



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN DIRECCIÓN Y GESTIÓN
DE ENFERMERÍA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Diseño de un plan de mejora en la reorganización de
espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San
José**

RESUMEN

El hospital Quirónsalud San José presenta una configuración física disfuncional que impacta negativamente en la eficiencia operativa y calidad asistencial. El objetivo del presente estudio de diseño de plan de mejora de la reestructuración de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José se basa en cumplimiento de los ODS 3 y ODS 9. La metodología se fundamenta en el uso de la evidencia científica de los últimos 5 años sobre la línea de investigación para el establecimiento de la planificación estratégica y operativa del plan de mejora. El proyecto de gestión aborda de manera directa los problemas identificados en el análisis DAFO inicial: Fragmentación espacial entre bloques, falta de accesibilidad a urgencias, circuitos asistenciales ineficientes y carencia de privacidad en áreas sensibles. Dentro de los resultados relevantes el proyecto contribuye significativamente a: Reducir los tiempos de espera y traslado, mejorar la coordinación entre unidades críticas, minimizar riesgos asociados a caídas, infecciones y errores clínicos, disminuir la carga emocional del paciente y en crear un entorno funcional sostenible a largo plazo. El entorno renovado, incluye el reemplazo mobiliario y otros elementos físicos, una mejor señalización y el ajuste de la distribución física. Finalmente, la viabilidad del proyecto de gestión radica en su propuesta metodológica con diferentes fases de implantación y la posibilidad de comprobar resultados en tiempo real con el sistema de medición NPS y diferentes métricas que permite evidenciar un impacto pre-postimplantación, justificar la inversión en recursos materiales y herramientas digitales, así como consolidar un ciclo de mejora continua.

Palabras claves: Reestructuración de hospital, Organización de espacios, Flujo de pacientes, Gestión sanitaria, emergencias médicas.

ABSTRACT

The Quirónsalud San José Hospital has a dysfunctional physical configuration that negatively impacts operational efficiency and quality of care. The objective of this study, which designs an improvement plan for the restructuring of healthcare spaces at the Quirónsalud San José Hospital, is based on compliance with Sustainable Development Goals (SDGs) 3 and 9. The methodology is based on the use of scientific evidence from the last five years on the research line for establishing the strategic and operational planning of the improvement plan. The management project directly addresses the problems identified in the initial SWOT analysis: spatial fragmentation between blocks, lack of accessibility to the emergency department, inefficient care pathways, and lack of privacy in sensitive areas. Among the relevant results, the project significantly contributes to: reducing waiting and transfer times, improving coordination between critical units, minimizing risks associated with falls, infections, and clinical errors, decreasing the emotional burden on patients, and creating a sustainable, long-term functional environment. The renovated environment includes the replacement of furniture and other physical elements, improved signage, and adjustments to the physical layout. Finally, the viability of the management project lies in its methodological proposal with different implementation phases and the possibility of verifying results in real time with the NPS measurement system and different metrics that allow evidence of a pre-post implementation impact, justify the investment in material resources and digital tools, as well as consolidate a continuous improvement cycle.

Keywords: Hospital restructuring, Space organization, Patient flow, Healthcare management, Medical emergencies.

Índice

CAPÍTULO PRIMERO.....	8
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	8
1.1 Contexto institucional y descripción del problema.....	8
1.2 Consecuencias asistenciales, organizativas y repercusiones para pacientes y profesionales.....	10
1.3 Plan de mejora propuesto y alineación con la gestión sanitaria moderna	11
CAPÍTULO SEGUNDO	12
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	12
2.1 Presentación de la búsqueda	12
2.2 Muestra de estudio	12
2.2.1. Criterios de inclusión.....	12
2.2.2 Criterios de exclusión.....	12
2.3 Estrategia de búsqueda	13
2.4 Tabla resumen de búsqueda bibliográfica	13
2.5 Tabla resumen de artículos seleccionados.....	15
2.6 Descripción de resultados encontrados	25
2.7 Antecedentes de estudio orientados al proyecto de gestión.....	26
CAPÍTULO TERCERO	27
MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL	27
3.1 Introducción del marco teórico	27
3.2 Antecedentes y contexto histórico	27
3.3 Definiciones conceptuales y terminología clave	29
3.4 Teorías y modelos relacionados	30
3.5 Estado actual de la investigación	31
3.6 Variables o dimensiones del estudio.....	32

3.7 Marco normativo o regulatorio	35
3.8 Resumen y cierre del marco teórico	36
CAPÍTULO CUARTO	37
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	37
4.1. Contribución del proyecto a la estrategia organizacional o del sistema de salud.....	37
4.2. Ámbito y justificación del proyecto	41
4.3. Análisis estratégicos DAFO.....	42
4.4. Cartera de clientes.....	43
4.5. Cartera de servicios.....	44
4.6. Descripción de las intervenciones	45
4.7. Procedimientos de evaluación	47
4.8. Sistemas de información	54
4.9. Limitaciones	55
CAPÍTULO QUINTO.....	56
PLANIFICACIÓN OPERATIVA	56
5.1. Duración, despliegue y cronograma de implantación	56
5.2. Equipo de trabajo.....	57
5.3. Plan de recursos	58
5.4. Análisis de viabilidad	59
CONCLUSIONES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

Lista de figuras

Figura 1. Configuración física del Hospital Quirónsalud	9
Figura 2. Año de publicación	25
Figura 3. Tipos de estudios	25
Figura 4. Documentos consultados por regiones geográficas.....	26
Figura 5. Diagrama de flujo propuesto de accesos y circuitos asistenciales (adultos y pediatría)	33
Figura 6. Simulación del escenario asistencial final del proyecto de mejora.....	34
Figura 7. Acceso del flujo asistencial.....	35
Figura 8. Contribución del proyecto a la estrategia de reorganización.....	38
Figura 9. Análisis DAFO	42
Figura 10. Clientes del Hospital Quirónsalud San José, Madrid, España	44
Figura 11. Intervenciones de la planificación estratégica	46
Figura 12. Limitaciones del proyecto estratégico	56

Lista de tablas

Tabla 1. Pregunta PICO y descriptores de búsqueda bibliográfica	13
Tabla 2. Resultados de la búsqueda.....	14
Tabla 3. Artículos seleccionados de la búsqueda bibliográfica.....	16
Tabla 4. Descripción de las variables de estudio	32
Tabla 5. Cartera de servicios del hospital Quirónsalud San José, Madrid.....	45
Tabla 6. Indicadores de estructura.....	49
Tabla 7. Indicador de proceso.....	49
Tabla 8. Indicador de resultado.....	50
Tabla 9. Experiencia del paciente	51
Tabla 10. Seguridad del paciente	51
Tabla 11. Eficiencia asistencial	52
Tabla 12. Transformación digital	53
Tabla 13. Buen gobierno	53
Tabla 14. Sistemas y medios de información	54
Tabla 15. Cronograma de implantación	57
Tabla 16. Equipo de trabajo	57
Tabla 17. Recursos materiales y de obras mínimas	59
Tabla 18. Viabilidad del proyecto	60

Listado de abreviaturas

DeCS	Descriptores Científicos
FM	Facility Management
HIS	Sistema de información del Hospital
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITU	Infecciones del Tracto Urinario
KPI	Key Performance Indicators
MeSH	Descriptores Médicos
NAVM	Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica
NPS	Net Promoter Score
ODS	Objetivos del Desarrollo Sostenible
PMO	Project Management Office
PS	Seguridad psicológica
RRHH	Recursos Humanos
SB	Espacio de Amortiguación
TI	Tecnologías de información
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea

Capítulo primero

Introducción y Justificación

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo de la actividad asistencial en el Hospital Quirónsalud San José, acompañado de la incorporación de nuevas especialidades médicas y de un aumento en la demanda de los servicios. Este crecimiento, sin embargo, no ha ido acompañado de una reorganización estratégica por lo que, no responde a los principios de diseño centrado en el paciente, ni a los estándares de eficiencia del flujo asistencial recomendados por los modelos actuales de gestión sanitaria.

1.1 Contexto institucional y descripción del problema

El enfoque de la atención basada en el paciente, según la literatura científica, pasa de ser comprendido como un contenedor técnico a un entorno terapéutico, el cual acompaña el proceso de recuperación, mediante la incorporación de la arquitectura basada en aspectos clínicos del paciente, así como el entorno en el cual comparten con las familias y la distracción sensorial apoyada en conceptos de orientación, señalética, claridad e iluminación, los cuales permiten facilitar el flujo del paciente y reducir la carga emocional. A nivel operativo, esto se fundamenta en los principios del diseño, tales como: “acercar la luz natural al paciente, controlar ruido y olores, asegurar confort e integrar facilidades para la convivencia con la familia” (Rodelo, 2020).

En los modelos actuales sobre la gestión sanitaria, uno de los alineamientos tiene como fin la optimización del flujo de personas, es decir, evitar mal direccionamiento, tiempos de espera innecesarios y aglomeración de pacientes en los servicios de atención, entre otros. Por lo tanto, el diseño permite equilibrar la demanda de la asistencia hospitalaria con la capacidad que posee el sistema, incluyendo la disponibilidad de los profesionales sanitarios, los recursos para el proceso de diagnóstico, el espacio de quirófanos y disponibilidad de camas (Sánchez Suárez et al., 2023).

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, el hospital Quirónsalud San José presenta una configuración física disfuncional que impacta negativamente en la eficiencia operativa y calidad asistencial. El Bloque A tiene un modelo de flujo integrado, al concentrar en un mismo edificio las unidades críticas (quirófanos y UCI) y áreas de hospitalización, facilitando la continuidad asistencial y reduciendo tiempos de traslado, sin embargo, la ubicación de las consultas externas en la planta baja del mismo no está acorde con el resto de los servicios. El Bloque B evidencia una mala asignación espacial del servicio de urgencias, con impacto directo en accesibilidad, seguridad y experiencia del paciente: las urgencias generales, ubicadas en la planta primera, generan barreras para pacientes críticos; las ginecológicas, en zona de tránsito continuo entre edificios, comprometen la privacidad y la confidencialidad asistencial. Solo las urgencias pediátricas cumplen con los estándares adecuados de diseño funcional, son independientes y están reacondicionadas recientemente. Proporcionan un entorno adecuado para la atención infantil (figura 1).

Figura 1. Configuración física del Hospital Quirónsalud.



Nota: Configuración física dividida por áreas de atención.

Esta disfunción espacial incide en mayores costes operativos, riesgos asistenciales y fragmentación de la atención, lo que exige una reordenación estratégica del uso del espacio acorde a los principios de eficiencia, equidad, y calidad en la prestación sanitaria.

La reestructuración de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José están vinculados con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente aquellos relacionados directamente con la gestión de la calidad asistencial. El ODS 3 sobre *“la salud y bienestar tiene relación directa con la mejora de la construcción hospitalaria, ya que una buena distribución de los espacios asegura la continuidad asistencial y, aumenta la salud y seguridad de los pacientes, así como la calidad de la atención”*. El ODS 9 sobre *“la industria, innovación e infraestructura se relaciona con la mejora de la distribución de los espacios asistenciales, porque promueve la innovación en la administración hospitalaria y la construcción de espacios más accesibles y funcionales, lo que se traduce en mejora de la eficiencia operativa y una mejor experiencia para el paciente”* (ONU, 2026). En este sentido, el rediseño de urgencias y consultas externas optimiza el aprovechamiento de espacios y la disposición de recursos de acuerdo a los requerimientos del hospital.

Además, el ODS 10 sobre *“reducir la desigualdad en y entre los países”*, juega un papel importante en el estudio ya que, en la reestructuración propuesta, se puede garantizar atención equitativa a todos los pacientes, independientemente de su condición social o económica, especialmente al mejorar la privacidad y accesibilidad de áreas críticas, como la ginecología de urgencias. Por último, el ODS 11 sobre *“lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”* apunta a la sostenibilidad operativa del hospital y a la optimización del espacio, como en este caso, crea un entorno saludable y eficiente tanto para pacientes como para el personal, contribuyendo a un hospital más accesible y sostenible (ONU, 2026).

1.2 Consecuencias asistenciales, organizativas y repercusiones para pacientes y profesionales

La disposición actual de los espacios asistenciales tiene repercusiones importantes para la gestión sanitaria del Hospital Quirónsalud San José. Los circuitos de atención distribuidos entre los bloques A y B dificultan la continuidad asistencial, incrementan los tiempos de desplazamiento, generan situaciones de desorientación y accesibilidad limitada, especialmente en usuarios con condiciones clínicas complejas. La falta de privacidad en determinadas áreas, como las urgencias ginecológicas, compromete la dignidad y la calidad percibida en la atención.

Desde la perspectiva operativa, la distribución actual provoca falta de coordinación entre servicios, sobrecarga en zonas de tránsito y dificultades de flujo de pacientes entre áreas de atención. Además, la fragmentación de áreas críticas va en contra de los estándares de seguridad del paciente, que señalan la importancia de reducir traslados innecesarios, facilitar el acceso inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o quirófanos y garantizar circuitos seguros.

En ese orden de ideas, según el informe de Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN-UCI) 2023, donde participaron los centros asistenciales de Quirónsalud de Zaragoza, Córdoba, Tenerife y Coruña, se evidencia que en entornos de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); las infecciones relacionadas con el uso de dispositivos médicos reportan el dato de episodios de 1.000 días, lo que permite llevar a cabo una comparación entre periodos y unidades en referencia a las cargas asistenciales, que, a su vez, genera el efecto de ajustar las medidas preventivas. El ENVIN-UCI 2023 evidencia valores para la tasa global de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) por 100 pacientes ingresados fue de 7,85, con un indicador de pacientes que adquieren $\geq 5,62$ infección durante la estancia por cada 100 ingresados, donde la infección más frecuente es la neumonía asociada a ventilación mecánica con un porcentaje del 36,15%, seguida de la Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociada a sonda uretral con una proporción del 29,59% y la bacteriemia primaria con un 21,18% de los casos. Así mismo, las incidencias por uso de dispositivo muestran que la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM) presenta 782 episodios, de 2,84/100 pacientes y 6,88/100 ventilados, mientras que para las bacteriemias se reportan 458 episodios, de las cuales 213 corresponden específicamente a bacteriemia asociada a catéter y 283 bacteriemias secundarias a otros focos. Teniendo en cuenta lo anterior, los entornos UCI son espacios que requieren de la reorganización asistencial como parte del componente de prevención, entendido de esta forma porque la optimización del diseño permite ordenar circuitos de limpio-sucio, reduciendo las contaminaciones cruzadas, mejorando la accesibilidad a las áreas de higiene de manos, reduciendo los desplazamientos, entre otros, (Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias -SEMICYUC-, 2023).

De la misma forma, la optimización de espacios es relevante para reducir las tasas de caídas y prevenir el riesgo de empeorar la condición de algunos pacientes. El estudio del autor Blanes Calafat reporta que en una cohorte hospitalaria ($n=184$), se registraron 3 caídas en el grupo de intervención frente a 5 en el grupo control, y en otra muestra hospitalaria mucho mayor ($n=5.698$), se observaron 207 caídas en el grupo de intervención frente a 264 en el control, por lo que, la optimización de los factores clínicos, reorganizar los espacios y mejorar el diseño del flujo de pacientes son aspectos indispensables que permiten mitigar el riesgo de caídas (Blanes Calafat, 2024).

Estos retos contrastan con los principios establecidos en estrategias de calidad del Ministerio de Sanidad, así como con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre infraestructuras sanitarias centradas en el paciente, accesibles y sostenibles (Alpert et al., 2020; Benjamins et al., 2021). Así mismo, la situación actual se aleja de los estándares internacionales

de calidad asistencial y gestión por procesos, que abogan por estructuras coherentes, flujos eficientes y espacios adaptados a la carga asistencial real.

1.3 Plan de mejora propuesto y alineación con la gestión sanitaria moderna

El presente Trabajo Fin de Máster propone un **Plan de mejora para la reorganización de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José: optimización de urgencias y consultas externas**, para mejorar la disposición de dichos servicios, y avanzar hacia un modelo más eficiente, seguro y centrado en el paciente. La propuesta se articula en dos líneas principales:

1. **Trasladar las urgencias generales y ginecológicas a la planta baja del Bloque A**, con acceso directo desde la calle y conexión inmediata con UCI, quirófanos y plantas de hospitalización.
Esto permitirá crear un área única de urgencias de adultos que mejore la seguridad clínica, reduzca tiempos de traslado y garantice mayor privacidad y accesibilidad.
2. **Reorganizar las consultas externas del Bloque B**, en áreas operativas funcionales y vinculando las consultas médicas dispersas entre bloques, con el fin de mejorar la orientación del paciente, la continuidad asistencial y la eficiencia en el trabajo de los profesionales.

El proyecto de gestión sanitaria para la reorganización de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José resulta necesario y pertinente por su impacto directo en la calidad, seguridad del paciente y eficiencia operativa de la atención sanitaria.

En concordancia con lo anterior, el ordenamiento físico desde área de recepción del paciente, clarifica los recorridos y puntos de decisión, alinea la distribución de los recursos y personal en referencia al flujo asistencia, agilizando el proceso de atención y derivando al paciente al tratamiento correspondiente, optimizando los recursos y tiempo, tal como lo demuestra la literatura (En et al., 2024).

En la literatura se encuentra que la seguridad del paciente a nivel hospitalario es dependiente del diseño y organización de los espacios, así como del compromiso organizacional con la prevención de accidentes, por lo que, el entorno físico cumple una función indispensable en la prevención de caídas, especialmente en los pacientes frágiles o de la tercera edad, los cuales son más susceptibles a lesiones (Piatkowski et al., 2021; 세영 et al., 1648). También la distribución y organización de las habitaciones de los pacientes, así como la ubicación de elementos como los baños tienden a influir significativamente en el riesgo de caídas, por lo que es indispensable para la optimización de la estabilidad durante la ambulancia (Piatkowski et al., 2021; 세영 et al., 1648).

En este sentido, actuar sobre esta problemática permite anticiparse a un escenario asistencial creciente, en el que la sostenibilidad operativa y la calidad del servicio dependen de estructuras flexibles, accesibles y alineadas con las necesidades reales del centro (Halawa et al., 2020; Jaušovec & Gabrovec, 2023). El proyecto incorpora un enfoque de liderazgo enfermero, impulsando una visión estratégica que potencia la mejora continua y contribuye a la toma de decisiones informadas dentro de la organización.

Capítulo segundo

Búsqueda Bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se realizó con el fin de argumentar y justificar la evidencia científica disponible en las bases de datos seleccionadas: Scopus, ScienceDirect, PubMed y Springer Nature, las cuales brindan un amplio acceso e información actualizada sobre el plan de mejora para la reorganización de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José: optimización de urgencias y consultas externas.

2.1 Presentación de la búsqueda

Definida la temática de “Gestión y Organización de servicios sanitarios” del TFM, se seleccionó el modelo PICO (Población/Problema, Intervención, Comparación y Resultado) para estructurar la pregunta del proyecto de gestión. En el caso del Hospital Quirón Salud San José: ¿Cuál es el impacto de la reorganización de los espacios asistenciales (urgencias y consultas externas) en la eficiencia operativa, la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario en el Hospital Quirónsalud San José?

- **P (Paciente/población/problema):** personas atendidas en los servicios de Urgencias y consultas externas del Hospital Quirónsalud
- **I (Intervención):** Reorganización y optimización del diseño funcional y flujo asistencial de los espacios físicos. Redistribución de aéreas.
- **C (Comparación):** No se aplica. Diseño y funcionamiento actual.
- **O (Resultado):** Satisfacción del paciente, eficiencia en la atención, mejora de tiempo de espera y optimización del espacio.

En este orden de ideas, la Tabla 1 explica la pregunta PICO: identifica los componentes y sus correspondientes palabras clave en lenguaje natural, los descriptores controlados (MeSH o DeCS) para la búsqueda bibliográfica y un término exacto o cualquier término.

2.2 Muestra de estudio

En cuanto a la selección de artículos resultado de la búsqueda bibliográfica, se han establecido los siguientes criterios de inclusión y exclusión, diseñados para garantizar la pertenencia temática, la calidad científica y la aplicabilidad a la pregunta del proyecto de gestión.

2.2.1. Criterios de inclusión

- Artículos externos e internos (Quirónsalud) que aporten evidencia científica acerca de la influencia del diseño y la reorganización de los espacios asistenciales en la prestación de la atención sanitaria, desde enfoques tanto arquitectónicos como funcionales.
- Artículos disponibles a texto completo.
- Publicaciones recientes, correspondientes al periodo 2020-2025, en lengua inglesa o española.

2.2.2 Criterios de exclusión

- Documentos basados en entornos no hospitalarios.
- Trabajos que hagan referencia a estudiantes de grado como muestra de estudio.

2.3 Estrategia de búsqueda

Las bases de datos nacionales e internacionales seleccionadas para la realización de la búsqueda bibliográfica han sido: Scopus, ScienceDirect, PubMed y Springer Nature, porque ofrecen una cobertura amplia, actualizada y científica rigurosa de la literatura académica, permitiendo acceder a información confiable y de alto impacto. Además, se utilizó una combinación de términos controlados, derivados de los tesauros MeSH y DeCS, así como la aplicación de los operadores booleanos (AND, OR) para la construcción de ecuaciones de búsqueda específicas para cada base de datos, dando como resultado la selección de documentos clave para el proyecto de gestión.

Tabla 1. Pregunta PICO y descriptores de búsqueda bibliográfica.

PICO	Palabras clave / Lenguaje natural	Términos DeCS	Términos MeSH
P	Urgencias medicas	Centro de urgencia Asistencia de urgencias Servicio de atención de urgencias ID: D004632	Emergency Medical Services ID: 4707
P	Consulta externa	Consulta médica externa Asistencia primaria ID: D011320	Outpatient medical consultation ID: 11756
I	Reorganización hospitalaria	Diversificación Hospitalaria Reestructuración de Hospital ID: D006754	Hospital Restructuring ID: 6910
I	Gestión de recursos	Gestión de Recursos del Equipo Gestión de recursos del personal de salud. ID: D000067498	Crew Resource Management, Healthcare ID: 56219
O	Seguridad del paciente	Seguridad del paciente ID: D061214	Patient Safety ID: 54857

Nota: elaboración propia.

2.4 Tabla resumen de búsqueda bibliográfica

Con el objetivo de permitir la compilación de la evidencia científica relevante alineada con la pregunta PICO, se establecieron las ecuaciones específicas para cada fuente de datos consultada: Scopus, ScienceDirect, PubMed y Springer Nature, ajustando operadores booleanos, comillas y truncamientos según las particularidades de cada plataforma.

Tabla 2. Resultados de la búsqueda

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Limitadores	Nº de resultados totales	Nº de resultados tras lectura	Nº de resultados seleccionados	URL
Scopus	(Reengineering OR Hospital Reorganization OR Hospital Restructuring) AND (organization of spaces	-Acceso al texto completo -2020 al 2025 -Idiomas: inglés y español	35	9	4	https://www.scopus.com/results/results.uri?st1=%28nursing%29+AND+%28palliative+care%29+AND+%28terminal+patient%29+AND+%28family%29+AND+%28physical+care+OR+emotional+care%29+AND+%28hospital%29+AND+%28nursing+interventions%29&st2=&s=TITLE-ABS-KEY%28%28+Reengineering+OR+Hospital+Reorganization+OR+Hospital+Restructuring+%29+AND+%28organization+of+spaces+%29%29&limit=10&origin=searchbasic&sort=plf-f&src=s&sot=b&sdt=b&sessionSearchId=46d77f80e85dd9c3ca34c78121ee6c4e
Science direct	(Hospital Reorganization OR Hospital Restructuring) AND (Resource Management) AND (Medical Emergencies OR Outpatient Consultation) AND (organization of spaces) AND (patient flows)	-Acceso al texto completo -2020 al 2025 -Idiomas: inglés y español	128	37	10	https://www.sciencedirect.com/search?qs=%28Hospital+Reorganization+OR+Hospital+Restructuring%29+AND+%28Resource+Management%29+AND+%28Medical+Emergencies+OR+Outpatient+Consultation%29+AND+%28organization+of+spaces%29+AND+%28patient+flows%29&years=2020%2C2021%2C2022%2C2023%2C2024%2C2025&lastSelectedFacet=articleTypes&accessTypes=openaccess&articleTypes=FLA

PubMed	(Hospital Reorganization OR Hospital Restructuring OR reengineering) AND (Medical Emergencies OR Outpatient Consultation) AND (organization of spaces)	-Acceso al texto completo -2020 al 2025 -Idiomas: inglés y español	6	3	2	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28Hospital+Reorganization+OR+Hospital+Restructuring+OR+reengineering%29+AND+%28Medical+Emergencies+OR+Outpatient+Consultation%29+AND+%28organization+of+spaces%29&filter=years.2020-2026
Springer nature	(Reengineering OR Hospital Reorganization OR Hospital Restructuring) AND (organization of spaces)	-Acceso al texto completo -2020 al 2025 -Idiomas: inglés y español	115	25	2	https://link.springer.com/search?query=%28Reengineering+OR+Hospital+Reorganization+OR+Hospital+Restructuring%29+AND+%28organization+of+spaces%29&content-type=Article&content-type=Research&openAccess=true&date=custom&dateFrom=2020&dateTo=2025&sortBy=relevance

2.5 Tabla resumen de artículos seleccionados

En referencia a la tabla 3, esta permite observar de forma sistematizada los estudios analizados después del proceso de cribado, el cual permite visualizar las características que son esenciales de cada estudio organizados por; título de estudio, autores/año, enfoque de la investigación, escenario asistencial, tipo de estudio, principales resultados y conclusiones, con el fin de facilitar la lectura crítica y la identificación de patrones, coincidencias y divergencias entre los hallazgos.

Tabla 3. Artículos seleccionados de la búsqueda bibliográfica

Título	Autor(es)	Objetivos del Estudio	Diseño del Estudio	Ámbito del Estudio	Resultados	Conclusiones
Reformas hospitalarias en 11 países de Europa Central y del Este <u>DOI:</u> 10.1016/j.healthpol.2020	(Habicht et al., 2026)	Explorar el papel de los fondos de la UE en la financiación de inversiones en infraestructura sanitaria en Estonia, especialmente en la modernización hospitalaria.	Estudio de caso	Enfoque en Estonia y los fondos de la UE para infraestructura sanitaria	Modernización de hospitales y expansión de servicios de atención primaria. Reducción de camas de agudos y expansión de camas de cuidados de enfermería. Modernización de hospitales regionales, pero la adopción de servicios extendidos de atención primaria fue limitada.	La reorganización de la infraestructura hospitalaria y la reorganización de camas de hospital hacia servicios de cuidados de enfermería mejoraron la eficiencia operativa (Habicht et al., 2026).
La participación de la gestión de instalaciones (FM) y los empleados clínicos en el diseño de proyectos hospitalarios noruegos <u>DOI:</u> 10.1108/F-06-2020-0076	(Støre-Valen, 2021)	Investigar el papel de la gestión de instalaciones (FM) y los empleados clínicos en el diseño de proyectos hospitalarios en Noruega y los beneficios de su participación en las diferentes etapas de los proyectos.	Estudio transversal	Sistema sanitario noruego y proyectos hospitalarios	Soluciones técnicas mejoradas por la participación de FM. Mejor uso de los espacios, especialmente la optimización de las áreas clínicas y técnicas. Reducción de fallos en el diseño, lo que mejora la funcionalidad y la eficiencia de los hospitales.	La participación de FM permitió la reorganización eficiente de los espacios clínicos y de soporte, contribuyendo a un mejor uso de los recursos y un flujo más efectivo de pacientes, especialmente en áreas como quirófanos y salas de consulta (Støre-Valen, 2021).

Resiliencia sísmica de los sistemas hospitalarios DOI: 10.1016/j.reseng.2025.111205	(Song et al., 2025).	Analizar el rendimiento sísmico y la resiliencia de los sistemas hospitalarios bajo escenarios sísmicos, centrándose específicamente en la capacidad de mantener la funcionalidad y la atención durante y después de eventos sísmicos.	Estudio empírico	Rendimiento sísmico de sistemas médicos e infraestructura hospitalaria	Mejoras sísmicas en hospitales, protegiendo equipos médicos y reduciendo daños estructurales. Cambio en la disposición de las camas para aprovechar el espacio en caso de sismos. Mayor capacidad de los hospitales para funcionar en caso de terremoto y en la etapa posterior.	Los cambios en la distribución espacial y la orientación de las camas en caso de terremotos pueden preservar la funcionalidad de los hospitales y aumentar la capacidad de atención a pacientes, lo cual es fundamental para la continuidad de las operaciones en situaciones de emergencia (Song et al., 2025).
Top-Three health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.04.005	(Polin et al., 2021).	Proporcionar una visión general de las reformas más importantes en sistemas de salud de países de altos ingresos en 2018 y 2019.	Estudio cualitativo.	31 países de altos ingresos (principalmente Europa).	Se reportaron 81 reformas en 28 países en 2018 y 86 reformas en 30 países en 2019. Las áreas de reforma más comunes fueron la organización de la atención primaria, la gobernanza y la organización de los hospitales.	Los responsables políticos pueden aprender de las experiencias de reforma internacional para abordar desafíos similares en sus países y mejorar la calidad de la atención. La cooperación internacional es esencial para el éxito de las reformas (Polin et al., 2021).
Design principles for patient flow improvement in care	(Vallandigham et al., 2024)	Proponer principios de diseño para mejorar el flujo de pacientes en los caminos de	Revisión sistemática	Salud (gestión de procesos de atención de pacientes)	Se reportaron desafíos relacionados con la eficacia del flujo de atención a los pacientes, así como	Los principios de diseño propuestos son útiles para mejorar el flujo de pacientes al implementar circuitos

pathways: a paradox theory perspective		atención utilizando la teoría de la paradoja.			variabilidad, cuellos de botella y actividades no valoradas.	de atención, las cuales deben tener como base el análisis entre la eficiencia de flujo y los recursos (Vallandingham et al., 2024).
DOI: 10.1108/BP-MJ-09-2023-0745						
Repensando los centros de salud: el papel del espacio de amortiguación	(Gola et al., 2024).	Investigar el principio de espacio de amortiguación (SB) para la mejora de la respuesta de los hospitales en situaciones de emergencia.	Estudio cualitativo.	Italia (con posible ampliación a otros centros de salud)	Se identificaron características clave del diseño de servicios de urgencias, tales como: la proximidad a áreas críticas, requerimiento de acceso independiente, y flexibilidad a nivel de espacio.	La investigación preliminar sugiere que la implementación de un espacio de amortiguación flexible y accesible podría mejorar la capacidad de respuesta en situaciones de emergencias (Gola et al., 2024).
DOI: 10.1177/19375867231222563						
Patient Safety Culture as a Space of Social Struggle: Understanding Infection Prevention Practice and Patient Safety Culture within Hospital Isolation Settings	(Hunt et al., 2022)	Analizar la cultura de seguridad del paciente y las prácticas de prevención de infecciones en entornos de aislamiento hospitalario.	Estudio cualitativo	País de Gales, Reino Unido	Se identificó la reconfiguración de espacios de aislamiento y la creación de nuevos espacios para manejo de infecciones.	Los cambios en la infraestructura son necesarios para la implementación efectiva de medidas de control de infecciones (Hunt et al., 2022)

DOI:
[10.1186/s12913-022-08703-x](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08703-x)

Restructuring Non-teaching Hospitals into Teaching Hospitals in Iran: Component Change in General Hospitals	(Shahidi Sadeghi et al., 2024)	Analizar la reestructuración de los hospitales generales en Irán	Estudio empírico.	Irán	Se modificaron las áreas físicas del hospital para adaptarlas a la formación docente, aumentando el espacio de enseñanza y los laboratorios clínicos.	La reestructuración de espacios en hospitales requiere la modificación del espacio físico y la integración de nuevas áreas para formación (Shahidi Sadeghi et al., 2024).
---	--------------------------------	--	-------------------	------	---	---

DOI:
[10.34172/jqr.2024.24](https://doi.org/10.34172/jqr.2024.24)

Palliative Space-Time: Expanding and Contracting Geographies of US Healthcare	(Henry, 2021).	Analizar la influencia del cierre de hospitales y el envejecimiento de la población en el sistema de atención médica en los EE. UU.	Estudio retrospectivo	EE. UU.	Modificación en el uso de las instalaciones y clausura de hospitales, con un enfoque hacia el cuidado de los pacientes terminales y los cuidados paliativos.	La reestructuración de hospitales en dirección a áreas más especializadas en cuidados paliativos responde a la necesidad de cuidar a una población envejecida (Henry, 2021).
---	----------------	---	-----------------------	---------	--	--

DOI:
[10.1016/j.socscimed.2020.113377](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113377)

Gestión de crisis por COVID-19 en hospitales franceses:	(Oufi et al., 2025).	Analizar cómo el sistema sanitario francés respondió a la crisis de COVID-19 a través de la ingeniería	Estudio empírico	Enfoque en los departamentos de emergencia y	Adaptación más fluida en fases posteriores del COVID, con mejores estrategias de	Fue fundamental para la administración de la crisis la adecuación de las áreas hospitalarias para recibir a los
--	----------------------	--	------------------	--	--	---

Una perspectiva de resiliencia a largo plazo

DOI:
[10.1016/j.apergo.2025.104486](https://doi.org/10.1016/j.apergo.2025.104486)

de resiliencia, centrándose en la adaptación de los sistemas organizativos para hacer frente a la pandemia y sus olas evolutivas.

UCI de hospitales franceses

distribución de pacientes y recursos.

enfermos de COVID-19, tales como: cambiar unidades quirúrgicas en unidades de cuidados intensivos. La experiencia obtenida facilitó una mejor planificación en las etapas siguientes (Oufi et al., 2025).

Implementation Science Meets Change Management: Findings from the Participatory Development of a Short Course in a University Hospital Transformation

(Finsterwald et al., 2025)

Evaluar la eficacia de un curso corto sobre ciencias de la implementación para apoyar la transformación organizacional en un hospital universitario.

Estudio empírico

Hospital universitario en Suiza

La reorganización de sus instalaciones físicas permite mejorar la colaboración interdisciplinaria.

Se necesita tiempo y adaptación para implementar de manera efectiva cambios en la infraestructura y en la práctica clínica (Finsterwald et al., 2025).

DOI:
[10.1007/s43477-025-00192-4](https://doi.org/10.1007/s43477-025-00192-4)

Process-Based Organisation Design for Public Hospital Efficiency

Mosia & Nyaka (2025)

Analizar el diseño organizacional basado en procesos mejora la eficiencia hospitalaria.

Estudio cuantitativo

Hospitales públicos de Gauteng, Sudáfrica.

Los autores encontraron que la reorganización de los espacios asistenciales según flujos de procesos clínicos (y no por departamentos funcionales) reduce la

Se concluye que la eficiencia hospitalaria aumenta cuando los espacios asistenciales se rediseñan para apoyar procesos integrados centrados en el paciente. La

DOI:
[10.7166/36-3-3324](https://doi.org/10.7166/36-3-3324)

Organizational Restructuring Strategies and Performance of the Aga-Khan Hospital Mombasa	Magak, (2021)	Evaluar el efecto de estrategias de reestructuración organizacional sobre el desempeño hospitalario.	Estudio cualitativo	Hospital Aga-Khan, Mombasa, Kenia.	fragmentación espacial, los desplazamientos innecesarios y los tiempos de espera del paciente. Los hospitales que alinearon áreas clínicas, diagnósticas y administrativas con los recorridos del paciente mostraron mayor continuidad asistencial y mejor utilización del espacio físico. Los resultados indican que la reorganización de espacios asistenciales apoyada por tecnologías de la información permitió una mejor utilización de áreas clínicas y reducción de retrasos operativos. La redistribución de servicios y equipamiento mejoró la eficiencia de los flujos de atención. Sin embargo, las estrategias de turnaround mal gestionadas generaron tensiones en el uso de	reorganización espacial debe acompañar al rediseño organizacional para evitar que los espacios físicos refuercen silos funcionales y barreras entre servicios (Mosia & Nyaka, 2025). La autora concluye que la reorganización de espacios asistenciales es efectiva cuando se integra con tecnología y focalización en los servicios clínicos principales. Rediseñar espacios sin una adecuada gestión del cambio puede generar resistencia del personal y un uso ineficiente de las áreas asistenciales (Magak, 2021).
---	---------------	--	---------------------	------------------------------------	--	---

DOI:
[10.61426/sjbcm.v8i4.2100](https://doi.org/10.61426/sjbcm.v8i4.2100)

Organizational arrangements as a key to enhancing innovativeness and efficiency	Kajamaa & Hurmelinna, (2022)	Analizar cómo los arreglos organizacionales influyen en la eficiencia e innovación durante procesos de reestructuración.	Estudio de caso	Hospital público en Finlandia.	espacios y afectaron la fluidez asistencial. El estudio muestra que la reorganización de espacios asistenciales orientada a la colaboración (áreas compartidas, procesos interdepartamentales y reorganización de unidades) favorece la eficiencia al mejorar la coordinación del trabajo y el uso de recursos físicos. Por el contrario, la fragmentación organizacional se asocia con una distribución ineficiente de espacios y dificultades para coordinar flujos asistenciales.	Los autores concluyen que la reorganización de espacios asistenciales debe promover arreglos organizacionales colaborativos y una visión compartida del uso del espacio. La fragmentación en la percepción organizacional tiende a reproducirse en el diseño físico, generando ineficiencia y dificultades en la atención integrada (Kajamaa & Hurmelinna-Laukkanen, 2022).
DOI: 10.1186/s12913-022-08376-6						
Identifying organizational capability of hospitals amid the new healthcare reform in China: a Delphi study	Shi et al., (2021)	Desarrollar un sistema de indicadores para evaluar la capacidad organizacional de hospitales públicos y privados frente a la reforma sanitaria china.	Estudio empírico	Hospitales públicos y privados en China (55 hospitales).	Se identificaron 12 capacidades organizacionales clave; las de mayor peso fueron regulación, toma de decisiones y ejecución.	Una organización clara de normas, procesos y capacidades ejecutivas favorece la estandarización de flujos asistenciales, reduce cuellos de botella y mejora la coordinación entre áreas, impactando positivamente en el
DOI: 10.1136/bmj						

[open-2020-042447](#)

Prioritization of Scheduled Surgeries Using Fuzzy Decision Support and Risk Assessment Methods

Fabisiak, (2023)

Minimizar la cancelación de cirugías programadas mediante la priorización de riesgos en procesos quirúrgicos.

Estudio de caso

Departament o de Ortopedia en un hospital universitario de Polonia.

Se identificaron como factores críticos: condición del paciente, planificación inadecuada y disponibilidad de personal.

uso de espacios y en el tránsito eficiente de pacientes dentro del hospital (Shi et al., 2021).

La planificación espacial y operativa del bloque quirúrgico, junto con una correcta asignación de recursos (quirófanos, camas, personal), es clave para evitar interrupciones en el flujo del paciente, reducir tiempos de espera y optimizar el uso de espacios hospitalarios (Fabisiak, 2023).

[DOI: 10.3390/electronics13010090](#)

A process architecture pattern and its application to designing health services: emergency case

Oscar Barros, (2020)

Proponer un patrón de arquitectura de procesos para diseñar flujos productivos eficientes en servicios de salud complejos, especialmente en urgencias.

Estudio de caso

Servicio de Urgencias de un hospital público de gran tamaño en Chile.

Separación de flujos especializados (M2 y M3), rediseño físico de espacios, reducción del 26 % en la estancia promedio, disminución de tiempos de espera hasta en 80 % en exámenes y mejora significativa en la resolución clínica el mismo día.

Una organización espacial basada en flujos especializados y áreas dedicadas, junto con interfaces claras entre servicios (laboratorio, imagenología, interconsultas), mejora sustancialmente el flujo de pacientes, reduce congestión y optimiza el uso de recursos sin necesidad de ampliar

[DOI: 10.1108/BPMJ-08-2018-0210](#)

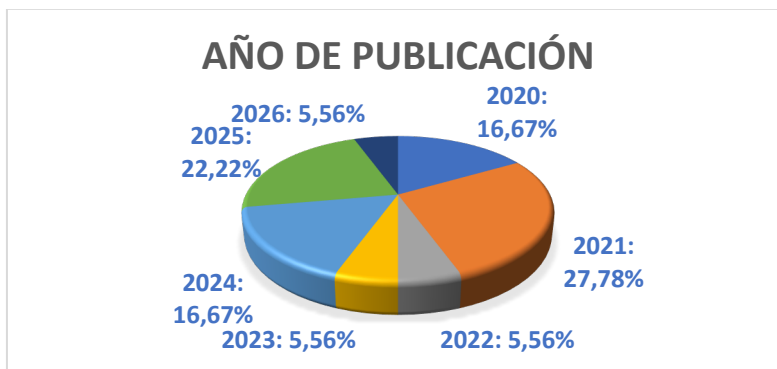
<i>Business Process Management for Operational Efficiency: A Case Study of Process Redesign in a Hospital Setting</i> DOI: https://www.proquest.com/openview/fbf39400cce55b55d7ffd8d04659c7d0/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar	Machado dos Santos, (2020)	Mejorar la eficiencia operativa hospitalaria mediante BPM, analizando y rediseñando procesos clave del recorrido del paciente.	Estudio de caso	Hospital Grace (caso sintético basado en un hospital real de Portugal).	Reducción significativa del tiempo de ciclo, eliminación de cuellos de botella, mejora en la utilización de recursos médicos y administrativos, mayor previsibilidad del flujo de pacientes.	infraestructura (Barros, 2020). El rediseño de procesos y la reorganización funcional de espacios y tareas permiten reducir esperas, evitar cruces innecesarios de pacientes y personal, y lograr un flujo más continuo y predecible, alineado con una atención centrada en el paciente (Machado & Santos, 2020).
--	----------------------------	--	-----------------	---	--	--

2.6 Descripción de resultados encontrados

La revisión bibliográfica propuesta ha dado lugar a la selección de un total de 18, como base del proyecto de gestión.

En la figura 2, se visualiza la distribución por años de los documentos seleccionados.

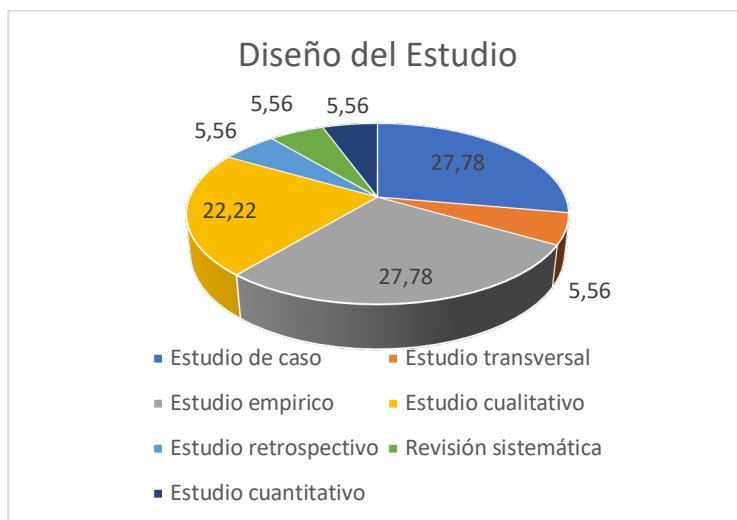
Figura 2. Año de publicación



Nota: Elaboración propia.

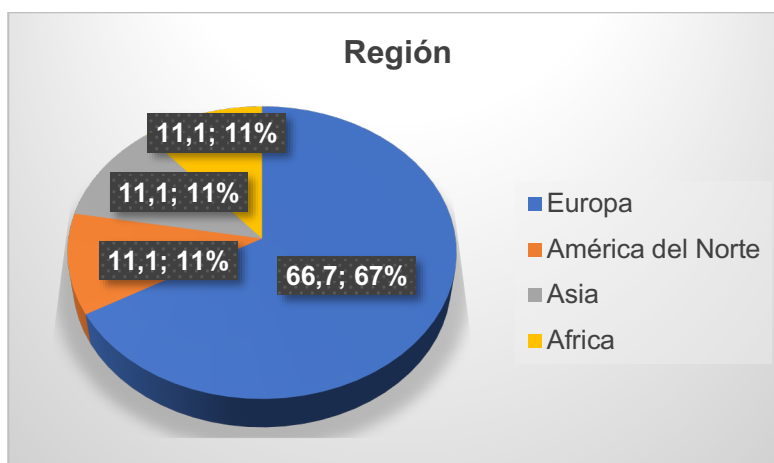
En la figura 3, se evidencia los porcentajes por diseño de estudio según la línea de investigación.

Figura 3. Tipos de estudios



Nota: Elaboración propia.

En la figura 4, se indica la literatura consultada por regiones geográficas.

Figura 4. Documentos consultados por regiones geográficas

Nota: Elaboración propia.

2.7 Antecedentes de estudio orientados al proyecto de gestión

Un ejemplo de cómo la reorganización de espacios favorece la mejora de procesos es el estudio de Polin et al. (2021) y de Oufi et al., (2025), en el que se detalla cómo los sistemas sanitarios reorganizaron sus servicios con cambios en la infraestructura, sobre todo en atención primaria y urgencias. En muchos hospitales, las UCI se ampliaron y reorganizaron, lo que permitió dar una mejor respuesta a la crisis, reduciendo los tiempos de espera y aumentando la capacidad de tratamiento sin que la calidad de la atención se viera afectada.

La reestructuración implica conocer las necesidades operativas en los hospitales, ya que, según la investigación de Shahidi Sadeghi et al. (2024), deben considerarse en la reorganización de los servicios hospitalarios.

La reconversión de espacios hospitalarios en situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19, ha puesto de manifiesto la necesidad de una gestión flexible de los recursos físicos. De acuerdo con Habicht et al. (2025), la pandemia abrumó los hospitales, que rápidamente transformaron espacios en UCI y salas de urgencias para mejorar el flujo de pacientes. Los autores señalan que en esta reorganización no solo se crearon nuevos espacios, sino que se mejoraron los ya existentes, y así los hospitales pudieron enfrentar la avalancha de casos sin colapsar.

Como indican Song et al. (2025), la transformación espacial también reconfiguró las interrelaciones entre los sistemas de soporte. En este caso, para aprovechar mejor los recursos, en horas pico, la redistribución de espacios sanitarios y la programación flexible de pacientes fueron determinantes.

Autores como Hunt et al. (2022), afirman que la reorganización de los espacios físicos aislados en hospitales, es un factor importante para garantizar la seguridad del paciente, por lo que, considera que estos son estrategias indispensables para la implementación de medidas de control de las infecciones.

Kajamaa y Hurmelinna (2022), reportan que la eficiencia organizativa, así como la percepción del personal de salud impacta directamente sobre cómo se usan y se manejan los espacios físicos asistenciales. Por otra parte, Mosia y Nyaka, (2025) indican que la estructuración de los espacios físicos basados en los flujos asistenciales, reduce los desplazamientos innecesarios, la fragmentación física y mejora la continuidad de la atención sanitaria. De manera similar, Magak,

(2021), evidencia que la reorganización de espacios asistenciales junto con el apoyo de tecnologías de la información da paso a la optimización de áreas de urgencias, funcionales y de equipamiento.

Capítulo tercero

Marco teórico o conceptual

El marco teórico constituye el soporte conceptual que sustenta el diseño del plan de mejora para la reorganización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José. Su finalidad es integrar de forma lógica, secuencial y sistemática los principales conceptos, modelos y evidencias científicas relacionados con la gestión hospitalaria, el diseño del entorno sanitario, el flujo asistencial y la seguridad del paciente, permitiendo comprender cómo la disposición física de los espacios condiciona y determina la eficiencia operativa y en la calidad de la atención.

3.1 Introducción del marco teórico

En el contexto actual de los sistemas sanitarios, caracterizado por el aumento sostenido de la demanda asistencial, la complejidad clínica y la necesidad de sostenibilidad organizativa, la reorganización de espacios emerge como una estrategia clave de gestión. Este marco teórico aborda dicha problemática desde una perspectiva multidimensional, integrando aportaciones de la arquitectura sanitaria, la gestión por procesos, el diseño centrado en el paciente y la evidencia empírica reciente.

Los modelos de gestión hospitalaria basados en la eficiencia y flexibilidad, la literatura señala que son esenciales para una reorganización exitosa, el autor Machado (2025) indica que la aplicación de procesos de mejora continua y la reorganización de los flujos de trabajo hospitalarios impactan directamente en la disminución de la carga administrativa y en la forma en que se gestiona la atención al paciente, es decir, el modelo se entiende como el rediseño que considera la creación de espacios más eficientes, que minimicen cuellos de botella logísticos y mejoren la interacción entre profesionales de la salud y pacientes, disminuyendo riesgos operativos y mejorando la coordinación de la atención.

Fabisiak (2024) menciona que las decisiones de rediseño se deben basar en medir el impacto directo de la configuración en el desempeño del hospital, la implementación de tecnologías como la automatización de la gestión de flujos de pacientes y la reducción de tiempos de espera hacen que los procesos sean más predecibles y eficientes. En esta línea, la remodelación espacial se considera como una forma de mejorar la funcionalidad sin comprometer la calidad de la atención, creando un entorno más seguro para el paciente y más eficiente para el personal.

El análisis de la reorganización de espacios usando enfoques como la simulación de procesos y la medición continua de flujos de trabajo, permite ajustar las intervenciones con precisión, adaptando las mejoras a las necesidades reales del hospital, como plantea dos Santos (2025), en que este tipo de análisis debe ser un pilar en cualquier proceso de reorganización, ya que provee la información para la toma de decisiones.

3.2 Antecedentes y contexto histórico

Tradicionalmente, los hospitales se diseñaron bajo modelos funcionales fragmentados, organizados por especialidades o departamentos, con escasa consideración de los recorridos reales de los pacientes. Este enfoque generó barreras físicas y organizativas que impactaron negativamente en los tiempos de espera, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, especialmente en áreas críticas como urgencias y unidades de cuidados intensivos.

A partir de las últimas décadas, la literatura científica ha evidenciado un cambio progresivo hacia modelos hospitalarios integrados, en los que el diseño espacial se concibe como un elemento estratégico de gestión. Las reformas sanitarias en países de altos ingresos han puesto de manifiesto que la reorganización de infraestructuras hospitalarias contribuye a mejorar la eficiencia, optimizar recursos y aumentar la resiliencia del sistema ante situaciones de crisis, como la pandemia por COVID-19.

En este proceso evolutivo, la gestión de espacios ha dejado de ser un aspecto exclusivamente arquitectónico para convertirse en una herramienta de gestión sanitaria orientada a procesos, flujos y resultados en salud. Estudios recientes destacan que la redistribución funcional de áreas asistenciales, reduce la fragmentación, mejora la coordinación interdisciplinar y favorece una atención más segura y centrada en el paciente.

Autores como Polin et al. (2021), han reportado que, la remodelación de espacios es una estrategia clave y la reorganización de los flujos de pacientes han preparado a los hospitales para superar eventos críticos como la pandemia de COVID-19 y continuar ofreciendo una atención de calidad con los recursos existentes.

Estudios como el de Kajamaa y Hurmelinna (2022) demuestran cómo la eficiencia organizacional se beneficia en la medida que se tome conciencia sobre la importancia del diseño hospitalario, la gestión de espacios físicos tránsito de un enfoque de la arquitectura a una gestión operativa. Song et al. (2025) ha demostrado que hacer redistribuciones espaciales temporales en momentos de alta demanda, como emergencias o crisis sanitarias, es esencial.

Investigaciones como la de Hunt et al. (2022) evidenciaron que, la optimización de los circuitos asistenciales favorece al paciente y reduce la transmisión de infecciones nosocomiales, mejorando la seguridad de pacientes y profesionales sanitarios.

Blanes Calafat (2024) demuestra cómo, interviniendo sobre los factores clínicos y en la reconfiguración de los circuitos de pacientes, se puede reducir el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.

El diseño enfocado en el paciente, para Rodelo (2020) plantea que el diseño de espacios la luz natural, la disminución del ruido y los espacios familiares contribuyen a un ambiente para el bienestar físico y mental del paciente. Por otra parte, Sánchez Suárez et al. (2023) han afirmado que la optimización de los flujos no está condicionada por la disponibilidad de recursos, tales como: cama, personal, etc., sino por una distribución adecuada de los espacios en el hospital que favorezca la coordinación entre los servicios y mejore la experiencia del paciente. Por lo tanto, el diseño de los espacios sanitarios se ha de adecuar a los objetivos estratégicos del hospital y la demanda a la capacidad del sistema.

El Hospital Quirónsalud San José estructuralmente es una edificación que se adaptó a una lógica funcional, pero actualmente se observa una contradicción en la distribución y organización en bloques A y B, urgencias pediátricas, ginecológicas y generales, crea dificultades operativas y asistenciales, por ejemplo, las urgencias generales necesitan un acceso más directo y ágil. Mientras, las urgencias se ubican en zona de paso y pueden vulnerar la privacidad y la atención de la persona.

En efecto, la reorganización de espacios, sobre todo en áreas críticas como urgencias y UCI, es una medida para mejorar la coordinación de servicios y optimizar los flujos de pacientes, tal como lo señalan Mosia y Nyaka (2025), cuando indican que, los espacios sanitarios se proyectan para facilitar los flujos de procesos clínicos integrados, se minimiza la fragmentación, los tiempos de espera, se mejora la continuidad de la atención y la eficiencia del sistema.

En síntesis, el plan de reorganización del Hospital Quirónsalud San José está en concordancia con las tendencias actuales de la gestión sanitaria, que tienden hacia hospitales con estructuras más organizadas y accesibles, que no solo optimiza la disposición física, sino que también mejora la eficiencia, la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario.

3.3 Definiciones conceptuales y terminología clave

Este epígrafe presenta las definiciones conceptuales fundamentales que sustentan el proyecto de gestión, así como la terminología clave utilizada en el estudio. El propósito es unificar criterios de interpretación y garantizar claridad conceptual. De este modo, se facilita la comprensión precisa de los enfoques y categorías analizadas.

- **Diseño centrado en el paciente:** es un enfoque que se basa **en entender lo que los pacientes necesitan** y desean, poniéndolos en el centro del proceso de diseño. Este modelo no solo pretende mejorar los bienes y servicios para los pacientes, sino que transforma la manera en que interactúan todos los agentes sanitarios, el cual involucra a los pacientes desde el principio en el diseño y a través de todo el proceso, creando una participación colaborativa que mejora la atención. Este método, al obtener información por parte de los pacientes sobre sus experiencias y dificultades, permite crear soluciones más eficientes y adaptadas a sus requerimientos, que no solo aborden sus necesidades de salud, sino que también respeten sus valores y preferencias. Con el uso de metodologías como el mapeo del recorrido del paciente y la co-creación de soluciones con los propios pacientes se aseguran unas intervenciones apropiadas a nivel individual y del sistema sociotécnico en el que se ubican (Melles et al., 2021; Meskó & de Bronkart, 2022).
- **Flujo Asistencial:** se refiere a la administración de todo el proceso que siguen los pacientes, desde que ingresan hasta que regresan de la institución en los diferentes niveles de atención. Este flujo influye en **la eficiencia de los servicios de salud, la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y los costes**. Según la literatura, los principales problemas de flujo de pacientes son la sobrecarga del departamento, los tiempos de espera prolongados, la estancia excesiva de los pacientes, la tasa elevada de pacientes que se van sin ser atendidos y el tiempo elevado de flujo de pacientes, todos interrelacionados y que pueden influir sobre las ineficiencias operativas, causando retrasos en la atención, aumentando los costes y deteriorando la calidad del servicio (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Este tipo de modelos permiten además identificar “**cuellos de botella**” y rediseñar los flujos de atención para garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan en el menor tiempo posible. La mejora continua, basada en datos y herramientas como la simulación y la optimización es esencial para desarrollar soluciones eficientes que reduzcan el efecto de la congestión en los servicios de urgencias y mejoren la experiencia del paciente (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

- **Optimización del flujo de pacientes:** hace referencia a la **mejora de la eficiencia** en la atención, **la disminución de los tiempos** de espera y la **mejora de la calidad** de la atención, donde la anticipación de la necesidad de atenciones de alta o de hospitalización es crucial y se puede llevar a cabo a partir de modelos predictivos que permiten reconocer desde el triaje, los pacientes que necesitarán más tiempo de atención o que son susceptibles de alta, lo que permite anticipar las transferencias o altas (Firew, 2022)

- Eficiencia Operacional en la Salud: A nivel de gestión sanitaria hace referencia a la **capacidad de atención en salud**, que es fundamental para mejorar los resultados en salud de los pacientes y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, donde el avance tecnológico en la gestión de datos, como la analítica predictiva, el aprendizaje automático y los big data, han sido clave para optimizar el uso de recursos, disminuir los tiempos de espera y mejorar el flujo de pacientes (Destiny Balogun et al., 2024).
- Arquitectura Sanitaria: se basa en la **distribución del espacio** interior en los entornos de asistencia médica, incluye la estética y la funcionalidad de los espacios, incluida; la distribución espacial, la luz natural, la visibilidad y la privacidad del paciente. La arquitectura sanitaria actual, toma como base la organización del espacio en un hospital, con habitaciones individuales para pacientes, zonas de descanso para el personal e inclusión de elementos, naturales como jardines o vistas al exterior, para la disminución del estrés, mejora la comunicación y la creación de un ambiente de trabajo más colaborativo y eficiente. Según estudios recientes, las características arquitectónicas como: el diseño de la planta, los materiales ergonómicos y la calidad ambiental, influyen en el bienestar y la productividad del personal y en la satisfacción del paciente, por lo que se deben aplicar principios de “*arquitectura curativa*” en la planificación y el diseño de los espacios hospitalarios (Shetty et al., 2024; Simonsen et al., 2022).
- Seguridad del paciente: es un principio de la atención de salud que busca **prevenir** que los servicios de salud causen daño a los pacientes. Un concepto clave y relacionado con la seguridad del paciente, es la seguridad psicológica (PS) en los equipos sanitarios, que es fundamental para poder hablar abiertamente sobre riesgos, errores y oportunidades de mejora y, por tanto, mejorar la seguridad del paciente, pero la asociación entre ambos conceptos no siempre es lineal; por ejemplo, la alta seguridad psicológica en un equipo puede llevar a que se informen más incidentes, lo que demuestra más disposición a aprender de los errores, pero no necesariamente se traduce en mejoras inmediatas en los indicadores de seguridad del paciente (Shetty et al., 2024).
- Reorganización de espacios asistenciales: relacionado con el cambio en la disposición de las áreas de atención y flujos de servicios para ajustarse a la creciente demanda de atención, **asegurar la capacidad de respuesta** del sistema (Gonçalves et al., 2023).

3.4 Teorías y modelos relacionados

A continuación, se describen las principales teorías que enmarcan el estudio:

- Modelo sociotécnico del entorno construido: El espacio físico en los entornos de atención sanitaria desde la perspectiva sociotécnica requiere de procesos técnicos, como la tecnología médica y los sistemas informáticos y de interacciones humanas, la cultura organizativa y los resultados clínicos (El-Hassan et al., 2008).
- Modelo Magnet Recognition Program: El modelo identifica organizaciones que proveen ambientes de trabajo de alta calidad a todas las partes de la organización mediante prácticas de liderazgo transformacional, empoderamiento, innovación, prácticas basadas en la evidencia, y prácticas organizacionales resilientes, que impacta de forma positiva en la calidad, en la reducción del Síndrome de Burnout, y en la satisfacción y experiencia de los pacientes. Este programa ha sido reconocido como la mejor práctica en la administración de servicios de enfermería. Este enfoque proporciona la capacidad de implementar una metodología profunda y prolongada dirigida a la transformación de procesos, la calidad de las relaciones entre unidades, y la mejora de los sistemas de

tratamiento para lograr mejores resultados de forma continua, mantener la seguridad de los pacientes y el mejoramiento en el desempeño institucional por un largo período. Este sistema se basa en cinco sistemas que están emplazados y relacionados entre sí: liderazgo transformacional, empoderamiento estructural, mejores prácticas, generación de conocimientos y de forma empírica, innovación (Núñez Huertas, 2025).

- Modelo “fast track”: La implementación de este modelo de optimización de flujos requiere una reorganización física y funcional de las áreas de urgencias, lo que implica definir en el mismo servicio de urgencias áreas diferenciadas, que permitan una mejor fluidez de los pacientes según su gravedad y tipo de atención. Con un buen sistema de clasificación (como el triaje) y la canalización de los pacientes a los circuitos adecuados, los hospitales pueden reducir la congestión y los tiempos de espera. La eficiencia no es solo de tiempo, sino de uso de recursos, sin saturar al personal y optimizando camas y equipos. Con estos circuitos distintos y con tecnología de vanguardia se puede garantizar una atención más eficiente, organizada y satisfactoria a todo paciente que llegue al servicio de urgencias (do Amaral Chaves et al., 2021; Manno et al., 2015).
- Teoría del orden negociado hospitalario: Las jerarquías de conocimiento en los hospitales afectan de manera significativa la legitimidad de las decisiones y el traslado de pacientes entre los distintos departamentos, especialmente en situaciones de urgencia. La Teoría del Orden Negociado del Hospital señala cómo las interacciones entre los equipos de atención médica son moldeadas por estas estructuras formales, las cuales a menudo crean tensiones entre las diferentes especialidades y los roles de los profesionales de la salud. En este sentido, la organización del hospital no es un sistema rígido, sino un conjunto de relaciones dinámicas que se negocian constantemente en función de los conocimientos especializados y las prioridades departamentales (Nugus, 2019).

3.5 Estado actual de la investigación

La evidencia científica reciente demuestra que la reorganización de espacios asistenciales mejora significativamente los indicadores de eficiencia, seguridad del paciente y satisfacción. Estudios internacionales documentan reducciones en los tiempos de espera, mejor utilización de camas y mayor capacidad de respuesta en situaciones de alta demanda.

Asimismo, se ha observado que los hospitales que integran criterios de flexibilidad espacial y proximidad funcional entre áreas críticas, presentan mejores resultados en términos de seguridad clínica y control de infecciones. La literatura también destaca la importancia de implicar a los profesionales sanitarios en los procesos de rediseño para garantizar la aceptación y sostenibilidad de los cambios.

En ese orden de ideas, la reorganización de espacios apoya la mejora de procesos como describen Polin et al. (2021) y Oufi et al. (2025) sobre cómo los sistemas sanitarios reorganizaron sus servicios con cambios en la infraestructura, principalmente en atención primaria y urgencias. En muchos hospitales, las UCI se expandieron y reorganizaron, mejorando la respuesta a la crisis, disminuyendo los tiempos de espera y aumentando la capacidad sin comprometer la calidad de la atención.

La reestructuración implica saber las necesidades operativas en los hospitales, pues de acuerdo a la investigación de Shahidi Sadeghi et al. (2024), son un factor a tener en cuenta en la reorganización de los servicios hospitalarios.

Habicht et al. (2025), apunta a que la pandemia saturó los hospitales, y rápidamente convirtieron espacios en UCI y urgencias para mejorar el flujo de pacientes. Los autores indican que en esta reorganización no solo se generaron nuevos espacios, sino que se mejoraron los existentes y así los hospitales pudieron soportar la avalancha de casos sin colapsar.

Autores como Song et al. (2025) indican que, la reconfiguración espacial también transformó las relaciones entre los sistemas de soporte. En este caso, para hacer un mejor uso de los recursos, en horas pico se redistribuyeron espacios sanitarios y se reprogramaron pacientes.

En ese sentido, Hunt et al. (2022) señala que la transformación de los espacios físicos aislados en hospitales es esencial para la seguridad del paciente, por lo que cree que son estrategias necesarias para las medidas de control de infecciones.

También, Kajamaa y Hurmelinna (2022) informan que la eficiencia organizacional y la percepción del personal sanitario influyen en la forma en que se utilizan y gestionan los espacios físicos asistenciales.

Por otro lado, Mosia y Nyaka, (2025) señalan que la organización de los espacios físicos en función de los flujos asistenciales disminuye los desplazamientos innecesarios, la fragmentación física y mejora la continuidad de la atención. En la misma línea, Magak, (2021) muestra que la reorganización de espacios asistenciales apoyada en tecnologías de la información permite mejorar áreas de urgencias, funcionales y de equipamiento.

3.6 Variables o dimensiones del estudio

En el presente estudio, las variables o dimensiones constituyen los elementos centrales para el análisis del fenómeno investigado, ya que permiten operacionalizar los conceptos teóricos y establecer relaciones medibles y observables. Estas variables se definen en función de los objetivos planteados y del marco teórico que sustenta el proyecto de gestión investigación, garantizando coherencia metodológica y rigor científico.

La tabla 4 resume las variables principales del estudio y que son esenciales para entender los elementos más relevantes de la reorganización de espacios asistenciales en el Hospital Quirónsalud San José. Se definen cinco dimensiones: la experiencia, la privacidad del paciente, la interdisciplinariedad, la seguridad psicológica, el flujo de asistencia, los tiempos, además de la accesibilidad y la proximidad funcional.

Tabla 4. Descripción de las variables de estudio

Variable	Descripción	Relación con el Proyecto	Referencia
Accesibilidad y Proximidad Funcional	Se refiere a la ubicación de las urgencias en la planta baja, con acceso directo desde la calle, y su proximidad con servicios clave como la UCI y quirófanos.	Mejora el flujo de pacientes y reduce los tiempos de espera y traslado, optimizando los recursos disponibles.	Sánchez Suárez et al., (2023); dos Santos, (2025)

Flujo Asistencial y Tiempos	Optimización de los circuitos asistenciales y reducción de tiempos de espera mediante una reconfiguración adecuada del espacio.	La reconfiguración espacial de urgencias y consultas externas mejora la eficiencia operativa, acortando los tiempos de espera y aumentando la satisfacción.	Polin et al., (2021); Piatkowski et al., (2021)
Trabajo Interdisciplinar y Seguridad Psicológica	La eliminación de barreras físicas y la creación de centros comunes mejoran la comunicación y colaboración entre los profesionales de la salud.	Fomenta un ambiente de trabajo más colaborativo y de mayor confianza, lo cual mejora la seguridad psicológica y la eficacia del equipo.	Nugus, (2019)
Privacidad y Experiencia del Paciente	Ubicar las urgencias en zonas menos transitadas y evitar que los pacientes esperen en pasillos mejora su privacidad y confort.	La mejora en la privacidad y el confort del paciente se traduce en una mejor experiencia y en un entorno más adecuado para la atención.	Hunt et al., (2022); Piatkowski et al., (2021)
Eficiencia Operativa y Uso del Espacio	Reorganización de los espacios por áreas funcionales que mejora el uso del espacio y facilita el flujo de pacientes.	Optimiza la utilización de recursos, evita la sobrecarga de servicios y reduce los tiempos de espera.	Mosia & Nyaka, (2025); Kajamaa & Hurmelinna-Laukkanen, (2022)

Nota: Elaboración propia.

La figura 5, es un diagrama que representa de forma esquemática los itinerarios asistenciales definidos para pacientes adultos y pediátricos. Se detallan los puntos de acceso, los niveles de atención y los criterios de derivación entre dispositivos. Su objetivo es optimizar la continuidad asistencial, mejorar la coordinación entre servicios y garantizar una atención segura y eficiente.

Figura 5. Diagrama de flujo propuesto de accesos y circuitos asistenciales (adultos y pediatría).



Nota: elaboración propia.

La figura 6 presenta la simulación del escenario asistencial final tras la implantación del proyecto de mejora. En esta se integran los cambios organizativos y funcionales propuestos en el proceso asistencial. La simulación permite visualizar el funcionamiento optimizado del circuito y la interacción entre los distintos actores. Asimismo, facilita la evaluación del impacto esperado en la eficiencia, la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Figura 6. Simulación del escenario asistencial final del proyecto de mejora.



Nota: elaboración propia.

La figura 7 representa las principales variables de reorganización de espacios asistenciales en el hospital para mejorar la eficiencia y la experiencia del paciente. Esta figura recoge las variables que describen el acceso del paciente al flujo asistencial, desde el primer punto de contacto con el sistema, que incluye los mecanismos de entrada y derivación entre niveles asistenciales implicados y considera los tiempos de espera y la continuidad del proceso asistencial. A su vez, identifica posibles barreras organizativas o administrativas que condicionan el acceso oportuno a la atención.

Figura 7. Acceso del flujo asistencial.



Nota: elaboración propia.

3.7 Marco normativo o regulatorio

La reorganización de espacios asistenciales se fundamenta en el marco normativo español, especialmente en la Ley General de Sanidad y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que establecen los principios de accesibilidad, calidad, seguridad y adecuación de los entornos de trabajo sanitario. Estas normativas respaldan la necesidad de adaptar las infraestructuras hospitalarias a las exigencias actuales del sistema de salud.

Las normativas españolas que rigen el ámbito sanitario son fundamentales para la justificación y planificación de cualquier proceso de reorganización de los espacios asistenciales en hospitales, tales como:

- El modelo de ambientes de trabajo saludables propuesto por la OMS y en la medida en que se refiere al sector salud, una dimensión del estado físico y psicosocial del trabajador repercutirá en el otro y afectará directamente la calidad del estado del paciente. Las condiciones físicas del ambiente, en el caso de la distribución espacial, lugar de los elementos, espacio físico, seguridad en instalaciones, no solo hacen a un trabajador sano "*del hacer*" al protegerlo de los factores de riesgos laborales, sino que también establecen una serie de condiciones que le permitirán "*hacer*" autónomo y seguro. Por ende, se vuelve a percibir que la reestructuración del espacio laboral o del ambiente, debe ser considerada en su integralidad como una única cuestión para abordar como estrategia de promoción de la salud, el bienestar, la seguridad del trabajador y el usuario, y promueve que todas las variables del ambiente mejoren (OMS, 2010).
- La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) establece los principios fundamentales del sistema sanitario en España, resaltando la importancia de la accesibilidad, la equidad en la atención y la calidad de los servicios sanitarios, lo que justifica la necesidad de rediseñar los espacios asistenciales para garantizar

que el hospital cumpla con dichos principios (BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias regula las condiciones en las que los profesionales de la salud deben desempeñar su labor, destacando la relevancia de unos entornos laborales adecuados para asegurar la seguridad psicológica y la cohesión del equipo, elementos esenciales para optimizar la atención (BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Las Profesiones Sanitarias).

3.8 Resumen y cierre del marco teórico

El marco teórico desarrollado evidencia que la reorganización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José no constituye únicamente una mejora estructural, sino una intervención estratégica de gestión sanitaria. La evidencia científica respalda que un diseño funcional, centrado en el paciente y orientado a procesos, mejora la eficiencia operativa, la seguridad del paciente y la experiencia asistencial.

A partir de lo anterior, el marco conceptual justifica y sustenta el desarrollo del plan de mejora propuesto, sirviendo como base para la definición de los objetivos y la metodología del proyecto de gestión.

Este marco teórico del estudio permite entender la necesidad de reorganizar las áreas asistenciales del Hospital Quirónsalud San José, por lo que, se sugiere que una distribución apropiada de los espacios que favorezca la eficacia, mejore en temas relacionados con la seguridad del paciente y la calidad de la atención, empleando términos como administración hospitalaria, flujo asistencial y diseño del entorno construido.

Los estudios de Dos Santos (2025) y Machado (2025), dentro de este marco, apoyan la reestructuración de los flujos de trabajo, indicando que esta estrategia mejora la experiencia del paciente y disminuye el tiempo de espera. El diseño centrado en el paciente, defendido por la literatura evidencia que la reestructuración planteada, fundamentada en estándares de eficacia operativa, satisface las necesidades funcionales y mejora las expectativas, así como la atención en salud de los pacientes.

Por lo tanto, la siguiente investigación se basa en el diseño de un plan de mejora para reorganizar los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José, optimizando la ubicación de urgencias y consultas externas para mejorar la calidad asistencial, la accesibilidad y la eficiencia de los circuitos.

Además, la propuesta de mejora cuenta con el conocimiento y el respaldo de la dirección del Hospital San José, con la que ha sido previamente compartida y valorada de forma favorable. Se trata de una iniciativa identificada con anterioridad en el seno de la organización, que no llegó a materializarse, y que en el presente estudio se recupera y se estructura desde una perspectiva de gestión. El proyecto se plantea como una propuesta liderada por enfermería, poniendo de manifiesto el papel de la profesión enfermera no solo en la prestación de cuidados, sino también en la identificación de necesidades organizativas, la planificación de intervenciones y el desarrollo de proyectos estratégicos en el ámbito hospitalario.

Capítulo cuarto

Planificación estratégica

El proyecto de reorganización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José se alinea plenamente con los objetivos estratégicos institucionales orientados a la **calidad asistencial**, la **seguridad del paciente**, la **excelencia operativa** y la **sostenibilidad del modelo de atención**.

Objetivos estratégicos

Los objetivos estratégicos concuerdan con los principios de **eficiencia operativa**, **seguridad del paciente**, **calidad asistencial** y **sostenibilidad** (Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS 3, 9 y 11).

Los objetivos de Quirónsalud que apuntan al proyecto de gestión:

Objetivo estratégico general

Optimizar la disposición y organización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José con especial enfoque en urgencias y consultas externas, para mejorar la eficiencia operativa, la seguridad del paciente, la sostenibilidad y la experiencia del usuario.

Objetivos estratégicos específicos

1. **Reducir los tiempos de traslado y espera** entre servicios críticos mediante la aproximación funcional de Urgencias, UCI y quirófanos.
2. **Mejorar la orientación, privacidad y confort del paciente**, garantizando entornos asistenciales accesibles, seguros y humanizados.
3. **Incrementar la eficiencia operativa** mediante la reorganización basada en flujos asistenciales.
4. **Disminuir riesgos asistenciales**, especialmente caídas e infecciones nosocomiales, optimizando circuitos limpios y sucios.
5. **Integrar criterios de sostenibilidad ambiental**, como reducción de desplazamientos internos, uso racional de recursos y mejora de la eficiencia energética de los espacios.
6. **Favorecer el trabajo interdisciplinar y la cohesión de equipos**, mediante la reorganización funcional y la disminución de barreras físicas entre servicios.
7. **Mejorar la capacidad del hospital para responder ante picos asistenciales y emergencias**, aumentando su resiliencia.

4.1. Contribución del proyecto a la estrategia organizacional o del sistema de salud.

En conjunto, el proyecto representa una inversión estratégica destinada a transformar la infraestructura asistencial en un recurso adaptable, seguro y funcional, consolidando un modelo de hospital eficiente, sostenible y centrado en las personas.

La contribución del proyecto de gestión a la estrategia organizacional del Hospital Quirónsalud San José se entiende, ante todo, como una intervención sobre *“el sistema”*, porque la reorganización de urgencias y consultas externas mejora; relaciones, flujos, decisiones y

condiciones de trabajo que, en conjunto, tienen consecuencias en la prestación asistencial (De Medicina et al., 2022; Zambrano Pedraza, 2022).

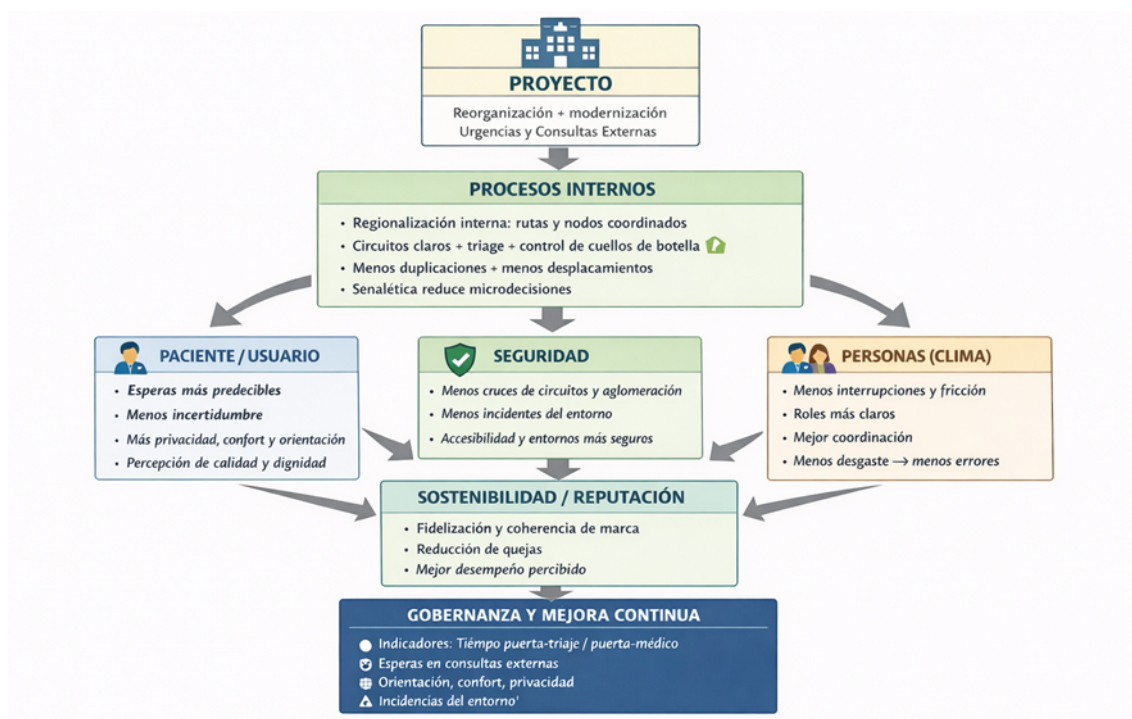
En concordancia, con el pensamiento sistémico, un cambio en una parte de la organización genera efectos en cadena que se pueden traducir en mayor capacidad de resolución, continuidad de la atención y una experiencia más coherente para el usuario, sobre todo, cuando el rediseño del espacio asistencial permite que el profesional actúe con menor fricción, menos interrupciones y mayor claridad en el ámbito de la responsabilidad y los circuitos, lo que resulta clave cuando el propósito corporativo es mantener la calidad y la eficiencia en un entorno complejo y cambiante (Báscolo et al., 2024; Carlos & Alvarez, 2021a).

En un contexto histórico del Hospital Quirónsalud, se puede inferir que tiene una infraestructura antigua, ya que se ha podido evidenciar que la disposición de los espacios, la señalética, los acabados y el mobiliario (sillas, zonas de espera, mostradores, y otros elementos de confort y apoyo), son factores que no solamente son condicionantes desde el punto de vista estético, sino que también impactan de manera directa sobre el desempeño y la calidad de la prestación del servicio.

Por lo tanto, la propuesta sugiere un enfoque basado en la teoría de “*regionalización*” considerada aquí como la estrategia de reorganización sanitaria, aunque no implica la construcción de una red territorial, sino que replica el principio esencial de sistematizar la oferta del servicio de salud en respuesta a la demanda organizando puntos de entrada, circuitos internos, referencias, flujos de información y contención de cuellos de botella para reducir la variabilidad (Álvarez Pérez et al., 2008; Listovsky, 2015).

En ese orden de ideas, los servicios de urgencias y consultas externas funcionarían como nodos coordinados, en lugar de compartimentos en competencia. En esta perspectiva la estrategia institucional pasa de “*absorción de demanda*” a “*gestión de demanda*”, donde a cada paciente se le guía a través de la ruta más segura y oportuna, con tiempos de espera predecibles, y basada en criterios clínicos específicos, reforzando así, la alineación de la misión asistencial con la sostenibilidad económica y la reputación del hospital (figura 8).

Figura 8. Contribución del proyecto a la estrategia de reorganización.



Nota: elaboración propia.

De acuerdo al esquema anterior y la perspectiva de seguridad del paciente, la reorganización del espacio considera, más allá que una cuestión estética y de capacidad, la forma en la que se puede minimizar los riesgos que involucran entornos mal diseñados, como cruces de circuitos, aglomeraciones, zonas de espera colapsadas, escaso triaje o zonas de espera distribuidas de forma que se aumenta el tiempo de la intervención.

Dentro de la propuesta de mejora de la infraestructura sanitaria, el primer paso abordó la identificación de los espacios físicos que requieren mejora con el menor riesgo posible en la prestación del servicio, lo que indica que la adecuación debe, de una vez, garantizar accesibilidad y seguridad como parte estructural de la obra (Almanza Calderín & Sánchez Riquett, 2020; Salud, 2022).

De manera complementaria, la seguridad del paciente en entornos envejecidos también depende de variables “*ambientales*” que suelen estar invisibilizadas en el análisis clínico tradicional, pero que son críticas en urgencias y consultas externas, imagen corporativa, falta de ergonomía en las salas de espera, iluminación, mantenimiento de superficies, señalización efectiva, control del ruido y adecuación de espacios para pacientes con movilidad reducida o con necesidades especiales (P. De et al., 2023).

Sin duda, la modernización de áreas de circulación y espera, se convierte en una medida preventiva que puede reducir incidentes relacionados con el entorno, tales como: caídas, tropiezos, sobreocupación, estrés térmico y al mismo tiempo, favorecer una atención más ordenada y segura, especialmente en momentos de alta afluencia.

Con respecto a la eficiencia operativa, por un lado, la aportación se traduce en: menos pasos, menor número de duplicaciones administrativas, mejor ubicación de los puntos críticos de funcionamiento (admisión, triaje, extracción, pruebas rápidas, y salas de procedimientos). Por otro, una mejor distribución facilita la optimización de los tiempos de desplazamiento, de espera y atención.

En suma, la preocupación sistémica radica en que, no se limita a la simple intervención, sino que se puedan redibujar las interacciones de personas, procesos y eficiencia de recursos, contrario a lo que ocurre en el servicio de urgencias.

Así, la modernización del hospital debe incorporar criterios de accesibilidad universal y funcionalidad que fortalecen la eficiencia sin incrementar complejidad, es decir, recorridos más claros, espacios adecuados, puntos de información visibles, zonas de espera con distribución coherente, espacios de apoyo para acompañantes y pacientes frágiles, y una señalética con la necesidad de *“intervención humana”* para orientar (Selva & Estremera, 2024).

El proyecto de gestión, en términos de satisfacción del usuario como pilar del hospital, busca medir la experiencia del paciente en aspectos tales como: la facilidad en el seguimiento del proceso; el trato, la privacidad, el confort, la percepción de orden, y la eliminación de barreras en el proceso de servicio.

A nivel del sistema de salud, la satisfacción de la población en el servicio es el resultado de intervenciones planificadas que se concretan en la identificación e intervención de los determinantes y condicionantes de la salud. En el ámbito asistencial, la confianza del paciente se construye con el resultado clínico, el flujo del paciente, la claridad en la comunicación y la eliminación de barreras injustificadas (Álvarez, 2021b).

Asimismo, en un hospital privado con alta demanda de atención y servicios, la experiencia del usuario se construye a partir de señales tangibles que el paciente interpreta como sinónimo de imagen corporativa, calidad, confianza, confort (mobiliario, limpieza, mantenimiento, recorrido seguro, privacidad), que infiere en la percepción de una infraestructura acorde a un estándar asistencial esperado. En efecto, la reestructuración de áreas antiguas contribuye a la estrategia institucional, reforzando la reputación, la fidelización y la coherencia de calidad, porque el usuario tiende a asociar entornos deteriorados con mayor incertidumbre y menor control del proceso, mientras que un entorno moderno y funcional refuerza la idea de atención segura, organizada y centrada en la persona (Calizaya, 2023).

También, genera un valor estratégico en la mejora del clima organizacional y laboral, que se traduce en mejora de la productividad y la calidad. Esto se debe a que el desempeño de un sistema depende de la calidad de la gestión de sus condiciones de trabajo, la comunicación y la coordinación entre los miembros del sistema. Es así, como la planeación estrategia es una herramienta de diagnóstico en la identificación de la *“problemática actual”* respecto de la *“situación futura deseada”*. Por lo tanto, un rediseño del espacio ordena los roles y los flujos de trabajo, disminuye la saturación y los conflictos operativos, y potencia el trabajo colaborativo. De manera indirecta, mejora la calidad asistencial, ya que un equipo que trabaja bajo un mejor control del entorno responde mejor, se equivoca menos y sostiene estándares sin desgaste (M. De et al., 2015).

La gobernanza interna del hospital a través de este proyecto transforma el sistema en una unidad de componentes interdependientes, optimizando y mejorando el flujo de información integrada y sistemática. Este es un sistema de gobernanza moderna altamente desarrollado. El enfoque hacia la integración del sistema, permite al hospital disponer de un sistema operativo altamente adaptado al sistema hospitalario (Asmar & Asmar, 2025; Salud, 2022).

Finalmente, la implantación del proyecto de reestructuración apuesta por la sostenibilidad organizativa, que no solo mejora la experiencia asistencial, sino que puede reducir costes indirectos asociados a mantenimiento correctivo, a reposiciones frecuentes, quejas relacionadas con el confort y a la organización del entorno, así como pérdidas de eficiencia derivadas de la saturación. Además, la contribución estratégica se vuelve verificable si se vincula a indicadores de proceso y experiencia (tiempo puerta- triaje y puerta-médico en urgencias, tiempos de espera

en consultas externas, percepción de orientación y confort, privacidad, incidencias relacionadas con el entorno), consolidando así un enfoque de mejora continua.

4.2. Ámbito y justificación del proyecto

El proyecto se implantará en dos áreas fundamentales del Hospital Quirónsalud San José:

1. Urgencias generales y ginecológicas (actualmente ubicadas en zonas no óptimas del Bloque B).
2. Consultas externas, cuya dispersión entre diferentes plantas y edificios dificulta la orientación del paciente y la eficiencia operativa.

Problemas específicos identificados

- Falta de accesibilidad para pacientes críticos.
- Tiempos de traslado prolongados entre urgencias, quirófanos y UCI.
- Barreras arquitectónicas para movilidad asistencial.
- Sobrecarga de zonas de tránsito.
- Inconsistencias en privacidad, confidencialidad y señalización.

Cómo responde el proyecto

- ✓ Centraliza urgencias en un espacio único, accesible y cercano a áreas críticas.
- ✓ Reorganiza consultas en zonas funcionales que agrupan especialidades afines.
- ✓ Optimiza la distribución del trabajo en equipo y el flujo de pacientes.
- ✓ Garantiza seguridad clínica, continuidad asistencial y satisfacción del usuario.

Al hilo de lo anterior, la reestructuración busca lograr un equilibrio entre calidad, seguridad y eficiencia operativa. Debido a que el hospital ha evolucionado y tenido un crecimiento exponencial de usuarios, y atención de especialidades médicas.

El proyecto de gestión, basado en los principios clásicos del diseño centrado en el paciente, permite, entre otras cosas, optimizar el flujo asistencial y la disposición de los espacios. Tal como lo han sugerido otros autores, la disposición de los espacios que mejoran el diseño hospitalario pueden facilitar la atención y mejorar la experiencia del paciente, disminuyendo la carga emocional que la estancia en el hospital conlleva (Rodelo, 2020).

El objetivo está en reorganizar el flujo y mejorar el espacio físico, así como la atención de los pacientes, evitando desplazamientos y reducción en los tiempos de espera, como refiere Sánchez Suárez et al. (2023), así como la gestión hospitalaria en función de la equidad entre la oferta y la demanda de servicios, ponderando de manera integral los recursos (humanos, infraestructura hospitalaria). El análisis institucional muestra disfunción física entre los Bloques A y B, afectando la continuidad asistencial, es decir, el déficit estructural trae como consecuencia una disminución en la eficacia, la seguridad y el costo de los servicios, y, en la atención, su fragmentación y por ello, la necesidad de una reestructuración que garantice el equilibrio y mejora de la asistencia en el sistema (Sánchez Suárez et al., 2023).

El proyecto de gestión se alinea con los ODS 3, 9, y 10, favoreciendo la mejora de salud de los pacientes a través de la creación de ambientes óptimos y promoviendo a su vez la sostenibilidad

y accesibilidad del hospital, tanto para los usuarios como para los profesionales de la salud (Alpert et al., 2020; Benjamins et al., 2021; ONU, 2026).

La literatura señala, que el mal diseño de cada hospital genera una serie de consecuencias organizativas y asistenciales (circuitos de atención incompletos, mal diseño de los servicios de atención urgencias y ginecológicas) que afectan la calidad de la atención. Estas deficiencias, que pueden generar desorientación y limitar el acceso a los servicios críticos, prolongan el tiempo de trasladar a los pacientes y afectan la operatividad asistencial. Esta práctica de diseño hospitalario, que se centra en la planificación espacial, ha demostrado mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia operativa (Halawa et al., 2020; Piatkowski et al., 2021).

4.3. Análisis estratégicos DAFO

El análisis DAFO muestra que el proyecto de gestión se beneficia de una base sólida, con apoyo institucional, evidencia científica y una clara alineación con las necesidades asistenciales.

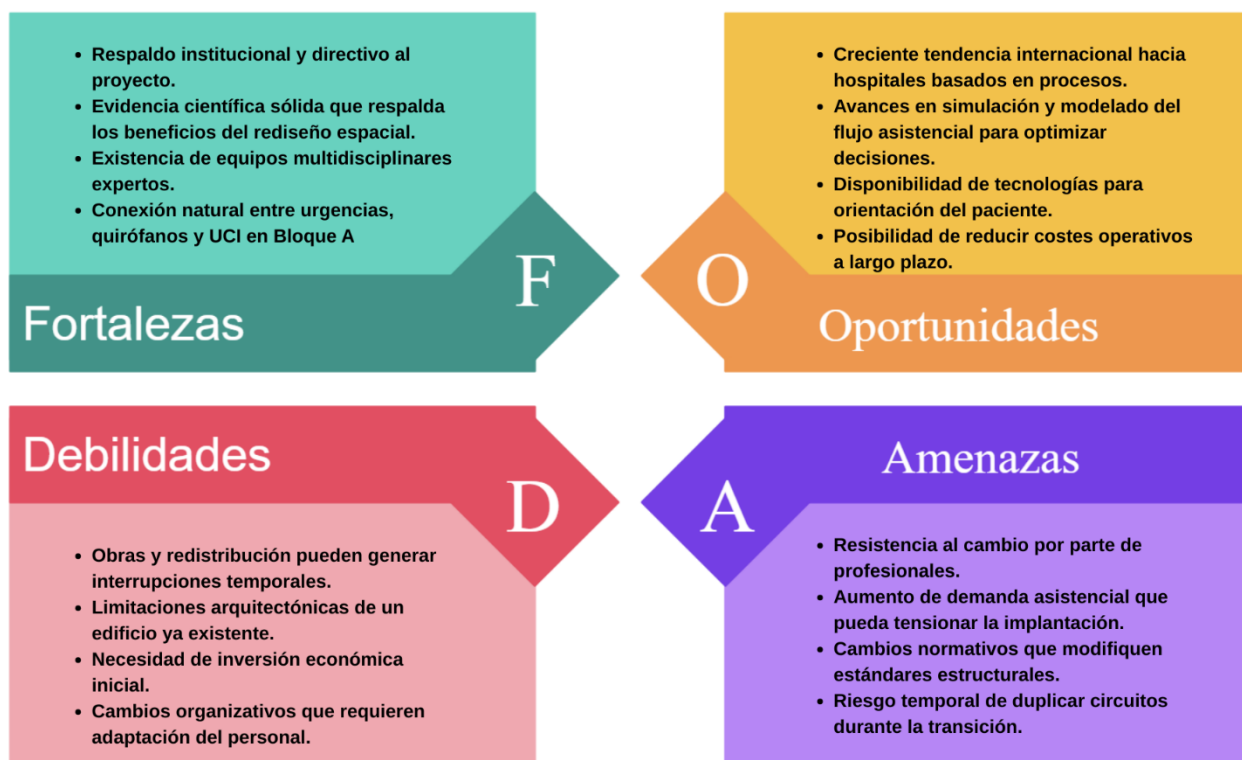
En cuanto a las fortalezas, el Grupo Quirónsalud presenta una buena reputación y posicionamiento en el sector salud, así como solidez financiera, y hospital de referencia especializada. En este sentido, la actual estructura física del Hospital Quirónsalud San José, limita la posibilidad de ofrecer nuevos servicios, y hay una notoria participación del cuerpo médico en la cultura institucional, que se correlaciona de manera directa con la eficacia operativa del hospital.

Aunque presenta debilidades relacionadas con la complejidad de las obras y el coste inicial, estas se consideran controlables y con una adecuada planificación operativa. En particular, un problema del servicio de urgencia, donde la experiencia del paciente, la circulación, la seguridad, los tiempos y niveles de triaje, deben ser optimizados para que se cumplan los objetivos estratégicos del hospital.

Las oportunidades externas, especialmente la tendencia hacia hospitales integrados por procesos y el uso de tecnologías de información, fortalecen la viabilidad y pertinencia del proyecto. Las principales amenazas derivan de factores humanos (resistencia al cambio) y regulatorios, que deberán gestionarse mediante un plan de comunicación y una estrategia de gestión de cambio estructurada.

En este sentido, actualizar los sistemas de gestión de hospitales es necesario para abordar las demandas del sector y mejorar la experiencia del paciente, esto incluye la digitalización de procesos y reubicación de consultas externas a espacios más cercanos, y reorganización de espacios en la redistribución de insumos. Esto último representa la oportunidad para mejorar la prestación de servicios y la satisfacción de los usuarios. Por su parte, los hospitales públicos también deben enfrentar las amenazas de la creciente competencia con hospitales privados, la escasez de personal médico y las crecientes demandas de los pacientes, que generan presión sobre los recursos (figura 9).

Figura 9. Análisis DAFO



Nota: Hospital Quirónsalud San José, calidad. Elaboración propia.

4.4. Cartera de clientes

Es el conjunto organizado de clientes actuales y potenciales que el Hospital Quirónsalud San José gestiona para impulsar sus ventas. Representa un activo estratégico fundamental, ya que refleja la base comercial y el potencial de crecimiento del negocio.

Una gestión eficaz de esta cartera permite personalizar estrategias, fidelizar y maximizar el valor agregado a largo plazo.

Usuarios del servicio (pacientes)

- Personas adultas que acuden a Urgencias (patología aguda y subaguda).
- Mujeres embarazadas o con urgencias ginecológicas.
- Pacientes pediátricos.
- Usuarios de consultas externas (todas las especialidades).

Criterios de inclusión

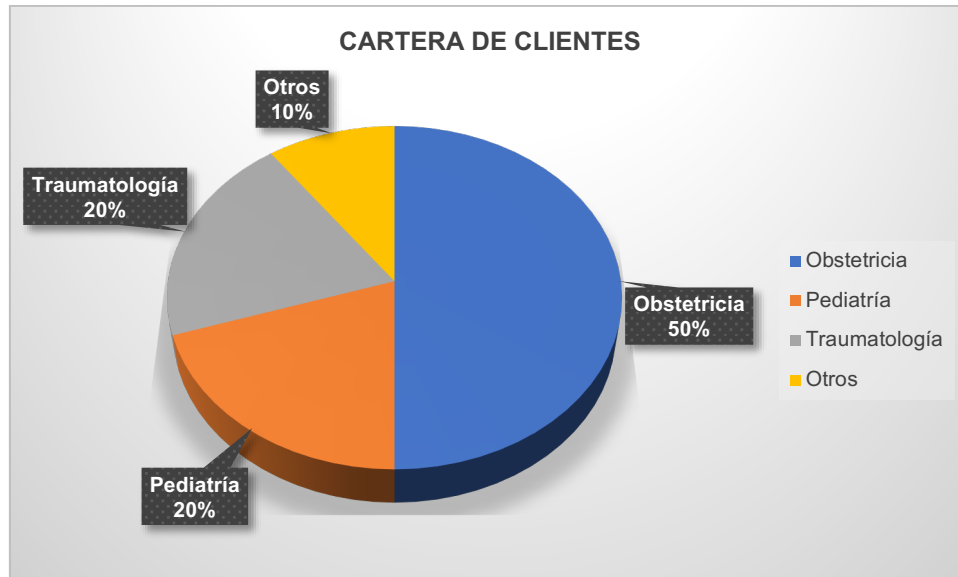
- Cualquier usuario que requiera atención inmediata o programada.
- Personas con movilidad reducida.
- Pacientes frágiles, dependientes o pluripatológicos.
- Acompañantes en situaciones autorizadas.

Criterios de exclusión

- Pacientes derivados a otros centros por protocolos externos.

- Casos que, por patología, deban ser atendidos en servicios altamente especializados no disponibles en el hospital.

Figura 10. Clientes del Hospital Quirónsalud San José, Madrid, España.



Nota: Hospital Quirónsalud San José, calidad. Elaboración propia.

4.5. Cartera de servicios

El Hospital Quirónsalud San José la concibe como el conjunto estructurado de servicios que se ofrecen o desarrollan dentro del alcance del proyecto de gestión para satisfacer necesidades específicas del cliente o mercado.

Funciona como un catálogo organizado que define características, beneficios, precios y condiciones de cada servicio, facilitando su comercialización y gestión.

Su correcta definición ha permitido alinear expectativas, optimizar recursos y garantizar la entrega de valor diferenciado durante el ciclo de vida del proyecto.

- Reorganización física de urgencias generales y ginecológicas.
- Rediseño funcional de consultas externas.
- Diseño e implantación de nuevos circuitos asistenciales.
- Señalética y orientación del paciente.
- Implementación de herramientas de gestión digital del flujo asistencial.
- Plan de sostenibilidad ambiental asociada a la reorganización de espacios.
- Capacitación del personal en nuevos procesos y flujos.
- Evaluación continua mediante indicadores.

Tabla 5. Cartera de servicios del hospital Quirónsalud San José, Madrid.

Área asistencial	Servicios / Especialidades
Atención urgente y general	• Urgencias • Medicina General • Medicina Interna • Anestesiología y Reanimación
Salud de la mujer y maternidad	• Ginecología y Obstetricia • Matronas • Unidad de Suelo Pélvico
Pediatría	• Pediatría y subespecialidades pediátricas • Cirugía Pediátrica
Traumatología y cirugía músculo-esquelética	• Cirugía Ortopédica y Traumatología • Unidad del Dolor
Especialidades médicas	• Aparato Digestivo • Cardiología • Dermatología • Endocrinología y Nutrición • Hematología y Hemoterapia • Neurofisiología • Oftalmología • Otorrinolaringología • Psicología Clínica
Cirugías (quirúrgicas)	• Cirugía General y del Aparato Digestivo • Angiología y Cirugía Vascular • Cirugía Oral y Maxilofacial • Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Diagnóstico, pruebas y laboratorio	• Diagnóstico por la Imagen • Análisis Clínicos • Anatomía Patológica • Endoscopia Digestiva • Preparación de pruebas diagnósticas/terapéuticas
Cuidados y soporte asistencial	• Servicios de apoyo asistencial y cuidados complementarios.

4.6. Descripción de las intervenciones

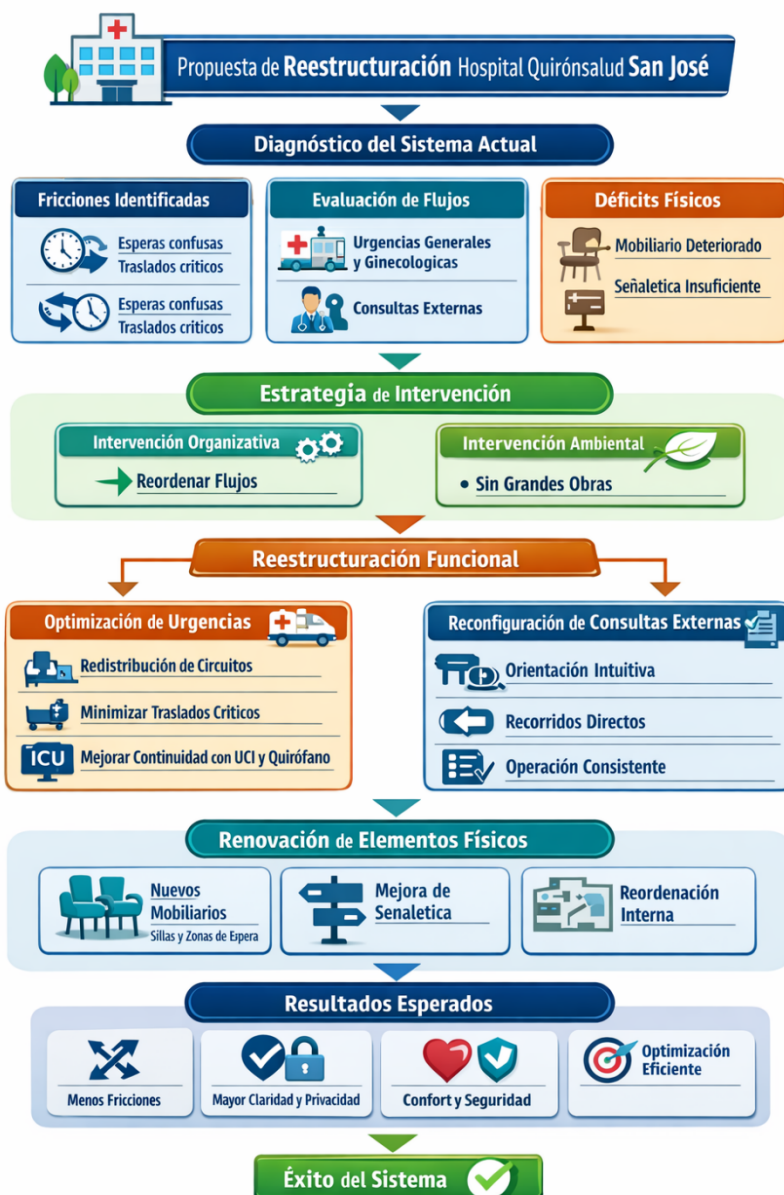
Se define como las acciones planificadas y ejecutadas para resolver problemas específicos o alcanzar objetivos definidos del proyecto de gestión.

Su descripción detalla metodologías, recursos, cronogramas y actores involucrados, asegurando claridad en el diseño e implantación.

Integrar la sostenibilidad implica garantizar que sus beneficios perduren en el tiempo, minimizando impactos ambientales, promoviendo equidad social y asegurando viabilidad económica a largo plazo.

1. **Traslado de urgencias generales y ginecológicas a planta baja del Bloque A**
 - Acceso inmediato desde la calle
 - Reducción del desplazamiento de pacientes críticos
 - Integración con UCI y quirófanos
2. **Reordenación funcional de consultas externas en Bloque B**
 - Agrupación por afinidad funcional
 - Disminución de esperas y desplazamientos
3. **Optimización de circuitos asistenciales basados en flujos (modelo fast-track y triaje avanzado)**
 - Reducción de congestión
 - Mejora en tiempos de respuesta
4. **Mejoras desde la sostenibilidad**
 - Reducción del tránsito interno → menor consumo energético
 - Minimización del uso de ascensores → menor huella energética
 - Iluminación basada en diodos emisores de luz (LED) y acceso a luz natural
 - Materiales sostenibles
 - Señalética duradera, reciclable
 - Optimización de climatización por zonas
5. **Instalación de soluciones digitales de e-salud**
 - Sistemas de gestión de turnos y flujos
 - Pantallas informativas para pacientes
 - Sistemas Real-Time Location Systems (RTLS), localización en tiempo real.
 - Historia clínica digital integrada
 - Monitorización de carga asistencial por Inteligencia Artificial (IA)

Figura 11. Intervenciones de la planificación estratégica.



Nota: Elaboración propia.

4.7. Procedimientos de evaluación

Son los métodos y pasos sistemáticos diseñados para medir, analizar y valorar el desempeño, resultados o impacto del proyecto de gestión.

Incluyen la definición de indicadores, técnicas de recolección de datos, criterios de análisis y momentos de aplicación para garantizar objetividad y confiabilidad.

Su correcta implementación permite tomar decisiones informadas, ajustar estrategias y demostrar rendición de cuentas.

Indicadores de estructura

- N° de salas reorganizadas
- Accesos directos habilitados
- M² disponibles por área funcional
- Iluminación y ventilación natural vs. artificial
- Incorporación de materiales sostenibles

Indicadores de proceso

- Tiempos promedio:
 - Triage
 - Atención inicial
 - Traslado entre áreas
- Flujos de pacientes por circuito
- Número de desorientaciones reportadas
- Uso de herramientas digitales

Indicadores de resultado

- Reducción de infecciones nosocomiales
- Disminución de caídas
- Satisfacción del paciente
- Satisfacción del profesional
- Optimización del tiempo total de estancia
- Reducción de consumo energético asociado al movimiento intrahospitalario

El Hospital Quirónsalud San José emplea el **Net Promoter Score (NPS)** como indicador clave de desempeño (KPI) para evaluar la satisfacción del paciente. Esta métrica se captura mediante un módulo de encuestas integrado en el Portal del Paciente, permitiendo la medición estandarizada de la lealtad y la experiencia percibida tras la utilización de los servicios asistenciales.

La evaluación en periodos pre y post, permite el seguimiento, donde el desempeño estratégico se evalúa de manera prioritaria con métodos de encuesta de satisfacción de los pacientes, por lo cual la evaluación del impacto se plantea desde la experiencia como el NPS y puntos de contacto en la urgencia y en la consulta externa, percepción de orientación, confort, privacidad y orden y desde los indicadores de flujo que son sensibles a la intervención en el rediseño del flujo y del espacio, tales como: tiempos de puerta–triage, puerta–médico, tiempos de espera en la consulta externa, así como el análisis de incidentes en el entorno mitigados a partir de la mejora en la circulación, la señalización y el mobiliario. En este sentido, la intervención no se evalúa desde un “cambio físico” sino que en función de la mejora del sistema que se puede medir y que esté de forma alineada con la seguridad del paciente y la eficiencia.

La evaluación del proyecto de gestión adopta un enfoque pre y postimplementación, integrado en la cultura de medición estratégica del hospital. El marco de evaluación prioriza la Experiencia del Paciente (NPS) como KPI principal, complementado por métricas de eficiencia operativa (tiempos de flujo en Urgencias y Consulta) y seguridad clínica (reducción de incidencias por saturación o caídas).

Tabla 6. Indicadores de estructura.

Dimensión estratégica	Indicador	Medición	Meta	Frecuencia	Responsable	Base
Experiencia del paciente	Disponibilidad de señalética clara en urgencias y consultas	% de áreas con señalización adecuada	100%	Inicial / Anual	Infraestructura	Auditoría interna
Seguridad del paciente (preventiva)	Adecuación del entorno físico	% cumplimiento checklist de seguridad ambiental	100%	Trimestral	Seguridad del paciente/ Dirección de enfermería	Lista de verificación
Eficiencia asistencial	Infraestructura para flujo asistencial	Nº de puntos de atención organizados para circulación eficiente	≥ 95%	Inicial	Dirección médica	Informe técnico
Transformación digital	Disponibilidad de herramientas digitales	Nº pantallas informativas, QR o kioscos digitales instalados	≥ 5 puntos	Trimestral	TI	Registro TI
Formación del personal	Plan de capacitación disponible	Existencia de programa formativo estructurado	100%	Anual	Recursos Humanos	Plan de formación

Tabla 7. Indicador de proceso.

Dimensión estratégica	Indicador	Medición	Meta	Frecuencia	Responsable	Base
-----------------------	-----------	----------	------	------------	-------------	------

Eficiencia (Urgencias)	Tiempo traslado urgencias–consultas externas	Minutos promedio	< 3 min	Mensual	Jefe de urgencias	Sistema asistencial
Eficiencia (Consultas externas)	Cumplimiento de agenda médica	% consultas iniciadas a tiempo	≥ 90%	Mensual	Dirección ambulatoria	Agenda clínica
Experiencia del paciente	Orientación al paciente	% pacientes que reportan orientación clara	≥ 90%	Mensual	Atención al usuario/ Gestión de enfermería	Encuestas
Seguridad del paciente	Cumplimiento de circuitos	% auditorías positivas	≥ 95%	Trimestral	Calidad/ Dirección de enfermería	Auditorías
Transformación digital	Uso de herramientas digitales	% pacientes que utilizan herramientas digitales de información	≥ 60%	Trimestral	TI	Registro de uso

Tabla 8. Indicador de resultado

Dimensión estratégica	Indicador	Medición	Meta	Frecuencia	Responsable	Base
Experiencia del paciente	NPS	Puntuación de recomendación del paciente	≥ 70	Mensual	Calidad/ Dirección de enfermería	Encuestas
Seguridad del paciente	Incidentes asociados al entorno	Nº incidentes reportados	Reducción anual ≥20%	Mensual	Seguridad del paciente/ Dirección de enfermería	Sistema de incidentes

Eficiencia asistencial	Tiempo total de espera	Minutos promedio de espera	< 20 min	Mensual	Dirección médica	HIS
Transformación digital	Uso de puntos de información digital	Nº consultas realizadas en sistemas digitales	Incremento anual	Trimestral	TI	Registros TI
Buen gobierno	Cumplimiento del plan estratégico	% acciones ejecutadas según cronograma	≥ 95%	Trimestral	Coordinación del proyecto	Actas

Tabla 9. Experiencia del paciente.

Indicador (KPI)	Definición operativa	Base de datos	Frecuencia	Responsable
NPS	Nivel de recomendación del hospital por pacientes	Encuestas	Mensual	Calidad/ Dirección de enfermería
Satisfacción de orientación	% pacientes que consideran fácil orientarse	Encuesta post atención	Mensual	Gestión y Dirección de Enfermería
Calidad percibida del entorno	Valoración ≥ 5 en limpieza y orden	Encuestas	Mensual	Calidad/ Dirección de enfermería
Confort en sala de espera	Puntuación media de comodidad	Encuestas	Mensual	Gestión y Dirección de Enfermería
Claridad de señalética	% pacientes que comprenden la señalización	Encuestas	Trimestral	Infraestructura

Tabla 10. Seguridad del paciente.

Indicador (KPI)	Definición operativa	Base de datos	Frecuencia	Responsable
------------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------	--------------------

Incidencias del entorno	Nº caídas, tropiezos o congestión	Reporte incidentes	Mensual	Gestión y Dirección de Enfermería
Adecuación del entorno	% cumplimiento checklist seguridad ambiental	Auditoría	Trimestral	Gestión y Dirección de Enfermería
Pasillos despejados	% áreas libres de obstáculos	Inspección	Trimestral	Mantenimiento
Señalización de riesgo	% áreas con señalética preventiva	Auditoría	Trimestral	Seguridad/ Dirección de enfermería
Iluminación adecuada	% áreas con iluminación conforme	Auditoría	Trimestral	Infraestructura

Tabla 11. Eficiencia asistencial.

Indicador (KPI)	Definición operativa	Base de datos	Frecuencia	Responsable
Puerta – triaje	Minutos desde llegada hasta triaje	HIS urgencias	Mensual	Jefe urgencias/ Gestión y Dirección de Enfermería
Puerta – médico	Minutos hasta valoración médica	HIS urgencias	Mensual	Jefe urgencias
Tiempo de espera consultas	Tiempo desde admisión hasta consulta	Agenda médica	Mensual	Dirección ambulatoria/ Gestión y Dirección de Enfermería
Flujo interno	Tiempo de traslado entre servicios	Sistema asistencial	Mensual	Dirección médica/ Gestión y Dirección de Enfermería
Cumplimiento agenda	% consultas atendidas según horario	Agenda clínica	Mensual	Dirección ambulatoria/ Gestión y Dirección de Enfermería

Tabla 12. Transformación digital.

Indicador (KPI)	Definición operativa	Base de datos	Frecuencia	Responsable
Puntos de información digital	Nº pantallas, kioscos o QR	Registro TI	Trimestral	TI
Uso de herramientas digitales	% pacientes que utilizan QR o kioscos	Registro uso	Trimestral	TI
Señalética digital	Nº pantallas informativas activas	TI	Trimestral	TI
Digitalización de agendas	% agendas digitalizadas	Sistema clínico	Trimestral	Dirección médica
Acceso a información online	Nº consultas realizadas en portales	Plataforma digital	Trimestral	TI

Tabla 13. Buen gobierno.

Indicador (KPI)	Definición operativa	Base de datos	Frecuencia	Responsable
Cumplimiento del plan	% acciones implementadas	Actas proyecto	Quincenal	Coordinación
Seguimiento del cronograma	% hitos cumplidos	PMO	Mensual	Dirección de enfermería
Evaluación de resultados	Informe de avance estratégico	Informes	Trimestral	Dirección de enfermería
Participación del personal	% personal involucrado en mejoras	RRHH	Trimestral	RRHH
Transparencia de resultados	Publicación de indicadores	Reportes institucionales	Trimestral	Dirección de enfermería

4.8. Sistemas de información

En el ámbito de la gestión sanitaria, la difusión efectiva es esencial para garantizar la coordinación asistencial, la seguridad del paciente y la adhesión a protocolos clínicos por parte de todos los profesionales y áreas implicadas. Estos canales, integrados en el Sistema de Información Sanitaria, permitirán segmentar la comunicación según el perfil (equipo médico, enfermería, gestión, pacientes o autoridades), asegurando veracidad, confidencialidad y pertinencia clínica. De este modo, se promueve la transparencia institucional, se reducen errores por falta de información y se mantiene alineada a la organización con los objetivos asistenciales, normativos y de mejora continua durante todo el ciclo del proyecto de gestión.

Tabla 14. Sistemas y medios de información

Sistema / Canal de información	Audiencia objetivo	Objetivo de difusión	Contenido a difundir	Formato	Frecuencia / Momento	Responsable	Evidencia de difusión
Email corporativo / boletín interno	Jefaturas, coordinadores, personal	Informar cambios operativos clave	Cambios en flujos, puntos de admisión/triage, recomendaciones	Email breve, adjunto	1–2 semanas antes del cambio	Dirección del centro / Calidad	Copia del correo enviado
Señalética temporal (obra ligera / cambios de flujo)	Pacientes y acompañantes	Orientar y evitar fricción	<i>“Usted está aquí”</i> , rutas, accesos alternos, tiempos estimados	Cartel, flechas	Durante implementación y primeras semanas	Infraestructura, Atención al usuario/ Dirección de enfermería	Registro fotográfico, checklist de colocación
Cartelería en salas de espera	Pacientes y acompañantes	Explicar el cambio y mejorar percepción	Mensaje “Mejora en curso”, beneficios (confort, orden, tiempos), QR encuesta	Póster A3/A4, QR	Desde inicio hasta estabilización	Experiencia del paciente/ Enfermeras de gestión	Registro fotográfico, registro de ubicaciones
Puntos de información presencial (admisión/recepción)	Pacientes y acompañantes	Contener dudas en el cambio	Guion de respuesta, mapa de circuitos, derivaciones	Guion, mapa impreso	2–4 semanas post-cambio	Admisión / Recepción / Dinamizadora	Guion firmado, registro de entrega

Reuniones breves de equipo	Urgencias y consultas externas	Asegurar cumplimiento del nuevo flujo	Roles, responsabilidades, circuito ideal, incidencias	Reunión 10–15 min, acta	Diario 1ª semana; luego semanal	Jefaturas de área/ Enfermeras de gestión	Actas / lista de asistencia
Informes de indicadores	Dirección, calidad, jefaturas	Mostrar resultados y decisiones	NPS, puerta–triaje, puerta–médico, esperas, incidentes entorno	Dashboards, reporte 1–2 páginas	Semanal/Mensual	Calidad, Dirección de enfermería	Reporte archivado

4.9. Limitaciones

Dentro de las limitaciones del proyecto de gestión se encuentran:

- Restricciones presupuestarias o retrasos en contratación.
- Interrupciones temporales de la actividad asistencial.
- Complejidad de coordinar múltiples servicios simultáneamente.
- Posible resistencia al cambio.
- Riesgo de desviación del cronograma por obras.
- Dependencia de tecnologías digitales nuevas que requieren adaptación.

Figura 12. Limitaciones del proyecto estratégico.



Nota: elaboración propia.

Capítulo quinto

Planificación operativa

La planificación operativa es el proceso de definir acciones concretas, recursos y cronogramas para ejecutar las estrategias a corto plazo, generalmente en periodos de hasta un año. Traduce los objetivos estratégicos en tareas específicas, asignando responsabilidades, presupuestos y plazos para garantizar la operatividad diaria de la organización. Su eficacia radica en la flexibilidad para adaptarse a cambios, optimizar procesos y asegurar la consecución de metas mediante un seguimiento continuo y medible.

5.1. Duración, despliegue y cronograma de implantación

Duración total estimada: 24 a 28 semanas para la implantación por fases para no interrumpir la actividad asistencial del área de urgencias y consultas externas del Hospital Quirónsalud San José, Madrid, tal como se describe en la siguiente tabla 15.

Tabla 15. Cronograma de implantación.

Fase	Actividades principales	Duración estimada	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
0. Preparación y diagnóstico	Análisis del flujo actual, medición de indicadores base, plan de comunicación	2–3 semanas	■	■					
1. Diseño funcional (TO-BE)	Diseño de circuitos asistenciales, zonificación de salas de espera, propuesta de señalética	3 semanas		■	■				
2. Compras y logística	Cotizaciones, pedidos de mobiliario, planificación de entregas	4–6 semanas			■	■			
3. Adecuaciones menores	Ajustes de espacios, instalación de señalética provisional	2–4 semanas				■	■		
4. Implantación en urgencias	Implementación del circuito, reorganización de salas de espera	2–4 semanas					■	■	
5. Implantación en consultas externas	Reordenación del flujo de pacientes y señalética final	1–2 semanas						■	
6. Estabilización y ajustes	Seguimiento inicial, ajustes operativos	2–4 semanas						■	■
7. Evaluación final y cierre	Medición de indicadores POST, informe final y mejora continua	4 semanas							■

5.2. Equipo de trabajo

La reorganización de espacios asistenciales requiere un equipo multidisciplinar coordinado bajo un liderazgo claro. Los perfiles son:

Tabla 16. Equipo de trabajo.

Rol / Área	Responsabilidades principales	Entregables / evidencia
Dirección del centro / Gerencia	Inversión, aprobación de prioridades, desbloqueo de recursos	Aprobaciones, actas de decisión
Enfermera gestora del proyecto de gestión o Coordinación del proyecto (PMO)	Planificación, cronograma, seguimiento de riesgos, coordinación inter-áreas	Plan operativo, matriz de riesgos, reportes de avance

Jefatura de Urgencias	Validación de circuito, triaje y roles, implantación por fases, seguimiento de tiempos	Protocolo operativo, checklist implementación
Jefatura / Coordinación de Consultas Externas	Rediseño admisión/esperas, coordinación con agendas, implementación	Flujo final, evidencias de cambios
Calidad y Experiencia del paciente	Definición y seguimiento de indicadores (NPS, confort, orientación), encuestas	Baseline PRE, reportes mensuales, análisis PRE-POST
Seguridad del paciente (preventiva)	Evaluación riesgos ambientales, checklist de seguridad, incidentes del entorno	Checklist, registro de incidencias, acciones correctivas
Admisión / Atención al usuario / Recepción/ Dinamizadoras	Operación diaria, guiones de información, contención de dudas	Guiones, registro de dudas frecuentes, mejoras de orientación
Infraestructura / Mantenimiento	Instalación de señalética; adecuaciones menores; montaje mobiliario	Actas de instalación, fotos, checklist
Compras / Logística	Proceso de adquisición, homologación, entrega y control de stock	Órdenes de compra, cronograma de entregas
TI / Transformación digital	QR encuestas, pantallas/turnos, soporte de datos	Implementación de puntos digitales, evidencias
Comunicación interna	Difusión del cambio (personal/pacientes), mensajes “ <i>mejora en curso</i> ”	Piezas comunicativas, registro de difusión
Profesionales asistenciales y de apoyo clave (ginecología, pediatría, traumatología, Enfermería)	Feedback operativo, ajuste de flujo real, adopción de cambios	Actas de reuniones incidencias y propuestas.
Dirección / Gestión de Enfermería	Alineación estratégica del proyecto, supervisión de la implantación del proyecto, definición y ajuste de dotación y roles asistenciales, apoyo a la gestión del cambio y formación del personal; seguimiento de calidad y seguridad.	Lineamientos de enfermería para el proyecto, actas de coordinación con jefaturas, planes de capacitación, reportes de seguimiento de implementación

5.3. Plan de recursos

Aquí se define cómo identificar, adquirir y organizar los recursos humanos y materiales necesarios para ejecutar el proyecto con éxito.

Establece la estructura del equipo, los roles mediante una matriz y el calendario de disponibilidad para garantizar que cada tarea tenga los medios adecuados en tiempo y forma.

Máster Universitario en Dirección y Gestión de Enfermería

Incluye estrategias para el desarrollo del equipo, el seguimiento del rendimiento mediante NPS y KPIs y la gestión proactiva de riesgos asociados a la asignación de recursos.

Finalmente, contempla la liberación ordenada de recursos al concluir las actividades, asegurando una transición eficiente y el cierre documental del proyecto.

Tabla 17. Recursos materiales y de obras mínimas.

Material físico	Descripción	Unidad de coste	Coste aprox.	Proveedores
Sillas sala de espera	Sillas apilables lavables / polipiel PU, fácil desinfección	€/silla	≈ 46–150 € netos	Praxisdienst
Sillones/visita	Sillón de espera (recepción, espera prolongada)	€/unidad	≈ 90–115 € netos	Praxisdienst
Biombos clínicos	Biombo 2–3 cuerpos con ruedas, telas desmontables	€/unidad	≈ 290 € IVA incl.	Fisaude-Madrid
Señalética básica	Perfiles/soportes para carteles intercambiables	€/unidad	≈ 4,75–5,02 €	Depapel
Vinilos de orientación	Flechas, nombres de salas (vinilo)	€/pieza	≈ 25,50 €	StarStick
Placas metacrilato	Placas tipo normativa/identificativas	€/placa	≈ 60,50 €	BO3 Generación
Directorios y señalética “pro”	Directorios por plantas, placas de área, entre otros.	€/proyecto	Según diseño/cantidad/material	ARCON Sanidad

Nota: Costes dependientes del proveedor, tomados de páginas como (ARCON, 2026; DPAPEL, 2026; Fisaude, 2026; praxisdienst, 2026; starstick, 2026).

5.4. Análisis de viabilidad

Dentro de la toma de decisiones estratégicas se evalúa si el proyecto es técnicamente realizable, económicamente rentable y operativamente sostenible, considerando los recursos, la tecnología y las competencias disponibles. También, se examina la viabilidad legal y normativa, asegurando que el proyecto cumpla con la legislación aplicable, así como la viabilidad temporal para confirmar que los plazos son alcanzables.

Incluye un estudio de riesgos que identifica obstáculos potenciales y define medidas de mitigación para garantizar la continuidad y el éxito de la iniciativa.

En efecto, el proyecto de gestión es altamente viable, ya que:

- Cuenta con respaldo institucional.
- Responde a una necesidad detectada por Dirección.

- Incorpora evidencia científica sólida.
- Se ajusta a recomendaciones nacionales e internacionales de calidad y seguridad.

Tabla 18. Viabilidad del proyecto.

Proceso actual	Mejora con la implantación y mejora de la imagen corporativa	Recursos implicados	Impacto en tiempos	Indicador de verificación	Justificación de viabilidad
Orientación y flujo confuso	Circuitos claros, señalética, puntos de información visibles	Señalética, mapas, QR, recepción entrenada	Reducción tiempo perdido y micro decisiones	NPS orientación / quejas / observación	Bajo coste relativo, alto impacto en experiencia
Espera incómoda y saturación percibida	Renovación de sillas, ordenamiento del aforo y espacios	Sillas, distribución, accesibilidad	reducción irritabilidad, mejor tolerancia a espera	Confort percibido ($\geq 4/5$), NPS	Sustituye deterioro y reduce quejas por entorno
Triaje y admisión con fricción	Reubicación/clarificación de puntos críticos y roles	Ajustes menores, guiones, reuniones.	Reducción de puerta-triaje	Puerta- triaje ≤ 5 min	Mejora operativa sin obra mayor
Variabilidad en urgencias	Circuitos separados, contención de cuellos de botella	Señalética, coordinación	Reducción de puerta-médico	Puerta-médico ≤ 20 min	Reduce variabilidad y mejora eficiencia
Duplicaciones administrativas	Mejor secuencia de admisión/derivación y rutas	Ajustes de proceso, capacitación	Reducción de desplazamientos	Tiempo de ciclo / observación	Menos carga para personal, más consistencia
Riesgos ambientales	Circulación despejada, mobiliario adecuado, checklist	Mobiliario seguro, auditoría	Reducción de incidentes	Bajas incidencias del entorno	Prevención: coste menor vs eventos/quejas
Falta de medición integrada	Panel de KPI (NPS, tiempos, incidentes, confort)	NPS, tablero (Excel/BI)	Mejora decisiones	Reporte mensual	Buen gobierno: decisiones basadas en datos
Comunicación deficiente del cambio	Plan de difusión multicanal (interna y paciente)	email/cartelería/QR	Mitigación de confusión inicial	Registro difusión, FAQs	Reduce resistencia y acelera adopción
Recurso humano sanitario existente	No supone contratación				

Conclusiones

El proyecto de gestión refleja la coherencia entre el diagnóstico situacional inicial, la propuesta de implantación y la alineación con los objetivos estratégicos de la organización, a saber:

1. Cumplimiento de los objetivos

El proyecto de gestión aborda de manera directa los problemas identificados en el análisis DAFO inicial:

- Fragmentación espacial entre bloques.
- Falta de accesibilidad a urgencias.
- Circuitos asistenciales ineficientes.
- Carencia de privacidad en áreas sensibles.

La reorganización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José no es *per se* un proyecto arquitectónico: es una actuación estratégica de gestión que transforma la forma en que pacientes y profesionales interactúan con el sistema sanitario.

Este proyecto de gestión consolida un modelo asistencial basado en eficiencia, seguridad, cercanía y experiencia positiva, alineado con la gestión sanitaria moderna y la evidencia científica.

En suma, la reorganización de los espacios físicos garantiza una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente.

2. Impacto en el sistema y sostenibilidad

El proyecto contribuye significativamente a:

- Reducir los tiempos de espera y traslado.
- Mejorar la coordinación entre unidades críticas.
- Minimizar riesgos asociados a caídas, infecciones y errores clínicos.
- Disminuir la carga emocional del paciente.
- Crear un entorno funcional sostenible a largo plazo.

El proyecto de gestión demuestra que la mejora de hospitales no siempre significa grandes renovaciones, especialmente cuando se trata de infraestructuras hospitalarias antiguas. En cambio, puede ser suficiente centrar el "sistema" mediante la realización de reorganizaciones funcionales de los servicios de urgencias y consultas externas.

La mejora de procesos en términos de ordenación de flujos de pacientes, clarificación de puntos de decisión y redistribución de áreas de espera y admisión puede reducir considerablemente la fricción operativa, mejorar la continuidad de la atención y cambiar la lógica hospitalaria de "absorber la demanda" a "gestionar la demanda." Esta reorganización puede hacer que las operaciones diarias del hospital sean más predecibles, coherentes y alineadas con los objetivos institucionales de calidad, eficiencia y reputación operativa.

Estos cambios refuerzan un modelo de hospital resiliente, preparado para escenarios de alta demanda.

3. Conexión con los objetivos estratégicos del hospital

El plan de mejora se alinea con:

- La visión de calidad y excelencia del Grupo Quirónsalud.
- Las tendencias internacionales de gestión por procesos.

- Las exigencias normativas españolas en seguridad y accesibilidad.

El entorno renovado, incluye el reemplazo mobiliario y otros elementos físicos, una mejor señalización y el ajuste de la distribución física que va más allá de una mejora estética y puede ser visto como una medida estructural de experiencia y seguridad en el confort, dignidad, orientación de los pacientes. Además, reduce riesgos ambientales (sobrepoblación, cruce de flujos de pacientes e incidentes asociados con la saturación del sistema). Todo esto refuerza el cambio hacia un enfoque más centrado en el paciente que está alineado con los estándares modernos de accesibilidad y seguridad preventiva.

4. Recomendaciones para el futuro

- Extender el análisis de flujos a otras áreas (hospitalización, diagnóstico).
- Incorporar herramientas predictivas para gestionar ocupación y demanda.
- Mantener un programa anual de revisión de circuitos.
- Difundir resultados en congresos y publicaciones en gestión sanitaria.

5. Reflexión final

La reorganización de los espacios asistenciales del Hospital Quirónsalud San José no es únicamente un proyecto arquitectónico: es una actuación estratégica de gestión que transforma la forma en que pacientes y profesionales interactúan con el sistema sanitario. Este proyecto de gestión consolida un modelo asistencial basado en eficiencia, seguridad, cercanía y experiencia positiva, alineado con la gestión sanitaria moderna y la evidencia científica.

Como aporte final decir que, la realización de las prácticas en mi propio centro ha supuesto, sin duda, un punto de inflexión tanto a nivel profesional como personal. El hecho de haber tenido la oportunidad de integrarme en la dinámica de gestión junto a las supervisoras, en un entorno que ya conocía, pero desde una perspectiva completamente diferente, me ha permitido descubrir una parte de mí que hasta ahora no había desarrollado plenamente. Conocer en profundidad la organización, identificar áreas de mejora y sentir la necesidad de aportar soluciones ha despertado en mí una inquietud real por la gestión enfermera. Esta experiencia ha sido especialmente significativa por haberse desarrollado en mi propio hospital, donde tras más de once años de trayectoria, he podido darme a conocer no solo como enfermera asistencial, sino también como una profesional implicada en la mejora continua y en la optimización de los cuidados. Fruto de esta implicación y del aprendizaje adquirido, he recibido la propuesta de asumir la coordinación del área de consultas externas, lo que ha supuesto un reconocimiento que trasciende lo profesional y refuerza mi compromiso con el cambio. Asimismo, compartir el día a día con las supervisoras me ha permitido comprender la verdadera magnitud del papel de la enfermera gestora, cuya labor resulta esencial para garantizar la calidad, la seguridad del paciente y el buen funcionamiento de los servicios. Todo ello ha consolidado mi motivación para avanzar en este ámbito y asumir, con responsabilidad e ilusión, el reto de liderar iniciativas de mejora como las planteadas en este proyecto.

Este proyecto no solo define una propuesta de mejora, sino también el inicio de mi camino como enfermera gestora, con la ilusión de aportar mi granito de arena para impulsar cambios que mejoren no solo la organización del servicio, sino también la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Almanza Calderin, D. L., & Sanchez Riquett, L. S. (2020). *Impacto de la infraestructura de las instituciones de salud en la seguridad del paciente*. Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3016>
- Alpert, J. L., Akinola, S., Booty, E., Dimitrova, D., Do, T. T., Emmanuel, A. L., Fröhlicher, P., Gitonga, C. W., Hang, P. L. T., Hunt, L., Hussein, S., Kiarie, H., Mistry, S., Ngechu, R., Nikolic, I. A., Olago, A., Pollack, T. M., Vellenga, R., Wispelwey, B. P., & Duong, D. B. (2020). Annual Primary Care 2030 Convening: Creating an Enabling Ecosystem for Person-Centered Primary Healthcare Models to Achieve Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries. *Annals of Global Health*, 86(1), 106. <https://doi.org/10.5334/AOGH.2948>
- Álvarez Pérez, A. G., García Fariñas, A., Rodríguez Salvá, A., Bonet Gorbea, M., de Vos, P., & Van der Stuyff, P. (2008). La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 46(1), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- ARCON. (2026). *Directorios de señalética - ARCON SANIDAD*. <https://sanidad.arcon.es/productos/directorios-para-senaletica/>
- Asmar, A. M., & Asmar, L. M. (2025). *Diseño de una solución tecnológica enfocada en la optimización de la gestión, seguimiento y cierre de planes únicos de mejora en el hospital Universidad del norte*. <https://repositorio.cuc.edu.co/entities/publication/3a8f1628-4888-41e9-9b4c-ee684b7bc435>
- Barros, O. (2020). A process architecture pattern and its application to designing health services: emergency case. *Business Process Management Journal*, 26(2), 513–527. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-08-2018-0210>
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2024). Rediseño de la Estructura Organizacional Alineada con la Estrategia Empresarial en Nordvital IPS. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Benjamins, J., Haveman-Nies, A., Gunnink, M., Goudkuil, A., & De Vet, E. (2021). How the use of a patient-accessible health record contributes to patient-centered care: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17655. <https://doi.org/10.2196/17655>
- Blanes Calafat, C. (2024). *¿Es la desprescripción una estrategia adecuada para disminuir la mortalidad, las caídas y las hospitalizaciones de la persona mayor polimedicada?* <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/167826>
- BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (n.d.). Retrieved January 19, 2026, from <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (n.d.). Retrieved January 19, 2026, from <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Calizaya, N. L. (2023). *Diseño basado en la evidencia y su vínculo con la recuperación del paciente en entornos hospitalarios caso: Hospital Regional de Tacna Hipólito Unanue*. <http://161.132.207.135/handle/20.500.12969/3156>

Carlos, J., & Alvarez, D. (2021a). *Modelos de gestión hospitalaria y su influencia en la calidad de atención al usuario del servicio de salud: revisión sistemática rápida de la literatura*. <http://hdl.handle.net/10882/10484>

Carlos, J., & Alvarez, D. (2021b). *Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura*. <https://repository.universidadean.edu.co/entities/publication/d74f83a9-2c9e-4ad5-8c6c-3badb596aabf>

De, M., De, G., & De Salud, S. (2015). *Plan estratégico para el área de consulta externa del centro de especialidades médicas Club de Leones*. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/386>

De Medicina, F., Graciela, M., Médico, P., Especialista En Pediatría, C., & Hirsch, R. R. (2022). *Estrategia para disminuir la saturación del servicio de emergencias de un hospital público pediátrico : estrategia de mejora 2004-2019*. <http://repositorio.unne.edu.ar/xmlui/handle/123456789/51344>

De, P., Carrero, A. L., Directora, P., Moreno, C., Directora, M., Maria, A., Beascoa, U., & Veny, M. B. (2023). *La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia en Mallorca*. <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/161525>

Destiny Balogun, O., Yetunde Mustapha, A., Tomoh, B. O., Soyegbe, O. S., Nwokedi, C. N., Mbata, A. O., & Iguma, D. R. (2024). Enhancing Operational Efficiency in Healthcare: The Role of Advanced Data Analytics. *Pharmagrowthjournal.Com* OD Balogun, AY Mustapha, BO Tomoh, OS Soyegbe, CN Nwokedi, AO Mbata, DR Iguma *International Journal of Pharma Growth Research Review*, 2024•*pharmagrowthjournal.Com*. <https://doi.org/10.54660/IJPGRR.2024.1.6.33-40>

do Amaral Chaves, S. M., Calado, R. D., Coelho, S. A., Neto, O. B., Santos, A. B., & Bourguignon, S. C. (2021). Fast Track in Emergency Services an Integrative Review. *IFIP Advances in Information and Communication Technology*, 631 IFIP, 241–249. https://doi.org/10.1007/978-3-030-85902-2_26/TABLES/1

DPAPEL. (2026). *Directorios, Placas de información, Embellecedores para placas - DEPAPEL*. <https://www.depapel.es/203-senaletica?utm>

El-Hassan, O., Fiadeiro, J. L., & Heckel, R. (2008). Managing Socio-technical Interactions in Healthcare Systems. *Lecture Notes in Computer Science (Including Subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*, 4928 LNCS, 347–358. https://doi.org/10.1007/978-3-540-78238-4_36

- En, M., Pérez, C., Autora, R., & Mogrovejo, N. P. (2024). *Propuesta de un Modelo de Gestión de Calidad para mejorar la atención de Enfermería, enfocada en el área de emergencia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca*. <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/16339>
- Fabisiak, L. (2023). Prioritization of Scheduled Surgeries Using Fuzzy Decision Support and Risk Assessment Methods. *Electronics* 2024, Vol. 13, Page 90, 13(1), 90. <https://doi.org/10.3390/ELECTRONICS13010090>
- Finsterwald, M., Zepke, G., Pelikan, E., Brauchli, P., & Clack, L. (2025). Implementation Science Meets Change Management: Findings from the Participatory Development of a Short Course in a University Hospital Transformation. *Global Implementation Research and Applications* 2025, 1–15. <https://doi.org/10.1007/S43477-025-00192-4>
- Firew, H. (2022). *PATIENT FLOW OPTIMIZATION AT THE EMERGENCY DEPARTMENT*. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/139403/FirewHanna.pdf?sequence=2>
- Fisaude. (2026). *Biombo clínico de tres cuerpos: fabricado en acero cromado con ruedas (178 x 75 cm) - Tienda Fisaude*. <https://tienda.fisaude.com/biombo-clinico-tres-cuerpos-fabricado-acero-cromado-con-ruedas-178-75-cm-p-40048.html>
- Gola, M., Johnson, A. A., La Milia, D. I., Cadeddu, C., Bardini, F., Bianconi, B., Bisceglia, R., Pumpo, M. Di, Genovese, C., Grieco, A., Piras, G., Guerra, R., Damiani, G., Favaretti, C., Montagna, M. T., Capolongo, S., & Ricciardi, W. (2024). Rethinking the Healthcare Facilities: The Role of the Buffer Space. *Health Environments Research and Design Journal*, 17(2), 24–37. <https://doi.org/10.1177/19375867231222563;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>
- Gonçalves, P., Ferrari, P., Crivelli, L., & Albanese, E. (2023). Model-informed health system reorganization during emergencies. *Production and Operations Management*, 32(5), 1323–1344. <https://doi.org/10.1111/POMS.13710;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER>
- Habicht, T., Kasekamp, K., Litvinova, Y., & Hellowell, M. (2026). The role of EU funds in capital investment for health-care: a case study of Estonia's approach to provider network transformation 2004-2024. *Health Policy*, 164, 105506. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2025.105506>
- Halawa, F., Madathil, S. C., Gittler, A., & Khasawneh, M. T. (2020). Advancing evidence-based healthcare facility design: a systematic literature review. *Health Care Management Science* 2020 23:3, 23(3), 453–480. <https://doi.org/10.1007/S10729-020-09506-4>
- Henry, C. (2021). Palliative space-time: Expanding and contracting geographies of US health care. *Social Science and Medicine*, 268. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113377>
- Hunt, J., Gammon, J., Williams, S., Daniel, S., Rees, S., & Matthewson, S. (2022). Patient safety culture as a space of social struggle: understanding infection prevention practice and patient safety culture within hospital isolation settings - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08703-x>

- Jaušovec, M., & Gabrovec, B. (2023). Architectural Evaluation of Healthcare Facilities: A Comprehensive Review and Implications for Building Design. *Buildings* 2023, Vol. 13, Page 2926, 13(12), 2926. <https://doi.org/10.3390/BUILDINGS13122926>
- Kajamaa, A., & Hurmelinna-Laukkanen, P. (2022). Organizational arrangements as a key to enhancing innovativeness and efficiency – analysis of a restructuring hospital in Finland. *BMC Health Services Research* 2022 22:1, 22(1), 1022-. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-08376-6>
- Listovsky, G. (2015). *Desarrollo de competencias para el fortalecimiento del trabajo en red en el sistema de salud dependiente de la CABA, en el marco de las redes integradas de*. <https://rehip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/9388/CEI%20-%20MSP%20-%20Tesis%20Listovsky%2C%20Gabriel.pdf?sequence=3>
- Machado, T. G., & Santos, D. (2020). *Business Process Management for Operational Efficiency A Case Study of Process Redesign in a Hospital Setting*.
- Magak, K. M. (2021). *Organizational Restructuring Strategies and Performance of the Aga-Khan Hospital Mombasa*. <https://ir-library.ku.ac.ke/bitstreams/196cae35-9ae7-4d15-a2bc-cbf1c5fc42/download>
- Manno, E., Pesce, M., Stralla, U., Festa, F., & ... S. G.-J. H. (2015). Specialized fast track: A sustainable model to improve emergency department patient flow. *Researchgate.NetE Manno, M Pesce, U Stralla, F Festa, S Geninatti, MF Balzarro, D Di Leo, B GelainJ. Hosp. Adm, 2015•researchgate.Net*. https://www.researchgate.net/profile/Emilpaolo-Manno/publication/281316446_Specialized_fast_track_a_sustainable_model_to_improve_emergency_department_patient_flow/links/568eb73708ae78cc051604c7/Specialized-fast-track-a-sustainable-model-to-improve-emergency-department-patient-flow.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail
- Melles, M., Albayrak, A., & Goossens, R. (2021). Innovating health care: key characteristics of human-centered design. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(Supplement_1), 37–44. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZAA127>
- Meskó, B., & de Bronkart, D. (2022). Patient Design: The Importance of including Patients in Designing Health Care. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e39178. <https://doi.org/10.2196/39178>
- Mosia, A. N., & Nyaka, B. C. D. (2025). Process-Based Organisation Design for Public Hospital Efficiency. *The South African Journal of Industrial Engineering*, 36(3), 109–116. <https://doi.org/10.7166/36-3-3324>
- Núñez Huertas, M. (2025). *Evaluación del Impacto del modelo Magnet® en la satisfacción laboral del personal de enfermería, la experiencia del paciente y la gestión de los cuidados en hospitales magnéticos vs hospitales tradicionales: Protocolo de una Revisión sistemática*. <http://dspace.umh.es/handle/11000/36975>
- ONU. (2026). *Objetivos de Desarrollo Sostenible | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo*. <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>

- Ortiz-Barrios, M. A., & Alfaro-Saíz, J. J. (2020). Methodological Approaches to Support Process Improvement in Emergency Departments: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 2664, 17(8), 2664. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17082664>
- Oufi, N., De la Garza, C., & Nascimento, A. (2025). Dynamics of COVID-19 crisis management in hospitals and its long-term effects: An analysis using organizational resilience. *Applied Ergonomics*, 126, 104486. <https://doi.org/10.1016/J.APERGO.2025.104486>
- Piatkowski, M., Taylor, E., Wong, B., Taylor, D., Foreman, K. B., & Merryweather, A. (2021). Designing a patient room as a fall protection strategy: The perspectives of healthcare design experts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8769. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168769/S1>
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., Van Ginneken, E., Busse, R., Quentin, W., Armesto, S. G., Barnes, A. J., Behmane, D., Blümel, M., Bryndova, L., Burke, S., Dayan, M., Cheng, M. T. M., Chevreul, K., Delgado, E. B., Vrangbak, K., De Belvis, A. G., Dimova, A., ... Votapkova, J. (2021). "Top-Three" health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815–832. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2021.04.005>
- praxisdienst. (2026). *Sillas y sillones para salas de espera | Praxisdienst*. <https://www.praxisdienst.com/es-es/mobiliario-clinico/sillas-sillones-y-taburetes/sala-de-espera-y-sillas-de-visita/>
- Rodelo, A. (2020). *Nuevas tendencias para la Arquitectura hospitalaria: centrada en el paciente*. <https://zaloamati.azc.uam.mx/server/api/core/bitstreams/cd3e4a8f-6404-4203-aaa1-d6db5cbfaa02/content>
- Salud, A. E. (2022). *Formulación del proceso de gestión del ambiente físico y tecnología: una propuesta teórica para un modelo de los ambientes hospitalarios*. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstreams/d13efabb-9477-4bd3-8e05-b91f6b7902b4/download>
- Sánchez Suárez, Y., Marqués León, M., Hernández Nariño, A., Mayelín Suárez Pérez, M., & Alberto Gómez Cano, C. (2023). Metodología para el diagnóstico de la gestión de trayectorias de pacientes en hospitales. *Región Científica*, ISSN-e 2954-6168, Vol. 2, Nº. 2, 2023, 2(2), 23. <https://doi.org/10.58763/rc2023115>
- Selva, T. A., & Estremera, E. de P. (2024). *La accesibilidad 360° en los entornos hospitalarios. La transformación de la experiencia del paciente con requerimientos de accesibilidad*. <https://riberdis.cedid.es/bitstreams/01916f2a-3bd7-493d-a048-9887171e7270/download>
- Shahidi Sadeghi, N., Maleki, M., Vatankhah, S., Mohaghegh, B., & Ehsanzadehsorati, S. J. (2024). Restructuring Non-teaching Hospitals into Teaching Hospitals in Iran: Component Change in General Hospitals. *Journal of Qualitative Research in Health Science*, 13(3), 164–167. <https://doi.org/10.34172/jqr.2024.24>
- Shetty, R. S., Kamath, G. B., Rodrigues, L. L. R., Nandineni, R. D., & Shetty, S. R. (2024). The Impact of the Physical Environment on Staff in Healthcare Facilities: A Systematic Literature

- Review. *Buildings* 2024, Vol. 14, Page 2773, 14(9), 2773. <https://doi.org/10.3390/BUILDINGS14092773>
- Shi, J., Sun, X., & Meng, K. (2021). Identifying organisational capability of hospitals amid the new healthcare reform in China: a Delphi study. *BMJ Open*, 11(1), e042447. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-042447>
- Simonsen, T., Sturge, J., & Duff, C. (2022). Healing Architecture in Healthcare: A Scoping Review. *Health Environments Research and Design Journal*, 15(3), 315–328. <https://doi.org/10.1177/19375867211072513>;PAGE:STRING:ARTICLE/CHAPTER
- Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2023). *Informe ENVIN-UCI 2023*. https://www.google.com/search?q=Informe+ENVIN-UCI+2023&sca_esv=5a9c20034849fe20&sxsrf=AE3TifORuvzpVA_GrSMaM-4l6YkeVjPIsA%3A1766402937491&ei=eStJaYHbHYqKwbkPo77amQl&ved=0ahUKEwjB-_nci9GRAXUKRTABHSoFNiMQ4dUDCB&uact=5&oq=Informe+ENVIN-UCI+2023&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiFkluZm9ybWUgRU5WSU4tVUNJIDlwMjMyBBAjGCcyCBAAGIAEGKIEMGUQABjvBTIIEAAYogQYiQUyBRAAGO8FMgUQABjvBUjmBVAAWABwAHgAkAEAmAHGAaABxgGqAQMwLjG4AQPIAQD4AQH4AQKYAgGgAtQBmAMA4gMFEgExIECSBwMyLTGgB6MJsgcDMi0xuAfUAclHAzMtMcgHCoAIAA&scient=gws-wiz-serp
- Song, Z., Zhai, C., Liu, J., Pei, S., & Zhang, C. (2025). Functionality assessment and improvement of medical buildings during the emergency: Incorporating resource restructuring and patient priority scheduling. *Reliability Engineering & System Safety*, 262, 111205. <https://doi.org/10.1016/J.RESS.2025.111205>
- Starstick. (2026). *Carteles de señalización (*~*) |vinilos centros sanitarios | STARSTICK®*. <https://www.starstickvinilos.com/es/169-carteles-y-rotulos>
- Støre-Valen, M. (2021). FM and clinical employees' involvement in the design of eight Norwegian hospital projects. *Facilities*, 39(1112), 778–801. <https://doi.org/10.1108/F-06-2020-0076>
- Vallandingham, L. R., De Boer, L., & Dreyer, H. C. (2024). Design principles for patient flow improvement in care pathways: a paradox theory perspective. *Business Process Management Journal*, 30(7), 2516–2540. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-09-2023-0745>
- Zambrano Pedraza, S. H. (2022). *Estrategias de mejora de la gestión de la calidad basadas en el fortalecimiento de la cultura organizacional dentro de la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas*. Fundación Universidad de América. <https://hdl.handle.net/20.500.11839/8910>
- 세 영정, 은 영김, 간호학부 박사과정생동아대학교, & 간호학부 교수동아대학교. (1648). Influence of the Patient Safety Culture and Nursing Work Environment on Fall Prevention Activities of Hospital Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 28(2), 78–87. <https://doi.org/10.1111/JKANA.2022.28.2.78>