

Gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos. Una revisión conceptual

Risk management in the implementation of prior control in public hospitals. A conceptual review

Gerenciamento de riscos na implementação do controle prévio em hospitais públicos. Uma revisão conceitual

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.408>

Linda Estefanía Guerrero Palma¹ 
leguerrero@ucvvirtual.edu.pe

Cristhian David García Holguín² 
crissgarcia1588@gmail.com

Gladys Lola Luján Johnson¹ 
ljohsongl@ucvvirtual.edu.pe

¹Universidad César Vallejo. Piura, Perú

²Servicio de Rentas Internas SRI. Ecuador

Artículo recibido 11 de marzo 2025 / Aceptado 22 de abril 2025 / Publicado 1 de mayo 2025

RESUMEN

La gestión de riesgos en hospitales públicos ha adquirido una importancia creciente como componente esencial para garantizar la continuidad, seguridad y eficiencia de los servicios de salud, especialmente frente a emergencias y desastres. El objetivo del estudio es desarrollar un modelo teórico-conceptual para la integración de la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos, a partir de la revisión y análisis de la literatura especializada. El enfoque es cualitativo, con diseño de revisión conceptual. Se identifican cuatro dimensiones clave: gobernanza del sistema, evaluación de riesgos con enfoque regional, implementación de controles con recursos limitados, y monitoreo con mejora incremental. La investigación se fundamentó en el análisis crítico y sistemático de un corpus bibliográfico compuesto por 35 documentos seleccionados por su relevancia y calidad conceptual. La literatura publicada entre 2018 y 2024. Las bases de datos utilizadas Elsevier, Scielo. Los resultados de este estudio confirman y amplían las bases teóricas revisadas, esta investigación aporta un marco conceptual integral y contextualizado para la modernización de los sistemas de control en hospitales públicos. Se concluye que el modelo teórico conceptual desarrollado ofrece un marco innovador para integrar la gestión de riesgos en la implementación del control previo en la ejecución presupuestaria de hospitales públicos.

Palabras clave: Ejecución Presupuestaria; Gestión de Riesgos; Hospital; Público

ABSTRACT

Risk management in public hospitals has acquired increasing importance as an essential component for ensuring the continuity, safety, and efficiency of healthcare services, especially in the face of emergencies and disasters. The objective of this study is to develop a theoretical and conceptual model for integrating risk management into the implementation of prior control in public hospitals, based on a review and analysis of specialized literature. The approach is qualitative, with a conceptual review design. Four key dimensions are identified: system governance, risk assessment with a regional focus, implementation of controls with limited resources, and monitoring with incremental improvement. The research was based on a critical and systematic analysis of a bibliographic corpus composed of 35 documents selected for their relevance and conceptual quality. The literature was published between 2018 and 2024. The databases used were Elsevier, Scielo, and others. The results of this study confirm and expand the theoretical foundations reviewed. This research provides a comprehensive and contextualized conceptual framework for the modernization of control systems in public hospitals. It is concluded that the theoretical and conceptual model developed offers an innovative framework for integrating risk management into the implementation of prior control in budget execution in public hospitals.

Key words: Budget Execution; Risk Management; Hospital; Public

RESUMO

A gestão de riscos em hospitais públicos tem adquirido crescente importância como componente essencial para garantir a continuidade, a segurança e a eficiência dos serviços de saúde, especialmente diante de emergências e desastres. O objetivo deste estudo é desenvolver um modelo teórico-conceitual para integrar a gestão de riscos à implementação do controle prévio em hospitais públicos, com base em revisão e análise de literatura especializada. A abordagem é qualitativa, com delineamento de revisão conceitual. Quatro dimensões-chave são identificadas: governança do sistema, avaliação de riscos com foco regional, implementação de controles com recursos limitados e monitoramento com melhoria incremental. A pesquisa baseou-se na análise crítica e sistemática de um corpus bibliográfico composto por 35 documentos selecionados por sua relevância e qualidade conceitual. A literatura foi publicada entre 2018 e 2024. As bases de dados utilizadas foram Elsevier, Scielo e outras. Os resultados deste estudo confirmam e expandem os fundamentos teóricos revisados. Esta pesquisa fornece uma estrutura conceitual abrangente e contextualizada para a modernização de sistemas de controle em hospitais públicos. Conclui-se que o modelo teórico e conceitual desenvolvido oferece um arcabouço inovador para a integração da gestão de riscos na implementação do controle prévio na execução orçamentária em hospitais públicos.

Palavras-chave: Execução Orçamentária; Gestão de Riscos; Hospital; Público

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la implementación de sistemas de gestión de riesgos en el sector sanitario público ha cobrado una creciente relevancia a nivel internacional. Países como Reino Unido, Australia y Canadá han desarrollado marcos normativos robustos que integran la gestión de riesgos dentro de sus mecanismos de control financiero hospitalario, lo que ha contribuido a mejorar la eficiencia y resiliencia de sus instituciones (1).

Sin embargo, en América Latina, aunque se han registrado importantes avances, la integración sistemática de la gestión de riesgos en el control previo presupuestario, sigue representando un desafío significativo. Esta realidad se caracteriza por la prevalencia de iniciativas aisladas y fragmentadas, en lugar de un enfoque comprehensivo y sistemático a nivel de los sistemas sanitarios (2,3).

Un estudio comparativo realizado por Camacho-Rodríguez et al. (4) sobre la cultura de seguridad del paciente en hospitales latinoamericanos reveló importantes diferencias en la madurez institucional para la gestión de riesgos. En particular, dimensiones como la "respuesta no punitiva al error" y la "dotación de personal" fueron identificadas como áreas críticas de mejora en la mayoría de los países de la región.

En este contexto, la gestión presupuestaria hospitalaria en el sector público enfrenta una serie de desafíos que justifican la necesidad de innovar en los mecanismos de control. Por ejemplo, el entorno de alta incertidumbre caracterizado por demandas variables y emergentes, se hizo especialmente evidente durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19 (5). A esto se suman las restricciones presupuestarias, que limitan los recursos financieros disponibles y exigen optimizar los mecanismos de asignación y control para maximizar su impacto en resultados sanitarios (6).

Asimismo, la fragmentación de los sistemas de información, debido a la diversidad de plataformas tecnológicas y la falta de integración, dificulta una visión comprehensiva y oportuna de los riesgos presupuestarios (7). Finalmente, existen tensiones entre el cumplimiento normativo y las necesidades operativas, ya que la rigurosa adhesión a marcos regulatorios puede entrar en conflicto con la necesidad de respuestas ágiles ante demandas sanitarias urgentes (8).

En este estudio, la gestión de riesgos en la implementación del control previo en la ejecución presupuestaria en hospitales públicos se define como el proceso sistemático de identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de eventos potenciales que pueden afectar adversamente el cumplimiento normativo y la consecución de objetivos institucionales

en el contexto de la ejecución presupuestaria hospitalaria. Este proceso se realiza aplicando un enfoque preventivo y adaptativo que permite optimizar los mecanismos de verificación anticipada según el nivel de riesgo identificado (9-11).

La definición integra elementos de tres enfoques complementarios: el preventivo, centrado en la identificación temprana de riesgos y el establecimiento de controles anticipados (10); el adaptativo, orientado a calibrar la intensidad de los controles según el nivel de riesgo de cada operación, permitiendo mayor agilidad en procesos de bajo riesgo y reforzando la supervisión en aquellos de alto impacto potencial (12); y el enfoque de valor público, dirigido a garantizar que los controles contribuyan a la generación de valor en términos de resultados sanitarios (1).

En función de lo anterior, la pregunta que orienta esta revisión teórica conceptual es: ¿Cómo puede integrarse la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos? Por consiguiente, el presente artículo tiene como objetivo desarrollar un modelo teórico conceptual que integra la gestión de riesgos en la implementación del control previo dentro de la ejecución presupuestaria de hospitales públicos, con la finalidad de contribuir a la eficiencia en la gestión presupuestaria hospitalaria. Este modelo busca reconciliar las aparentes tensiones entre control normativo y flexibilidad operativa,

proponiendo un sistema adaptativo que responda a las particularidades del contexto hospitalario.

METODOLOGÍA

Este estudio adopta un enfoque cualitativo, con diseño de revisión conceptual, orientado a construir un marco teórico sólido sobre la integración de la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos, especialmente en el contexto latinoamericano. La investigación se fundamentó en el análisis crítico y sistemático de un corpus bibliográfico compuesto por 35 documentos seleccionados por su relevancia y calidad conceptual. Según Snyder (13) la metodología de revisión seleccionada debe alinearse con el propósito de la investigación

El proceso metodológico se desarrolló en cinco fases claramente definidas. En la fase inicial de planificación, se establecieron las preguntas orientadoras de la revisión centradas en cómo puede integrarse la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos. Se definieron criterios de inclusión que priorizaron estudios teóricos o empíricos relacionados con la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos. Se definieron criterios de inclusión que priorizaron estudios teóricos empíricos relacionados con la gestión de riesgos en entidades

públicas del sector sanitario, y trabajos sobre control interno y previo en hospitales públicos; e investigaciones sobre eficiencia presupuestaria.

La revisión abarcó un período general de 1989 a 2024, cubriendo un total de 35 años de producción científica. De este corpus, se observa una concentración principal en la literatura publicada entre 2018 y 2024, con 25 fuentes que representan el 71.4% del total. Además, 20 fuentes (57.1%) corresponden a trabajos recientes del periodo 2020-2024, mientras que solo 5 fuentes (14.3%) datan de antes de 2015. Esta distribución temporal evidencia un claro énfasis en literatura contemporánea, lo cual sugiere un interés por capturar los desarrollos más actuales en gestión de riesgos en sistemas de salud, especialmente aquellos vinculados a avances en gobernanza y tecnologías digitales.

En cuanto a la procedencia de las fuentes, la búsqueda sistemática se realizó en diversas bases de datos académicas reconocidas. De las 35 fuentes seleccionadas, 7 (20%) provienen de Elsevier, 4 (11.4%) de SciELO, 4 (11.4%) de repositorios gubernamentales, 2 (5.7%) de Springer/BMC y 3 (8.6%) de PAHO/OPS. El resto, 15 fuentes (42.9%), fueron obtenidas de otras bases académicas relevantes como MDPI, PLOS, Taylor y Francis, Oxford y SAGE, entre otras. Esta distribución refleja una estrategia de búsqueda amplia y diversificada, que permitió incorporar perspectivas tanto regionales como

internacionales, garantizando la representatividad y pertinencia del corpus para el análisis conceptual planteado.

Se emplearon combinaciones de descriptores en español e inglés mediante operadores booleanos en cuatro ejes temáticos: (a) gestión de riesgos ("risk management", "risk assessment", "risk control"); (b) control previo ("prior control", "preventive control", "ex-ante control"); (c) contexto hospitalario ("public hospital", "healthcare facility", "health institution"); (d) gestión presupuestaria ("budget execution", "financial management", "resource allocation"). Adicionalmente, se revisaron documentos técnicos y marcos normativos de entidades rectoras del control previo en regiones como América Latina (6 fuentes, 17.1%), Brasil (6 fuentes, 17.1%), Colombia (3 fuentes, 8.6%), Ecuador (2 fuentes, 5.7%), Chile (2 fuentes, 5.7%), y Perú (1 fuente, 2.9%), además de otros países no latinoamericanos como Australia, Irán, Rusia y Alemania (4 fuentes, 11.4%) y estudios globales/metodológicos (11 fuentes, 31.4%).

Durante la fase de selección y depuración, los documentos identificados fueron sometidos a un proceso de revisión mediante títulos y resúmenes para determinar su pertinencia. Posteriormente, se realizó una lectura completa de los documentos preseleccionados para confirmar su relevancia y calidad. Se aplicaron los criterios de inclusión y se evaluó la calidad metodológica y el rigor conceptual

de los estudios teóricos, resultando en un corpus final de 35 documentos que cumplieron con todos los requisitos establecidos.

En la fase de análisis y síntesis, se empleó un enfoque de análisis temático estructurado para identificar, codificar y categorizar los hallazgos relevantes. El proceso de codificación se realizó en tres niveles: (1) descriptivo, identificando conceptos, definiciones y proposiciones; (2) interpretativo, estableciendo relaciones entre conceptos; y (3) patrón, identificando estructuras y modelos teóricos recurrentes. Se elaboraron matrices de síntesis para cada dimensión conceptual, incorporando las definiciones, componentes, relaciones y evidencia empírica disponible. Este proceso permitió la triangulación teórica contrastando diferentes perspectivas y enfoques sobre la gestión de riesgos y el control previo.

Finalmente, en la fase de conceptualización y modelado, a partir de la síntesis realizada, se procedió a la construcción del modelo teórico conceptual mediante un proceso iterativo de elaboración y refinamiento. Se empleó el enfoque de construcción teórica de Whetten (14), articulando: (a) los elementos constitutivos del fenómeno (dimensiones y componentes); (b) las relaciones entre estos elementos; (c) las justificaciones teóricas de estas relaciones; y (d) las delimitaciones contextuales del modelo. El proceso de modelado incluyó la validación

conceptual mediante la contrastación con marcos teóricos establecidos en gestión de riesgos, control interno y administración pública, asegurando la coherencia interna del modelo y su consistencia con el conocimiento existente.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

El marco teórico conceptual identifica cuatro dimensiones principales para lograr una integración efectiva de la gestión de riesgos en el control previo hospitalario. La primera dimensión se refiere a la gobernanza del sistema de gestión de riesgos en el control previo, entendida como la estructura organizacional, políticas, procedimientos y responsabilidades establecidas para dirigir y supervisar la integración de la gestión de riesgos en los procesos de control previo de la ejecución presupuestaria hospitalaria (9).

Esta dimensión destaca que los mecanismos de control son efectivos cuando están insertos en estructuras de gobernanza orientadas a la mejora continua de capacidades y prácticas en salud pública, tal como lo establece la Organización Panamericana de la Salud (15). En este sentido, se identifican componentes interrelacionados que incluyen el marco normativo con políticas institucionales adaptadas a las particularidades del contexto legal regional, lo cual resulta fundamental para asegurar un compromiso institucional explícito con la gestión de riesgos. Este compromiso

debe estar formalizado en documentos oficiales y respaldado por la dirección (16).

La literatura muestra que la existencia de políticas formalizadas facilita la implementación efectiva de estos sistemas (17). Además, es imprescindible que las políticas institucionales estén alineadas con marcos normativos superiores para garantizar el cumplimiento legal. Por ejemplo, en Ecuador, el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional del Ministerio de Salud Pública establece directrices específicas para la gestión de riesgos en el sector salud (18).

Por otro lado, la adaptación de las políticas a las particularidades operativas y administrativas del hospital, es clave, ya que investigaciones recientes indican que las políticas genéricas sin contextualización presentan baja efectividad (19). Asimismo, la integración de estas políticas en los instrumentos de gestión existentes es necesaria para evitar la creación de estructuras paralelas, que suelen generar duplicidades e ineficiencias (16).

Adicionalmente, para garantizar la efectividad del sistema, se requieren lineamientos específicos que apliquen el enfoque de riesgos en los procesos administrativos y financieros Vastola y Saracino, (10). Además, es fundamental establecer mecanismos formales de articulación entre las políticas institucionales y procedimientos operativos, dado que la brecha entre ambos es una debilidad común en hospitales públicos (20).

Otro componente crucial es la estructura de supervisión y roles con recursos limitados. Esto implica la formalización clara de responsabilidades en cada nivel organizacional, lo cual es fundamental para evitar confusiones y garantizar la rendición de cuentas, especialmente importante en entornos con recursos escasos como los hospitales públicos latinoamericanos (21). En este sentido, la integración de funciones en cargos existentes resulta más sostenible que la creación de nuevos puestos, dado que requiere menos recursos y facilita la capacitación y ajuste de perfiles (22). Además, la adecuación de las estructuras a la disponibilidad real de personal técnico especializado es un factor crítico en contextos de escasez de recursos humanos es frecuente Villarroel (23).

Los comités multifuncionales que integran gestión de riesgos con otras responsabilidades han demostrado ser particularmente efectivos, ya que los enfoques multidisciplinarios permiten combinar diversas perspectivas y experticia. Esta efectividad se potencia cuando el equipo incluye tanto personal clínico como administrativo (3). Asimismo, el nivel de autoridad otorgado a los responsables de gestión de riesgos para implementar acciones correctivas es determinante, pues sin esta autoridad los sistemas tienden a ser meramente declarativos y poco (19). Adicionalmente, la participación activa del personal clínico en aspectos administrativos facilita

la alineación entre objetivos clínicos y financieros, cerrando una brecha frecuentemente identificada en hospitales.

Un tercer componente es la cultura organizacional adaptada a contextos de alta rotación, donde se requieren programas de formación breves pero frecuentes, pues la capacitación continua es especialmente importante en estos entornos, impactando directamente en la retención de conocimientos (22). Por ello, los mecanismos de inducción rápida para personal nuevo son fundamentales, especialmente en contextos como los hospitales públicos latinoamericanos. La participación del personal operativo en la identificación de riesgos aprovecha su conocimiento directo de los procesos y aumenta su compromiso con las soluciones (17). Para facilitar la comprensión y aplicación de los controles, se recomienda implementar mecanismos de comunicación simples y efectivos, adaptados a distintos niveles de formación técnica del personal (24). En este sentido, el conocimiento de los riesgos por parte del personal se considera un indicador de la efectividad de los programas de comunicación y capacitación (3), mientras que la retroalimentación desde niveles operativos permite identificar problemas prácticos y mejoras potenciales (25).

Finalmente, la medición del impacto de la gobernanza y la estructura organizacional incluye la evaluación del efecto en la eficiencia

administrativa. Entre los indicadores más relevantes se encuentran la reducción demostrable de incidencias administrativas tras la implementación del sistema, lo que permite validar la efectividad y justificar su continuidad (20). Asimismo, el tiempo promedio ahorrado en procesos administrativos constituye un indicador clave del valor agregado por el sistema (25). Por último, el análisis de satisfacción y efectividad percibida por el personal refleja la aceptación y sostenibilidad del sistema a largo plazo (21).

La segunda dimensión identificada se refiere a la evaluación de riesgos con enfoque regional, definida como el proceso sistemático para reconocer, describir y valorar los eventos potenciales que pueden afectar la ejecución presupuestaria hospitalaria, considerando su probabilidad e impacto (26). Esta dimensión incorpora las particularidades del contexto sanitario latinoamericano, donde es necesario evaluar riesgos relacionados con interrupciones en cadenas de suministro, aumentos súbitos de demanda asistencial, daños a infraestructura crítica y necesidad de reasignación rápida de recursos (15).

El primer componente de esta dimensión es la identificación contextualizada de riesgos, que implica mapear procesos críticos adaptados a la realidad operativa regional. Este mapeo es fundamental para detectar puntos vulnerables en la cadena de valor (27). En particular,

la identificación de riesgos asociados a interrupciones en cadenas de suministro resulta crítica en hospitales latinoamericanos, como lo evidencia la experiencia en Brasil (2). Además, la capacidad para identificar rápidamente riesgos emergentes es crucial en entornos volátiles, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19 (28).

Asimismo, los catálogos de riesgos que incluyen factores contextuales como inestabilidad política, rotación de personal y limitaciones presupuestarias son especialmente útiles para la gestión integral. Por ejemplo, un estudio realizado en Colombia desarrolló un catálogo específico para la unidad de esterilización hospitalaria, facilitando la identificación y manejo de riesgos (27). En Chile, el análisis de riesgos de desastres ha sido clave para la preparación hospitalaria frente a eventos naturales (29). Además, la alta rotación de personal y la pérdida de conocimiento institucional constituyen factores relevantes para la evaluación de riesgos en muchos hospitales públicos latinoamericanos (22).

Por otro lado, el análisis y valoración con metodologías simplificadas es preferible en contextos de recursos limitados, ya que las metodologías complejas presentan baja adopción, mientras que las simplificadas facilitan la comprensión y aplicación por diversos actores (26). La participación multidisciplinaria en la valoración enriquece el análisis, incorporando

perspectivas clínicas, administrativas y financieras (25,3). Además, los instrumentos de priorización adaptados a contextos de alta incertidumbre permiten focalizar recursos en los riesgos más críticos (Contraloría General del Estado (29), mientras que, la actualización periódica del análisis es esencial para mantener su vigencia, como demostró la experiencia durante la pandemia (5). Finalmente, los canales formales para que el personal operativo reporte riesgos emergentes complementan la visión directiva, permitiendo una gestión más integral (22).

La determinación de niveles de tolerancia realistas constituye otro componente esencial. Estos niveles deben adaptarse a la realidad institucional para establecer controles proporcionales y realistas (26). La aprobación formal por las autoridades institucionales competentes garantiza legitimidad y facilita la implementación (16). Además, considerar las restricciones operativas reales del hospital aumenta la viabilidad de estos niveles (22). La diferenciación según tipo de proceso permite ajustar los controles a las particularidades de cada área, mientras que la revisión periódica asegura su relevancia continua. La capacidad de ajuste rápido ante situaciones extraordinarias ha demostrado su importancia durante emergencias sanitarias (28).

Asimismo, la medición del impacto de la evaluación de riesgos es fundamental para validar la efectividad del sistema y justificar las

inversiones en gestión de riesgos (20). Indicadores como la mejora en la priorización de controles en áreas críticas y la satisfacción de los directivos con la calidad de la información para la toma de decisiones reflejan la relevancia del sistema (25, 21).

La tercera dimensión se centra en la implementación de controles basados en riesgos con recursos limitados. En este sentido, el diseño de controles adaptativos viables incluye la categorización simplificada de operaciones según nivel de riesgo, permitiendo aplicar controles diferenciados y optimizando recursos escasos (26). La proporcionalidad entre intensidad de control y el riesgo es un principio fundamental para la eficiencia (10), y la actualización periódica de esta categorización garantiza su vigencia en contextos cambiantes (16). Protocolos diferenciados y simplificados permiten concentrar esfuerzos en áreas de mayor riesgo, mientras que la socialización efectiva de estos protocolos asegura su aplicación consistente (22, 3). Además, la existencia de procedimientos para ajustes rápidos ante cambios del entorno resulta crucial en entornos dinámicos (28).

Las herramientas tecnológicas accesibles constituyen otro componente clave, incluyendo soluciones de bajo costo para alertas tempranas, que han demostrado ser efectivas incluso en contextos con recursos limitados (24). Las alertas automatizadas para operaciones críticas facilitan

intervenciones oportunas (30), y la participación de los usuarios finales en el diseño mejora la usabilidad y adopción de las herramientas (24). Asimismo, aprovechar plataformas existentes para incorporar funciones de control resulta más eficiente que desarrollar plataformas nuevas (22). La usabilidad para diversos perfiles y la integración con sistemas administrativos reducen duplicidades y mejoran la consistencia de la información (7). Finalmente, la escalabilidad permite adaptar las herramientas a crecientes necesidades sin reemplazos completos (24).

En cuanto a los mecanismos de autorización, se destacan las estructuras escalonadas y simplificadas, que optimizan el uso de funcionarios según la criticidad de las operaciones (16). Procedimientos simplificados para operaciones rutinarias agilizan procesos sin comprometer control en áreas críticas (22). La claridad en los límites de autoridad previene conflictos en la toma de decisiones, mientras que la medición de tiempos de procesamiento permite evaluar la eficiencia del sistema (19, 25).

Finalmente, los procedimientos específicos para emergencias sanitarias son fundamentales, ya que permiten mantener controles esenciales sin sacrificar la agilidad de respuesta (24). La participación de diversas áreas en el diseño de niveles de autorización garantiza que se consideren las necesidades de todas las unidades (3). Además, la delegación temporal

en situaciones excepcionales es clave para mantener la operatividad durante emergencias (28). La medición del impacto de estos controles incluye la reducción en tiempos en operaciones de bajo riesgo y la disminución de errores en operaciones críticas, validando así su efectividad (20). La satisfacción de los usuarios internos con la proporcionalidad de los controles es un indicador importante de aceptación y sostenibilidad (21).

La cuarta dimensión se centra en el monitoreo, evaluación y mejora incremental del sistema. En el contexto latinoamericano el monitoreo debe ir más allá de la definición de indicadores, incluyendo la construcción progresiva de capacidades institucionales para el análisis crítico de la información y su traducción en ajustes operativos (15). En entornos con recursos limitados, se priorizan indicadores clave simplificados que facilitan el seguimiento (26). La revisión periódica de estos indicadores permite detectar tendencias y anticipar problemas emergentes, mientras que la detección oportuna de desviaciones es fundamental para intervenciones efectivas (16, 28). Además, la capacidad de ajustar indicadores según cambios en el entorno operativo garantiza su vigencia.

Para facilitar el seguimiento y la toma de decisiones, los sistemas de información deben adaptarse a las capacidades tecnológicas existentes, incorporando mecanismos de reporte periódico sobre riesgos críticos (25). Esta

adaptación mejora la viabilidad y sostenibilidad del monitoreo y la participación del personal operativo en la definición de indicadores aumenta su pertinencia y aceptación (24, 17).

La evaluación periódica debe integrarse a procesos existentes, para reducir la carga de trabajo y mejorar la sostenibilidad (22). La documentación sistemática de resultados facilita el seguimiento de avances y la identificación de áreas de mejora (16), mientras que la diversidad de áreas representadas en las evaluaciones enriquece el análisis (3). Las autoevaluaciones internas permiten identificar oportunidades de mejora, complementadas con evaluaciones externas que aportan objetividad (25, 16). El nivel de implementación de acciones correctivas derivadas de evaluaciones previas cierra el ciclo de mejora continua, mientras que la capacidad para realizar evaluaciones rápidas ante cambios significativos permite ajustes oportunos (28).

En cuanto al aprendizaje organizacional, se destaca el registro y análisis sistemático de incidencias mediante metodologías sencillas base para el análisis y prevención de recurrencias (3, 31). La difusión de lecciones aprendidas amplifica el impacto del aprendizaje y la transferencia efectiva de conocimientos mitiga el efecto negativo de la rotación de personal clave (22). La actualización incremental de perfiles de riesgo, basada en experiencias previas, mejora su precisión y relevancia (32), mientras que

la priorización de controles facilita la toma de decisiones en escenarios de recursos limitados (22). Finalmente, la medición de impacto del monitoreo y mejora evalúa la eficacia del sistema evidenciando avances concretos y la reducción en la recurrencia de incidencias, como indicador concreto del aprendizaje organizacional efectivo (25, 20). El nivel de madurez evolutiva del sistema

permite identificar etapas de desarrollo y planificar mejoras estructuradas.

A continuación, la Figura 1, presenta el modelo teórico conceptual desarrollado en este estudio, que sintetiza la integración de la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos y su relación con la eficiencia presupuestaria

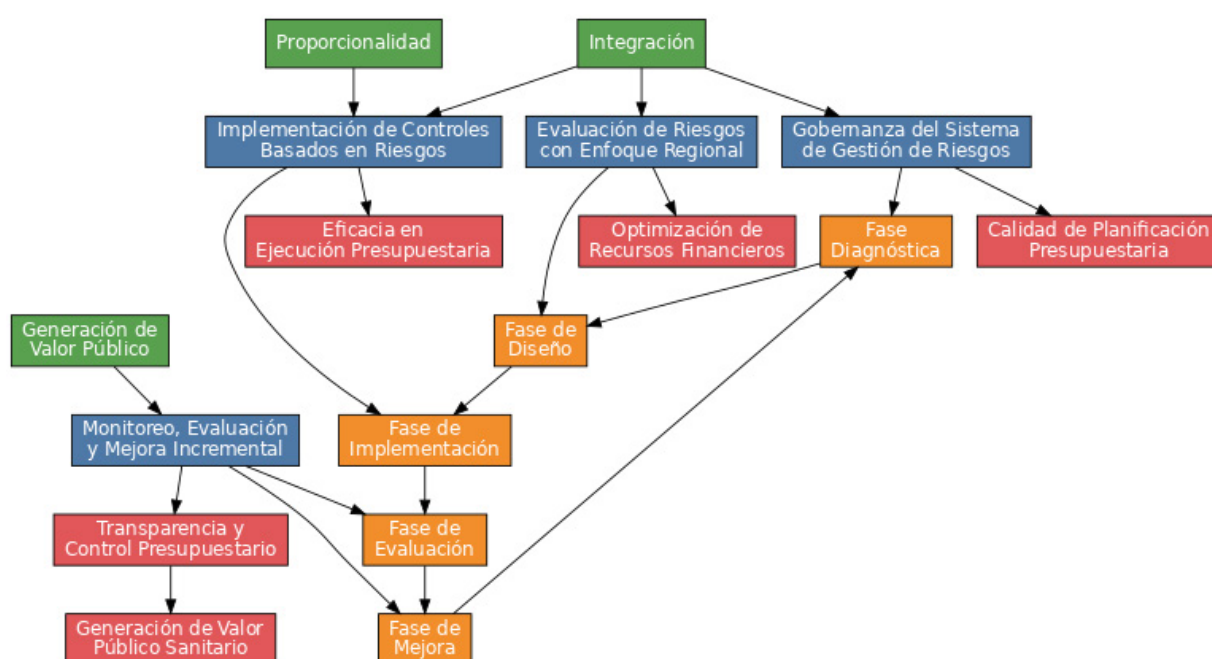


Figura 1. Modelo teórico conceptual de la gestión de riesgos en la implementación del control previo en hospitales públicos.

El modelo teórico conceptual propuesto en la Figura 1, establece una relación sistémica entre la gestión de riesgos en la implementación del control previo y la eficiencia en la gestión presupuestaria hospitalaria. Parte del principio de que un enfoque adaptativo del control previo, basado en la gestión de riesgos, optimiza el equilibrio entre el rigor en el resguardo de recursos públicos y la

agilidad operativa que requieren los hospitales. Se fundamenta en tres principios: proporcionalidad, donde la intensidad del control se ajusta al nivel de riesgo de cada operación presupuestaria (10); integración, que implica incorporar la gestión de riesgos en todos los procesos presupuestarios (9), y generación de valor, orientando el control previo a la obtención de resultados sanitarios

y satisfacción ciudadana, más allá del mero cumplimiento formal (1)

Estructura y dinámica del modelo

El modelo se organiza en tres niveles interrelacionados. El nivel estratégico abarca la gobernanza, el marco normativo y la cultura institucional, definiendo directrices y compromisos generales (22). El nivel táctico, comprende la identificación, evaluación y tratamiento adaptativo de riesgos (26). El nivel operativo integra la implementación de controles, monitoreo continuo y los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas (16).

El funcionamiento del modelo sigue un ciclo continuo: inicia con la fase diagnóstica, que identifica y evalúa riesgos presupuestarios específicos del contexto hospitalario; continúa con la fase de diseño donde se desarrollan estrategias diferenciadas de control según el perfil de riesgo; sigue la fase de implementación, que aplica los mecanismos adaptativos mediante sistemas tecnológicos, capacitación y autorizaciones multinivel; prosigue con la fase de evaluación que monitorea indicadores y analiza incidencias; y culmina con la fase de mejora, que ajusta el sistema en función de los aprendizajes y cambios contextuales (28).

Articulación con la eficiencia presupuestaria

Este modelo articula sus componentes con la eficiencia presupuestaria hospitalaria. Así, una gobernanza efectiva mejora la planificación presupuestaria, la identificación y evaluación de riesgos optimiza la utiliza el uso de recursos, y el tratamiento adaptativo refuerza el control en áreas críticas sin obstaculizar operaciones de bajo riesgo (10). Además, el monitoreo continuo fortalece la transparencia y la toma de decisiones (16), mientras que la rendición de cuentas contribuye a la legitimidad institucional y la satisfacción de los usuarios, elementos esenciales del valor público sanitario (20).

Discusión

El modelo teórico conceptual desarrollado en este estudio representa una innovación respecto a los mecanismos tradicionales de control previo en hospitales públicos, al integrar la gestión de riesgos y responder a la necesidad de modernizar los sistemas de control en el ámbito sanitario. Esta aproximación coincide con la tendencia identificada en la literatura hacia enfoques más adaptativos y basados en riesgos para el control

interno en las entidades públicas, aunque como señalan Vastola y Saracino (10), la implementación práctica de estos enfoques ha sido limitada, predominando modelos uniformes que no distinguen entre niveles de riesgo.

Los resultados de este estudio aportan herramientas concretas, como la categorización de operaciones según su perfil de riesgo y la aplicación de controles diferenciados, lo que permite focalizar recursos en áreas críticas, lo que se alinea con las recomendaciones de Vlasova, (26) y el Ministerio de Salud del Perú (22). Además, la implementación de sistemas de alerta temprana y verificación automatizada, fundamentada en algoritmos de riesgo, responde a lo planteado por Chi y Hu, (30), sobre la importancia de optimizar el uso de recursos humanos especializados.

El modelo también reconoce la complejidad específica del entorno hospitalario, caracterizada por la confluencia de exigencias sanitarias, limitaciones presupuestarias y marcos regulatorios estrictos. En este sentido, incorpora elementos de la gestión clínica y financiera integrada, respondiendo a los planteamientos de Banduhn y Schlüchtermann (33), Schlüchtermann (34) y Webster et al. (1) sobre la necesidad de vincular los sistemas de control financiero con la generación de valor en términos de resultados sanitarios.

Al contrastar estos hallazgos con experiencias internacionales, se observa como el del Reino Unido y Australia, han logrado mejorar la eficiencia

en la asignación presupuestaria hospitalaria mediante marcos de control basados en riesgos, permitiendo una mejor asignación de recursos y una mayor capacidad de respuesta (1). Sin embargo, en el contexto latinoamericano, las investigaciones de Fernández et al. (11) y Passos et al. (3) evidencian que la implementación de modelos de gestión integrada de riesgos ha generado mejoras en la eficiencia, pero enfrenta barreras como la resistencia al cambio y la falta de competencias específicas en el personal. Este estudio coincide con dichos hallazgos y propone la capacitación y la integración progresiva de funciones como estrategias para superar estas limitaciones.

Además, la literatura señala que la gestión de riesgos en hospitales públicos latinoamericanos suele ser parcial especialmente en áreas administrativas y de cadena de suministro (3). El modelo propuesto busca superar estas limitaciones mediante visión sistémica que articula dimensiones clínicas, administrativas y financieras. Asimismo, Eslava et al. (7) identificaron deficiencias en la calidad y disponibilidad de datos para una supervisión de riesgos, lo que refuerza la necesidad de sistemas de información robustos y adaptados, aspecto incorporado en este modelo a través de herramientas tecnológicas accesibles y mecanismos de reporte simplificado.

El modelo propuesto también se alinea con los planteamientos de Banduhn y Schlüchtermann

(33) y Webster et al. (1), sobre la importancia de vincular la gestión financiera con la generación de valor sanitario, priorizando resultados concretos y satisfacción ciudadana más allá del simple cumplimiento normativo.

No obstante, la implementación enfrenta desafíos similares a los identificados en la literatura: infraestructura tecnológica insuficiente, tensiones normativas derivadas de marcos regulatorios rígidos y carencias competencias específicas en gestión de riesgos y análisis financiero (6, 3). Por tanto, la formación continua y la modernización normativa emergen como condiciones indispensables para su adopción efectiva.

En síntesis, los resultados de este estudio confirman y amplían las bases teóricas revisadas, esta investigación aporta un marco conceptual integral y contextualizado para la modernización de los sistemas de control en hospitales públicos. Su validación empírica y aplicación piloto constituyen líneas futuras de investigación, mientras que las implicaciones para la política pública incluyen la revisión de marcos normativos, el fortalecimiento de capacidades institucionales y la integración de sistemas informáticos para avanzar hacia controles más adaptativos y eficientes en el sector salud (35, 24).

CONCLUSIONES

El modelo teórico conceptual desarrollado ofrece un marco innovador para integrar la gestión de riesgos en la implementación del control previo en la ejecución presupuestaria de hospitales públicos. Este modelo permite optimizar el equilibrio entre salvaguarda de recursos públicos y eficiencia operativa, superando las limitaciones de los enfoques uniformes tradicionales y permitiendo concentrar esfuerzos de control en áreas de mayor riesgo.

Además, el modelo proporciona un marco analítico estructurado con identificación sistemática de dimensiones, componentes, subcomponentes e indicadores, lo que proporciona una estructura conceptual detallada que facilita la operacionalización del modelo. Su enfoque multidimensional de perspectivas complementarias (gobernanza, tecnología, cultura organizacional, transparencia) reconoce la complejidad inherente a la gestión presupuestaria hospitalaria, permitiendo abordar los desafíos del control previo desde diferentes ángulos, incrementando su efectividad potencial

Asimismo, el modelo establece una base teórica sólida para evaluar la relación entre la gestión de riesgos en el control previo

y la eficiencia en la gestión presupuestaria hospitalaria, orientada a la generación de valor público sanitario, trascendiendo enfoques meramente formalistas. Finalmente, al reconocer las limitaciones y desafíos de implementación, el estudio ofrece recomendaciones claras para adaptar el modelo a diferentes contextos institucionales, contribuyendo así a mejorar la gestión presupuestaria y la calidad en la administración hospitalaria pública.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

1. Webste. B, Neville, S, Nobbs J, Ching J, van Gool, K. Incorporating Safety and Quality Measures Into Australia's Activity-Based Funding of Public Hospital Services. *Health Services Insights*. 2023; 16. <https://doi.org/10.1177/11786329231187891>
2. Senna P, Reis D, Leão I, Dias C. Healthcare supply chain risk management in Rio de Janeiro, Brazil: ¿What is the current situation? *Work*. 2022; 72(2): 405-417. <https://doi.org/10.3233/WOR-205216>
3. Passos C, de Castro I, Monteiro M, Fonteles M, Dos Santos D. Evaluation of safe practices in a public hospital in the northeast of Brazil. *Revista Enfermagem*. 2019; 27. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.44321>
4. Camacho D, Carrasquilla A, Dominguez, A. Palmieri, P. A. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(21); 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
5. de Oliveira E, de Carvalho L, da Costa, C, Aguilar M, Saraceni V, Cruz O, Durovni B, Soranz, R, de Oliveira M. COVID-19 emergency operations center: experience of the Rio de Janeiro municipality, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. 2022; 27: 46: e9. doi: 10.26633/RPSP.2022.9
6. Moradi T, Kabir M, Poursaghari H, Ehsanzadeh J, Aryankhesal A. Challenges of budgeting and public financial management in Iran's health system: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2023; 37(1). <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.80>
7. Eslava J, Camelo A, Mina L, Vásquez, E, Mejía M. Analysis of the response capacity of the health information systems to oversee the risks affecting the right to health in Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018; 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.acrs>
8. Ketelhöhn N, Sanz L. Healthcare management priorities in Latin America: Framework and responses. *Journal of Business Research*. 2016; 69(9): 3835-3838. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.04.008>
9. Lois P, Drogalas G, Nerantzidis M, Georgiou I, Gkampeta E. Risk-based internal auditing: Factors related to its implementation. *Corporate Governance*, 21(4), 645-662. 2020. <https://doi.org/10.1108/CG-08-2020-0316>
10. Vastola P, Saracino D. Risk management project: ¿reactive or proactive approach? *Igiene e Sanità Pubblica*. 2006; 62(5): 493-508. <https://europepmc.org/article/med/17206225>
11. Fernández I, Valle P, Pagonessa L, Blazquez M, Tomás J. An experience in integrated management of clinical risks. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018; 33(6): 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.09.002>
12. Pardo A, Claveria A, García, M, López J. (2008). Operational units for health risk management (patient safety). *Medicina Clinica*. 2008; 131(3): 64-71. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76464-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76464-9)
13. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*. 2019; 104. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>

14. Whetten D. What constitutes a theoretical contribution? *Academy of Management Review*. 1989; 14(4): 490-495. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308371>
15. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. 2020. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>
16. Contraloría General del Estado. Normas de Control Interno. Acuerdo_004-CG-2023. 2023; (004):1-93. <https://boletin.novedadesjuridicas.com.ec/4cg23/>
17. Brancalion N, Lima F. Process-based Management aimed at improving health care and financial results. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*. 2022; 56: 1-7. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0333en>
18. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Estatuto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Acuerdo Ministerial. 2012; (00001034). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>
19. Jalilvand M, Raeisi A, Shaarbafchizadeh N. Hospital governance accountability structure: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 2024; 24(1): 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0>
20. Correia B, Farrukh M, Moleiro J, Baheer R. Impact of green human resource management towards sustainable performance in the healthcare sector: role of green innovation and risk management. *Cogent Business and Management*. 2024; 11(1). <https://doi.org/10.1080/23311975.2024.2374625>
21. Nunes C, Gomes P, Santana J. Transparência, accountability e governance: revisão sistemática da literatura nos hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*. 2023; 57(2): 1-33. <https://doi.org/10.1590/0034-761220220238>
22. Ministerio de Salud del Perú. Gestión presupuestaria del sector salud en el Perú. Desafíos y recomendaciones. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5471.pdf>
23. Villarroel S. Health workforce planning: brief historic route of Chilean policies. *Medwave*. 2016; 16(10). <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.10.6611>
24. Capasso A, Colomar M, Ramírez D, Serruya S, de Mucio B. Digital health and the promise of equity in maternity care: A mixed methods multi-country assessment on the use of information and communication technologies in healthcare facilities in Latin America and the Caribbean. *PLoS ONE*. 2024; 19: 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298902>
25. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Informe de Gestión 2023. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Documents/Informe-de-gestion-290124.pdf>
26. Vlasova, J. Budget risks of Russian federation regions, determination and the application in the budget process. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015; 6(4): 362-368. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n4s4p362>
27. Rozo I, Díaz F, de Jesús Y, Ordoñez M, Ospina L. Risk management framework as technovigilance support at sterilization unit in the San Jose Hospital (Colombia). *Communications in Computer and Information Science*. 2018; 877. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95204-8_37
28. Fonseca M, da Shadlen K, Bastos I. The politics of COVID-19 vaccination in middle-income countries: Lessons from Brazil. *Social Science and Medicine*. 2021; 281(May):114093. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114093>
29. Marín C, Cruz M, Martín M. Qualitative analysis of health preparedness policies in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*. 2023; 47. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.131>
30. Chi J, Hu S. Research on the Application of HRP-based Budget Management System in Hospitals. *ACM International Conference Proceeding Series*. 2021. <https://doi.org/10.1145/3510858.3510947>
31. ¿Mira J, Carrillo I, García, E, Andrade D, Pavan P, ¿Franco A, ¿Campos, E, Poblete R, Limo J, Siu H, Sousa P. What Ibero-American hospitals do when

things go wrong? A cross-sectional international study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2020; 32(5). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>

32. Rocha S, da Santana N, Araújo E, Dancigelo A. Análise bibliométrica dos estudos no Brasil sobre gestão de custos em hospitais Bibliometric. *Revista De Gestão E Secretariado*. 2024; 15(12): 1-21. <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i12.4536>

33. Banduhn C, Schlächtermann J. Profitability analysis of clinical risk management. *Gesundheitswesen*. 2013; 75(5). <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343440>

34. Schlächtermann J. Betriebswirtschaft und Management. 2016. <https://www.zvab.com/9783954662463/Schl%C3%BChtermann-Betriebswirtschaft-Management-3954662469/plp>

35. Agostinis G, Parthenay K. Exploring the determinants of regional health governance modes in the Global South: A comparative analysis of Central and South America. *Review of International Studies*. 2021; 47(4). <https://doi.org/10.1017/S0260210521000206>