

HOSPITAL DE LA ESPERANZA ¹

“Mejorar es cuestión de trabajo y método; no hace falta genialidad”
Atul Gawande²

Laura Pichón se reclinó unos segundos para reflexionar sobre el informe de seguimiento que acababa de analizar. Era 10 de marzo de 2025 y esa misma tarde, como directora gerente del Hospital de la Esperanza —hospital público del sistema sanitario andaluz—, se reuniría con jefes de servicio y supervisores para plantear el siguiente paquete de medidas. En poco más de un año se había desplegado el Plan de Transformación Operativa con el objetivo de mejorar el flujo del paciente, reducir la variabilidad y gestionar mejor los recursos dentro de las reglas de la sanidad pública.

Algunas medidas ya estaban dando resultados, pero también estaban generando incomodidad. En Urgencias, el nuevo triaje había reducido tiempos de espera, aunque había abierto fricciones con especialidades médicas. En el quirófano, la programación más estandarizada mejoraba la ocupación, pero trasladaba a planta picos difíciles de absorber. El tablero de indicadores —con actualizaciones diarias o semanales, según el dato— aportaba una visión compartida de la operación, pero a costa de resistencias en parte de los mandos intermedios. En paralelo, los cambios en circuitos administrativos habían desembocado en una queja sindical por la movilidad funcional que suponían.

Laura contaba con apoyo político y técnico, pero percibía un riesgo creciente de saturación interna. El dilema ya no era si el plan tenía sentido, sino cómo sostenerlo y qué hacer a continuación: ¿consolidar lo implantado, o dar el salto hacia una reorganización asistencial más profunda?; ¿cómo ajustar el ritmo para evitar desgaste sin perder credibilidad y tracción?; ¿cómo implicar de verdad a mandos intermedios y jefaturas —sin que el control se percibiera como imposición— y mantener, a la vez, la disciplina operativa necesaria para que el cambio no se deshiciera en cuanto llegara el siguiente pico?

¹ Caso de la División de Investigación de San Telmo Business School, España. Preparado por el profesor Enrique Garrido, de San Telmo Business School, para su uso en clase, y no como ilustración de la gestión, adecuada o inadecuada, de una situación determinada.

Copyright © junio de 2026, Fundación San Telmo. España.

No está permitida la reproducción, total o parcial, de este documento, ni su archivo y/o transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o por otros procedimientos, sin la autorización expresa y escrita de Fundación San Telmo. Para pedir copias o permiso para usar este caso, por favor póngase en contacto con el departamento de Edición de Casos, a través del teléfono en el +34 954975004 o por correo electrónico a la dirección casos@santelmo.org.

² Atul Gawande es cirujano, investigador y escritor estadounidense, conocido por sus trabajos sobre mejora del desempeño en sanidad; autor, entre otros, de *Better: A Surgeon's Notes on Performance* (2007).

CONTEXTO DEL HOSPITAL EN 2024

El Hospital de la Esperanza era un hospital público general de agudos de tamaño medio, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud (SAS), con una amplia cartera de servicios y un área de referencia de unas 150.000 personas. Contaba con unas 300 camas funcionales, cinco quirófanos de actividad programada y una UCI polivalente de doce camas.

El Servicio de Urgencias superaba las cien mil atenciones anuales³. En términos orientativos, el hospital registraba unos 15.500 ingresos y 86.000 estancias, con una estancia media cercana a 5,5 días y una ocupación anual en torno al 78%. La actividad quirúrgica rondaba las diez mil intervenciones al año⁴ y las consultas externas superaban las 200.000. No ofrecía docencia universitaria formal, pero colaboraba con unidades docentes y centros de formación sanitaria, y participaba en algunos estudios de investigación multicéntricos.

Como muchos hospitales del SAS, arrastraba problemas estructurales: instalaciones parcialmente obsoletas, burocracia interna y procesos aún no digitalizados de extremo a extremo. La plantilla superaba los 1.100 profesionales —facultativos, enfermería, TCAE⁵ y personal de gestión y servicios—, con una combinación de personal estatutario fijo, interino y eventual. La rotación era elevada en determinadas categorías; en otras, la edad media iba en aumento. Persistían, además, déficits en perfiles críticos (por ejemplo, anestesia en determinados periodos y especialidades con alta presión de guardias), lo que complicaba la cobertura de ausencias y refuerzos.

Las rigideces del sistema público —movilidad funcional limitada, dificultades para ajustar turnos y complejidad para cubrir bajas o rediseñar equipos— convivían con una presión asistencial creciente, especialmente visible en Urgencias, medicina interna y cirugía general (incluía cirugías urgentes, emergentes, preferentes y programadas). Esa presión no siempre se explicaba por la ocupación media anual; el hospital sufría episodios de saturación en picos estacionales. La cirugía programada era sensible a cancelaciones por falta de camas, incidencias de última hora o fallos de coordinación entre servicios.

Muchas palancas habituales de gestión —reforzar turnos con agilidad, reconfigurar equipos, ajustar funciones o sostener cambios en rutinas— tenían márgenes de actuación limitados y dependían de acuerdos internos más que de decisiones directas de la gerencia.

Los cuadros de mando existentes en 2024 estaban poco integrados. Se completaban para registrar datos, pero no eran usados para la gestión diaria. Los indicadores asistenciales,

³ Además de su población de referencia, el hospital absorbía una parte de la demanda urgente de municipios limítrofes. También tenía que asumir episodios estacionales de mayor presión asistencial, lo que elevaba el volumen anual de las atenciones.

⁴ En ese volumen se incluían procedimientos ambulatorios y de corta duración. Además, el hospital mantenía actividad no programada (urgencias) y, en periodos punta, habilitaba sesiones extraordinarias.

⁵ TCAE: Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

económicos y de personal rara vez se analizaban de forma transversal, ni tenían responsables claros para su seguimiento.

Desde 2023 la Consejería de Salud y Consumo y el SAS venían reforzando líneas con impacto directo en la operación: transformación digital⁶, objetivos e indicadores a través del Contrato Programa⁷, y medidas sobre accesibilidad y listas de espera —como el Plan de Garantía Sanitaria. Se mantenía, además, el enfoque “por procesos”, apoyado en los Procesos Asistenciales Integrados (PAI)⁸ y la documentación común del sistema. Por otro lado, la sostenibilidad operativa se traducían en iniciativas concretas⁹.

En muchos hospitales estas líneas se percibían como capas añadidas: objetivos ambiciosos, recursos limitados, calendarios exigentes y un acompañamiento operativo irregular para aterrizar su implantación. A ello se sumaba un contexto presupuestario restrictivo y una elevada sensibilidad política y social ante cualquier cambio que pudiera interpretarse como recorte. La relación con sindicatos y colegios profesionales exigía una gestión cuidadosa de los tiempos y la comunicación interna, porque cualquier iniciativa podía escalar con rapidez a un conflicto laboral o mediático.

DIAGNÓSTICO DE PARTIDA Y VISIÓN ESTRATÉGICA DE LA NUEVA GERENCIA

Cuando Laura Pichón asumió la gerencia del Hospital de la Esperanza a comienzos de 2024 encontró una institución que, en lo asistencial, funcionaba razonablemente bien, aunque percibía un margen claro de mejora en su operación. Los resultados asistenciales no eran especialmente desfavorables frente a los de otros hospitales del SAS; pero los tiempos de espera, la variabilidad en el uso de recursos y la sensación interna de desorden eran altos.

En sus primeros meses impulsó un diagnóstico rápido, pero estructurado, apoyándose en el equipo directivo y en algunos mandos intermedios clave. El análisis mostró cuatro patrones recurrentes.

⁶ La estrategia digital de Andalucía fue presentada el 9 de febrero de 2026 bajo el título "Estrategia de Salud Digital de Andalucía 2030"; de libre acceso en la web de la Junta de Andalucía.

⁷ Contrato Programa: Instrumento de gestión del Servicio Andaluz de Salud que fija, para cada centro y unidad, objetivos e indicadores anuales (asistenciales, de calidad y de eficiencia), con seguimiento periódico y revisión del grado de cumplimiento en reuniones de dirección.

⁸ Procesos Asistenciales Integrados (PAI) Documentos y metodología del sistema sanitario público que describen, de forma estandarizada, el recorrido del paciente: en un proceso clínico concreto (desde la entrada hasta el seguimiento), definiendo fases, responsables, criterios de actuación y coordinación entre niveles y servicios para reducir variabilidad y mejorar la calidad.

⁹ *Plan Estratégico de Gestión Ambiental Integrada del SAS. Horizonte 2030*, aprobado el 28 de enero de 2025; de libre acceso en la web de la Junta de Andalucía.