digitalización de procesos, la estandarización del triaje y el fortalecimiento de la cultura organizacional. Se concluyó que la eficiencia hospitalaria depende de la articulación entre gestión técnica y liderazgo institucional, sustentada en la mejora continua y la participación del personal.

Descriptor: Gestión hospitalaria; organización del trabajo; servicios de salud (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

This study aims to evaluate the management of patient flow in emergencies at the Napoleón Dávila Córdova Hospital in Chone to identify possible improvements in efficiency and care times. A mixed and descriptive approach was used, through direct observation, patient surveys, staff interviews and documentary analysis of the processes. The results showed the main bottlenecks in the admission, triage, waiting room and medical care stages, with waiting times that exceeded international standards. The overall user satisfaction index reached 82.4%, highlighting the empathy of the staff. A proposal was designed aimed at the digitization of processes, the standardization of triage and the strengthening of the organizational culture. It was concluded that hospital efficiency depends on the articulation between technical management and institutional leadership, based on continuous improvement and staff participation.

Descriptors: Hospital administration; work organization; health services. (UNESCO Thesaurus).

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

INTRODUCCIÓN

El flujo de pacientes constituye un elemento esencial dentro de la dinámica hospitalaria, ya que determina la secuencia de movimientos y procesos que experimenta una persona desde su ingreso hasta el egreso del sistema sanitario. Este describe el movimiento a través de las diferentes etapas de la atención hospitalaria y constituye un elemento determinante de la gestión de procesos, especialmente en el área de emergencia (Harbi et al., 2024). De acuerdo con Benjamin (2024), el flujo de pacientes es el resultado de la interacción entre procesos clínicos, administrativos y logísticos, con el objetivo común de garantizar una atención oportuna, continua y segura. Participan múltiples actores: personal médico, de enfermería, administrativo y gestores hospitalarios, quienes deben coordinarse eficazmente para evitar demoras y redundancias. La eficiencia de estos flujos está directamente asociada a la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y la sostenibilidad de los servicios hospitalarios (Harbi et al., 2024).

Optimizar el flujo de pacientes constituye uno de los ejes centrales de la gestión hospitalaria moderna. Una gestión eficiente del flujo de pacientes no solo optimiza los recursos y reduce los tiempos de espera, sino que también mejora la toma de decisiones clínicas (Suárez et al., 2023). Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19, estudios como el de Castro et al. (2021) demostraron cómo los centros coordinadores de emergencias podían anticipar ingresos hospitalarios y optimizar la planificación de los recursos críticos, lo que demostró que la gestión del flujo no constituye únicamente un problema operativo, sino una estrategia de supervivencia institucional en contextos de crisis.

La gestión del flujo de pacientes, a nivel global, ha evolucionado hacia un enfoque basado en la mejora continua de procesos y en la incorporación de herramientas tecnológicas predictivas. Investigaciones realizadas en los últimos años señalan que la saturación en los servicios de emergencia es una de las principales causas de la ineficiencia hospitalaria, afectando la seguridad y la calidad de la asistencia (Samadbeik et al., 2024). En países como el Reino Unido, Australia y los Estados Unidos, la aplicación de modelos

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

Lean Healthcare y Six Sigma ha permitido disminuir hasta en un 40 % los tiempos de espera en las áreas críticas, solo eliminando actividades redundantes y redistribuyendo estratégicamente las tareas (Samanta et al., 2022; Tlapa et al., 2022). Por su parte, otros autores como Harbi et al. (2024) demostraron que la implementación de la gestión de casos clínicos mediante una planificación integral de las trayectorias de los pacientes mejoró la eficiencia operativa en hospitales de Arabia Saudita en un 35 %.

A nivel regional, la gestión de flujos hospitalarios enfrenta desafíos vinculados con la fragmentación del sistema de salud, la escasez de personal especializado y la limitada digitalización de los procesos (Tentori et al., 2020; De la Torre et al., 2024). En Perú y Colombia, se han implementado iniciativas basadas en la gestión por procesos, donde los hospitales han rediseñado sus flujos asistenciales mediante la aplicación de diagramas de Ishikawa y matrices de priorización de causas (Solarte et al., 2024). En Chile y México, la introducción de sistemas electrónicos de triaje ha permitido aumentar la trazabilidad de los casos y mejorar la percepción de los usuarios sobre la atención recibida (Flores-González et al., 2020). Sin embargo, la región aún enfrenta limitaciones en la medición del desempeño de los procesos y en la generación de indicadores que permitan comparar resultados entre instituciones (Barraza-Lloréns et al., 2025).

En Ecuador, la gestión hospitalaria ha experimentado mejoras en la última década, a partir de la creación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Este modelo promueve la atención continua, la articulación de niveles de servicio y la mejora del flujo de usuarios en hospitales y centros de salud (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022). No obstante, los servicios de emergencia siguen congestionados por el incremento de la demanda, la limitada capacidad de respuesta y la falta de procesos estandarizados para la derivación de pacientes y atención oportuna (Cabrera y Orellana, 2024).

Estudios recientes realizados en hospitales públicos ecuatorianos señalan que los tiempos de espera superan las dos horas en promedio, generando insatisfacción y fatiga tanto en pacientes como en el personal sanitario (Narváez Jaramillo et al., 2023). Por su parte, los autores Cabrera y Orellana (2024) subrayan que la falta de protocolos de triaje

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

actualizados, la carencia de personal y la deficiente comunicación entre áreas son factores que ralentizan el recorrido asistencial. En este sentido, el Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone enfrenta desafíos similares, donde se ha identificado la existencia de cuellos de botella en el proceso de triaje y en la coordinación interdepartamental. Dichas ineficiencias afectan el rendimiento global del servicio y la percepción ciudadana sobre la calidad de la atención.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la gestión del flujo de pacientes en emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone que identifique posibles mejoras en eficiencia y tiempos de atención.

MÉTODO

Se empleó un enfoque mixto, combinando datos cuantitativos y cualitativos con un alcance descriptivo, orientado a caracterizar el proceso actual e identificar las causas de los retrasos observados. El diseño fue no experimental y transversal, ya que se recolectó información en un único periodo sin manipular variables. Se aplicaron técnicas de observación, encuestas, entrevistas y revisión documental para analizar las etapas del flujo asistencial.

La población incluyó a pacientes atendidos en la emergencia durante el trimestre julio-septiembre de 2025 y al personal de salud del servicio. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. La muestra estuvo conformada por 120 pacientes y 25 trabajadores con más de seis meses de experiencia en el área.

Se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Encuestas estructuradas aplicadas a pacientes y personal de salud, que incluirán ítems sobre tiempo de espera, atención recibida, comunicación del personal, percepción de eficiencia y satisfacción general. El instrumento se adaptó de modelos validados por Cabrera y Orellana (2024).

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

- Entrevistas semiestructuradas dirigidas a jefes de área y coordinadores de turno, orientadas a identificar causas de retrasos, deficiencias en la coordinación y posibles estrategias de mejora.
- Fichas de observación para registrar el flujo real de los pacientes desde la admisión hasta la atención médica, con cronometraje de cada etapa.
- Análisis documental de registros hospitalarios, guías operativas, normas de triaje y reportes estadísticos institucionales.

El estudio se realizó en tres fases. La primera fase fue el diagnóstico inicial que incluyó la revisión documental de los protocolos institucionales y la observación directa de los flujos de atención en el área de emergencias. La segunda fase fue la recolección de información en la que se aplicaron las encuestas a pacientes y las entrevistas al personal, registrando datos cuantitativos y cualitativos. La tercera fase comprendió el análisis y la elaboración de la propuesta, en ella se identificaron los puntos críticos mediante un diagrama de Ishikawa y se elaboró una matriz de priorización de causas, la cual permitió jerarquizar las causas de los problemas más relevantes y seleccionar las soluciones con mayor potencial de impacto. Además, se diseñaron estrategias de optimización y un modelo funcional de atención optimizado, basado en los hallazgos empíricos y enfocado en reducir los tiempos de espera y mejorar la coordinación interna.

El software SPSS versión 26 se utilizó para procesar los datos cuantitativos aplicando estadística descriptiva. El análisis temático se utilizó para los datos cualitativos provenientes de las entrevistas, identificando categorías emergentes relacionadas con la percepción del flujo asistencial y la eficiencia organizativa. Para la integración de los resultados se utilizó el modelo de triangulación de datos, combinando la evidencia cuantitativa y cualitativa con el fin de elaborar conclusiones sólidas y consistentes.

El estudio cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 1964) y el Reglamento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Se solicitó consentimiento

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

informado a los participantes, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la voluntariedad. Los datos recolectados se utilizaron con fines académicos.

RESULTADOS

Esquema funcional del recorrido del paciente en el área de emergencias.

El diagnóstico inicial realizado en el área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova permitió caracterizar de manera detallada el flujo actual de pacientes desde su llegada hasta la atención médica. La Figura 1 muestra el esquema funcional en forma de diagrama de flujo incluyendo los tiempos promedios observados en cada etapa.

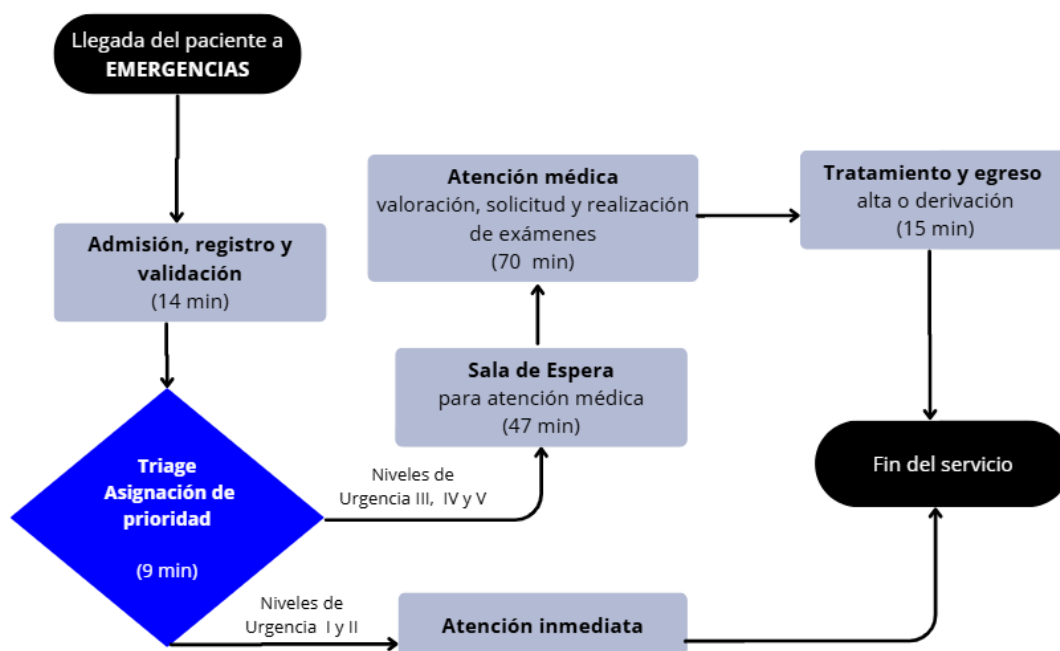


Figura 1. Esquema funcional del recorrido del paciente en emergencias.

Elaboración: Los autores.

La observación directa evidenció que la mayor concentración de pacientes ocurre en los turnos matutinos, entre las 08:00 y las 13:00 horas, momento en que el número de ingresos supera la capacidad instalada de atención. En promedio, el flujo diario alcanza

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

los 110 pacientes, con un índice de ocupación del 95%, lo que provoca saturación en las salas de espera y en los cubículos de triaje. El proceso de admisión constituye el primer punto crítico. El tiempo promedio entre el ingreso del paciente y su registro en el sistema informático fue de 14 minutos.

En la etapa de triaje, el tiempo promedio de clasificación fue de 9 minutos por paciente, que excede los estándares internacionales recomendados (5 minutos según la OMS). Durante la fase de espera médica, el tiempo promedio hasta ser atendido por un profesional ascendió a 47 minutos.

Por otro lado, se observó que falta de coordinación entre las áreas de enfermería, laboratorio y radiología generaba interrupciones en el flujo. Los pacientes deben desplazarse físicamente de una sala a otra sin acompañamiento o información clara, lo cual prolonga su estancia hospitalaria. En esta etapa, que agrupa la valoración médica, la solicitud y realización de exámenes, el tiempo promedio observado fue de 70 minutos. En promedio, el tiempo total de permanencia en el área de emergencia desde la admisión hasta el alta fue de 155 minutos. Estas cifras superan en 35 minutos las recomendaciones de eficiencia establecidas por la Organización Panamericana de la Salud, que sugiere un promedio máximo de 120 minutos para emergencias no críticas (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Identificación y causas de los cuellos de botella

El análisis del proceso asistencial permitió identificar cuatro cuellos de botella en el área de emergencias. El primer cuello de botella se localizó en la admisión donde la existencia de un único punto de registro y la ausencia de preclasificación digital generan retrasos, situación coincidente con la literatura, que señala a la admisión como una causa de ineficiencia (Staib et al., 2023).

El segundo cuello de botella corresponde al triaje, cuyo tiempo promedio (9 minutos) supera el estándar internacional. Las causas identificadas incluyen sobrecarga de pacientes, escasa capacitación continua y limitación de espacios físicos disponibles.

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

El tercer punto crítico es la sala de espera para valoración médica, donde los tiempos alcanzaron 47 minutos en promedio y superaron los 60 minutos en horas pico. Los pacientes de prioridad III, IV y V fueron los más afectados debido a la dedicación preferente del personal a los casos críticos.

El cuarto cuello de botella se relaciona con la atención médica y la coordinación con los servicios diagnósticos. La espera de resultados de laboratorio e imágenes prolonga el tiempo total de permanencia y ralentiza el flujo asistencial.

Además, se identificaron factores transversales como la falta de monitoreo en tiempo real, la débil coordinación entre servicios complementarios y la infraestructura física limitada. En conjunto, estos hallazgos evidencian que la principal causa de ineficiencia es la falta de sincronización entre los subprocesos y una gestión reactiva del flujo, lo que confirma la necesidad de una visión sistémica que integre planificación, capacidad instalada y gestión del talento humano (Samadbeik et al., 2024). La Figura 2 muestra el diagrama de Ishikawa con las causas de los retrasos en el flujo de pacientes del área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone.



Figura 2. Diagrama Ishikawa de retrasos en emergencias en el hospital.
Elaboración: Los autores.

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

Percepción del personal de salud sobre la eficiencia del flujo de pacientes y propuesta de mejora

En correspondencia con los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas aplicadas a médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo del área de emergencias, existen tres categorías principales de análisis: organización del trabajo y recursos humanos, comunicación y coordinación interdepartamental, y gestión del tiempo y sobrecarga laboral. La tabla 1 resume las percepciones del personal y las propuestas de mejora por categoría de análisis obtenidas a partir de las entrevistas.

Tabla1.

Percepciones del personal de salud y propuestas de mejora.

Categoría de análisis	Principales hallazgos	Causas identificadas	Propuestas de mejora
Organización del trabajo y recursos humanos	El 82% del personal considera que la distribución del trabajo es reactiva y no planificada. Alta sobrecarga en horas pico (10–15 pacientes por enfermera).	Escasez de personal Falta de planificación de turnos según la demanda. Ausencia de protocolos de redistribución dinámica.	Reestructurar horarios según picos de atención. Incorporar personal de apoyo administrativo y técnico Aplicar gestión de cargas laborales.
Comunicación y coordinación interdepartamental	El 75% reporta deficiente comunicación entre enfermería, laboratorio y radiología. Retrasos en entrega de resultados y falta de reuniones operativas.	Falta de un sistema electrónico integrado. Ausencia de espacios de coordinación regular. Protocolos inconsistentes entre turnos.	Implementar sistema de información hospitalaria unificado. Reuniones de coordinación inter turnos. Protocolos de comunicación formal.
Gestión del tiempo y sobrecarga laboral	El 68% percibe una gestión ineficiente del tiempo. Enfermeras realizan tareas administrativas y asistenciales simultáneas.	Multiplicidad de funciones. Falta de personal administrativo. Carencia de protocolos para priorizar casos no críticos.	Delegar funciones no clínicas. Clarificar roles. Fortalecer el triaje como filtro de prioridad.

Elaboración: Los autores.

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

Satisfacción del usuario y propuestas de mejora de la calidad del servicio

En el área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova, los resultados de las encuestas aplicadas a 120 pacientes permitieron analizar la experiencia del usuario desde dos dimensiones principales: tiempos de espera y trato recibido, y calidad integral del servicio. La tabla 2 resume los hallazgos y las propuestas de mejora.

Tabla 2.
Percepciones de los pacientes y propuestas de mejoras.

Dimensión evaluada	Principales hallazgos	Causas identificadas	Propuestas de mejora
Tiempos de espera y trato recibido	64% calificó la espera como larga; 86 % reconoció buen trato del personal.	Saturación en horas pico; falta de información sobre orden de atención.	Implementar pantallas informativas o avisos por turno.
Atención médica	78% valoró positivamente la atención médica.	Exceso de demanda; ausencia de seguimiento informativo.	Establecer protocolos de información al alta y seguimiento breve; formación en comunicación efectiva.
Atención de enfermería	68% calificó la atención como excelente.	Sobrecarga laboral y falta de apoyo administrativo.	Incorporar personal de apoyo; promover bienestar laboral y pausas activas.
Infraestructura y comodidad	41% inconforme con espacio físico (ventilación, asientos y accesibilidad).	Instalaciones limitadas; mantenimiento insuficiente.	Readecuar sala de espera; mejorar señalética y accesibilidad.
Información al usuario	53% considera escasa la información durante el proceso de atención.	Falta de protocolos de orientación al paciente; comunicación centrada en lo técnico.	Implementar sistema de orientación al usuario y personal guía en horas pico.
Índice global de satisfacción	82,4%, clasificado como “bueno”, por debajo del estándar ideal ($\geq 87,5$ %).	Retrasos en atención e insuficiente comunicación.	Fortalecer gestión del tiempo y cultura de atención centrada en el paciente.

Elaboración: Los autores.

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

Propuesta de optimización del flujo de pacientes

La presente propuesta tiene como objetivo la optimización del flujo de pacientes para el área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone, fundamentado en los principios de la gestión hospitalaria moderna, la eficiencia operativa y la calidad del servicio. A continuación, se enumeran las estrategias de optimización del flujo de pacientes que se proponen.

1. Rediseñar el proceso de admisión y registro implementando un sistema de preclasificación electrónica que permitan registrar datos básicos antes del ingreso al triaje. Esto reduciría los tiempos de espera iniciales y eliminaría la duplicidad de registros.
2. Crear un puesto de orientación al usuario, donde personal capacitado brinde información inmediata sobre los tiempos estimados de atención, priorización y recorrido asistencial. Esto contribuiría a reducir la ansiedad y mejora la percepción de eficiencia.
3. Fortalecer el triaje y la priorización clínica. Se propone capacitar de manera continua al personal de enfermería en protocolos de clasificación rápida, acompañado de simulacros periódicos y evaluación de competencias.
4. Integrar los departamentos y digitalizar del flujo asistencial. Una de las estrategias centrales consiste en la integración tecnológica de los servicios de laboratorio, radiología y farmacia dentro de un mismo sistema informático, garantizando la comunicación en tiempo real entre los profesionales. Asimismo, se plantea la creación de un panel digital de control de flujo, visible para el personal del servicio, que muestre el estado actual de cada paciente (en triaje, en atención médica, en espera de resultados, dado de alta). Este tablero permitiría tomar decisiones inmediatas y redistribuir recursos humanos de manera eficiente.
5. Mejoras en infraestructura, confort y orientación al usuario. Se propone readecuar la sala de espera, ampliando el espacio disponible y mejorando la ventilación, iluminación y señalética. De acuerdo con la Organización Panamericana de la

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

Salud (2009), la percepción de calidad no depende únicamente del acto médico, sino del entorno físico y del trato recibido durante la espera.

6. Capacitación, liderazgo y cultura organizacional. Se recomienda instaurar un programa de formación continua en gestión del tiempo, comunicación efectiva y trabajo interdisciplinario. Además, se sugiere la creación de comités operativos semanales para revisar el flujo asistencial, donde los equipos de enfermería, médicos y administrativos analicen los indicadores de desempeño y propongan mejoras inmediatas. La figura 3 muestra el diagrama de flujo del modelo optimizado que se propone.

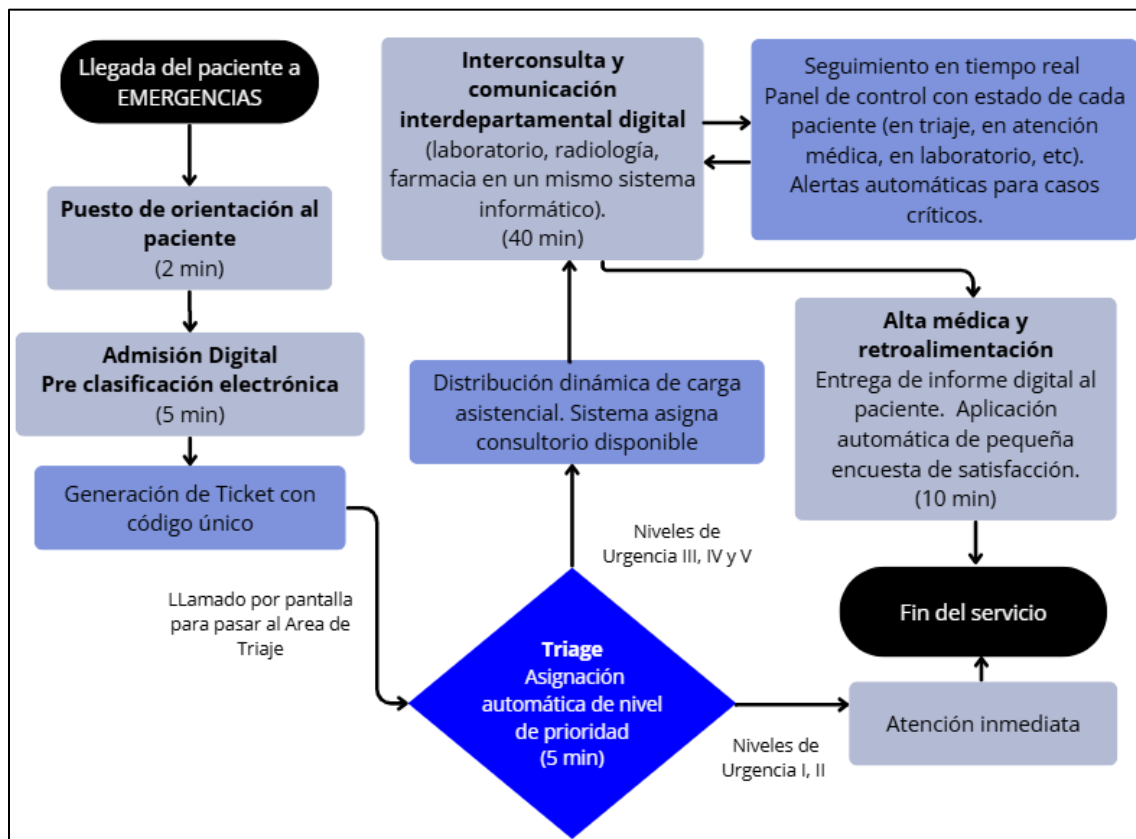


Figura 3. Modelo optimizado de flujo de pacientes en emergencias.
Elaboración: Los autores.

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

El modelo propuesto estima un tiempo promedio de permanencia del paciente en el servicio de emergencias de 62 minutos, lo que reduce en un 60 % los tiempos promedio de espera observados. Además, fortalece la gestión institucional a través de la creación de una cultura de calidad sostenible.

DISCUSIÓN

El análisis del flujo de pacientes en el área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone permitió evidenciar que los tiempos de espera prolongados, la sobrecarga del personal de salud y la deficiente coordinación interdepartamental constituyen los principales factores que afectan la eficiencia del servicio. Estos hallazgos se corresponden con lo reportado en estudios internacionales recientes, los cuales identifican la congestión hospitalaria como un fenómeno global que compromete la calidad de la atención y la satisfacción del usuario (Samadbeik et al., 2024). En el caso del hospital estudiado, el tiempo promedio total de atención desde la admisión, hasta el alta, alcanzó los 123 minutos, superando el estándar recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), que establece un máximo de 120 minutos para casos no críticos.

La falta de planificación dinámica del recurso humano fue otro hallazgo destacado. Los enfermeros y médicos reconocieron que los turnos no se ajustaban al flujo real de pacientes, lo que generó momentos de saturación en las horas de mayor demanda. Esta percepción concuerda con los hallazgos de Benjamin (2024), quien destaca que la gestión del flujo de pacientes depende tanto de la infraestructura como de la coordinación del equipo de salud y del liderazgo operativo. Asimismo, Cabrera y Orellana (2024) observaron que la capacitación periódica en triaje y la redistribución estratégica del personal reducen significativamente los tiempos de espera y mejoran la percepción del usuario.

Los cuellos de botella identificados en admisión, triaje, sala de espera y atención médica directa guardan relación con lo señalado por Staib et al. (2023), quienes sostuvieron que

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

la ausencia de digitalización en los procesos administrativos y clínicos generó retrasos acumulativos. De manera similar, Harbi et al. (2024) sostuvieron que la adopción de modelos de gestión de casos clínicos mejoró la coordinación interdepartamental y redujo los tiempos muertos entre las áreas, lo que coincide con la propuesta formulada en este estudio de implementar un tablero digital de control de flujo en el hospital.

En cuanto a la percepción del personal de salud, el 82 % del personal calificó la organización del trabajo como “reactiva”, lo que refleja un modelo de gestión basado en la respuesta inmediata más que en la planificación anticipada. Esta realidad ha sido descrita también en investigaciones desarrolladas en servicios de emergencia de Europa y Asia, donde la presión asistencial y la falta de comunicación estructurada son factores críticos que afectan la eficiencia operativa (Harbi et al., 2024; Samadbeik et al., 2024). Estos hallazgos reafirman que la optimización del flujo hospitalario requiere tanto soluciones técnicas como un cambio cultural hacia la gestión colaborativa.

En relación con la satisfacción de los usuarios, el índice obtenido (82,4 %) fue calificado como “bueno”, pero inferior al estándar de excelencia ($\geq 87,5$ %) propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (2009). Este resultado concuerda con lo reportado por Suárez et al. (2023) en hospitales de Cuba, donde la falta de información al paciente y la demora en la atención son los principales determinantes de insatisfacción. Sin embargo, los usuarios del hospital de Chone valoraron positivamente el trato humano y la empatía del personal, lo que coincide con las observaciones de Cabrera y Orellana (2024), quienes argumentan que la calidad percibida está más vinculada al trato y a la comunicación que al resultado clínico en sí.

Al comparar nuestros hallazgos con la evidencia internacional, se observa que los hospitales que han implementado estrategias de digitalización y gestión por procesos logran reducciones significativas en los tiempos de espera y aumentos en la satisfacción del usuario. Por ejemplo, Samadbeik et al. (2024) reportaron una disminución del 30 % en los tiempos de atención en departamentos de emergencia que adoptaron sistemas de registro electrónico y triaje automatizado. De igual modo, Harbi et al. (2024) demostraron

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

que la incorporación de herramientas de gestión de casos permite mejorar la eficiencia operativa sin aumentar los recursos humanos disponibles.

En este contexto, la propuesta de optimización diseñada para el Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone se encuentra plenamente alineada con las mejores prácticas internacionales. El modelo plantea una combinación de automatización administrativa, estandarización clínica y fortalecimiento de la cultura organizacional, coherente con las recomendaciones de la literatura reciente. A diferencia de otros estudios centrados únicamente en la tecnología o la infraestructura, nuestra investigación enfatiza el rol del recurso humano como eje del cambio organizacional, retomando el enfoque de Benjamin (2024), quien define la gestión del flujo como un proceso interdisciplinario donde la comunicación efectiva es tan importante como la capacidad técnica.

Finalmente, los resultados obtenidos confirman que los problemas del flujo hospitalario son multifactoriales y requieren intervenciones integrales. La comparación con estudios anteriores sugiere que los hospitales que combinan medidas estructurales (infraestructura y tecnología) con acciones blandas (capacitación, liderazgo, cultura organizacional) alcanzan mejoras sostenibles en eficiencia y calidad del servicio.

CONCLUSIONES

El estudio permitió comprender la dinámica operativa del área de emergencias del Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone, identificar los principales factores que afectan la eficiencia del flujo de pacientes y proponer un modelo de optimización.

Los hallazgos obtenidos evidenciaron que los cuellos de botella más significativos se presentan en las etapas de admisión, triaje, sala de espera y atención médica, donde los tiempos de espera superan los estándares internacionales. La sobrecarga laboral, la escasa coordinación interdepartamental y la ausencia de sistemas digitales integrados contribuyen a una gestión reactiva que limita la oportunidad y calidad del servicio.

En el análisis de la satisfacción de los usuarios, el índice global alcanzó el 82,4 %, un nivel “bueno”, pero inferior al valor óptimo establecido por la Organización Panamericana

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

de la Salud. Este resultado sugiere que la percepción de calidad depende tanto de la rapidez de atención como del trato humano y la comunicación efectiva, aspectos que el personal de salud logra mantener a pesar de las limitaciones estructurales.

Por otra parte, los resultados corroboraron que los problemas del flujo hospitalario son multifactoriales y universales, aunque su magnitud varía según la infraestructura y la capacidad de gestión de cada institución. Por tanto, coinciden en que la solución no depende del aumento de recursos humanos o físicos, sino de la implementación de modelos de gestión basados en procesos, digitalización e integración de servicios.

En ese marco, la propuesta de optimización presentada en este trabajo ofrece una alternativa viable y contextualizada para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria. La propuesta combina acciones técnicas con estrategias de desarrollo humano. Esta articulación integral responde a la tendencia internacional hacia sistemas hospitalarios más ágiles, interconectados y centrados en el paciente.

Desde la perspectiva institucional, se estima que la aplicación de esta propuesta podría reducir los tiempos de espera hasta en un 60 %, aumentar la satisfacción del usuario a niveles superiores al 90 % y fortalecer la coordinación interdepartamental, contribuyendo a mejorar los indicadores de eficiencia operativa y de calidad asistencial.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

AGRADECIMIENTOS

A todos los actores involucrados en la investigación por sus aportes en el análisis documental del presente estudio.

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Barraza-Lloréns, M., Arceo-Schraivesande, A., Campos-Hernández, Á., Bauhoff, S., & Bernal Lara, P. (2025). *Measures of hospital efficiency and quality*. (Technical Note No. IDB-TN-03055). Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.18235/0013359>
- Benjamin, E. (2024). The work of patient flow management: A grounded theory study of emergency nurses. *International Emergency Nursing*, 74, 101457. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101457>
- Cabrera, A., & Orellana, M. (2024). *Impacto de la gestión del tiempo en la efectividad del triaje y la percepción de calidad en enfermería*. [Trabajo de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <https://n9.cl/uz5o3>
- Castro, R., Delgado, R., Duque, M., & Arcos, P. (2021). Capacidad potencial de un centro coordinador de urgencias y emergencias para predecir ingresos hospitalarios y en unidades de cuidados intensivos por COVID-19. *Emergencias*, 33(4), 368–373. <https://www.researchgate.net/publication/351176996>
- De la Torre, A., Sanclemente-Torres, C., Mosquera, L., & Smith, M. (2024). *Analysis of the virtual healthcare model in Latin America*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(X). <https://doi.org/10.21037/mhealth-23-47>
- Flores-González, E., Espinoza-Charrier, P., González-Trujillo, C., Hernández-Rivas, S., & Barría-Pilaquilen, R. M. (2020). Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. *Revista CuidArte*, 9(18). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.76671>
- Harbi, S. A., Aljohani, B., Elmasry, L., Baldovino, F. L., Raviz, K. B., Altowairqi, L., & Alshlowi, S. (2024). Streamlining patient flow and enhancing operational efficiency through case management implementation. *BMJ Open Quality*, 13(1), e002484. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2023-002484>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Reglamento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos*. (Acuerdo Ministerial 4889, Registro Oficial Suplemento 279). Quito, Ecuador. <https://n9.cl/ad8t0>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)*. MSP Ecuador. <https://n9.cl/nk5ay>

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Looor-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

- Narváez-Jaramillo, M. E., Morillo-Cano, J. R., & Pantoja-Narváez, C. L. (2023). Insatisfacción con la atención de salud en los usuarios del Centro de Salud Tajamar, Ecuador [Versión v1]. *Revista Información Científica*, 102. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10403007>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe*. <https://n9.cl/treyx>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Manual para la implementación de un sistema de triaje en salas de urgencias*. <https://n9.cl/3a3j3>
- Samadbeik, M., Staib, A., Boyle, J., Khanna, S., Bosley, E., Bodnar, D., Lind, J., Austin, J. A., Tanner, S., Meshkat, Y., de Courten, B., & Sullivan, C. (2024). Patient flow in emergency departments: A comprehensive umbrella review of solutions and challenges across the health system. *BMC Health Services Research*, 24(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10725-6>
- Samanta, A. K., G., V., & Gurumurthy, A. (2023). Implementing Lean Six Sigma in health care: a review of case studies. *International Journal of Lean Six Sigma*, 14(1), 158–189. <https://doi.org/10.1108/IJLSS-08-2021-0133>
- Staib, A., Boyle, J., & Sullivan, C. (2023). Lean healthcare implementation for emergency departments: global evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 23(1), 128–137. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09563-4>
- Solarte, A. L., Arteaga Díaz, Y. M., Andrade Sánchez, K., & Herrera López, H. M. (2024). Aproximación general a la gestión por procesos en los servicios de salud en Latinoamérica: una revisión bibliográfica. *Informes Psicológicos*, 24(1), 69-89. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a05>
- Suárez, Y., León, M., Nariño, A., & Pérez, M. (2023). Metodología para el diagnóstico de la gestión de trayectorias de pacientes en hospitales. *Región Científica*, 2(2), 23. <https://doi.org/10.58763/rc2023115>
- Tentori, M., Ziviani, A., Muchaluat-Saade, D. C., & Favela, J. (2020). Digital healthcare in Latin America: the case of Brazil and Mexico. *Communications of the ACM*. <https://n9.cl/52esr>
- Tlapa, D., Franco-Alucano, I., Limon-Romero, J., Baez-Lopez, Y., & Tortorella, G. (2022). Lean, Six Sigma, and Simulation: Evidence from Healthcare Interventions. *Sustainability*, 14(24), 16849. <https://doi.org/10.3390/su142416849>

Marjorie Yanela Hidalgo-Cedeño; Melany Nayely Loo-Cedeño; Ernesto Negrín-Sosa

World Medical Association. (1964). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://n9.cl/mrs4>

©2026 por los autores. 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/>)