



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO PARA UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE LA LIBERTAD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
GESTIÓN EN SALUD

LUISA CRISTINA ASTOCONDOR LOPEZ
FIORELLA DEL PILAR FLORES FIGUEROA
ANDREA CECILIA RIVAS NIETO
ANGIELINA ELIZABETH ROSALES ANCA

LIMA – PERÚ

ASESOR

Dr. Fidel Victor Manuel Santamaria Cruz

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MG. PATRICIA PAREDES OJEDA

PRESIDENTE

MG. JOSE LUIS GARCIA SAAVEDRA

VOCAL

MG. MARIANA LUISA CARRACEDO VIZARRETA

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

A mis padres y a mi hermana, por su amor incondicional, por acompañarme y ser soporte, ejemplo de fe y confianza en cada etapa de mi vida.

A mis compañeras de tesis, por compartir este proceso, gracias por su compromiso y compañerismo que fortaleció nuestro crecimiento profesional y personal.

Luisa

A mis padres, a mi esposo y a mis hijos, por su incondicional apoyo y constante motivación, que me han permitido seguir adelante y enfrentar nuevos retos.

Agradezco a mis queridas amigas Andrea, Luisa y Angielina por su valioso respaldo y por todo lo que he aprendido a lo largo de este proceso, esperando que podamos seguir trabajando para mejorar la salud en nuestro país.

Fiorella

A mi familia, que ha sido mi mayor inspiración. Gracias por su apoyo, su paciencia y por enseñarme que la educación es el camino hacia un futuro mejor.

A todos los usuarios de los servicios de salud del Perú, reiterando mi compromiso con la mejora continua de la gestión de los servicios de salud.

Andrea

A Dios, por ser mi guía y fortaleza.

A mis padres, por su amor, esfuerzo y enseñarme que las metas se alcanzan con trabajo y humildad.

A mis abuelos, que desde el cielo me acompañan en cada paso.

A mí misma, por mi perseverancia para transformar los sueños en realidad.

Angie

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo invaluable, y a nuestro asesor por su valiosa guía, paciencia y dedicación durante el desarrollo de esta tesis.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Trabajo de investigación Autofinanciado



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ASTOCONDOR LOPEZ LUISA CRISTINA
2.	FLORES FIGUEROA FIORELLA DEL PILAR
3.	RIVAS NIETO ANDREA CECILIA
4.	ROSALES ANCA ANGIELINA ELIZABETH

Pertenecientes al programa de la **MBA EN GESTIÓN DE SALUD**, autores del trabajo titulado: **PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO PARA UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE LA LIBERTAD**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN GESTIÓN EN SALUD** bajo la modalidad de **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	SANTAMARIA CRUZ FIDEL VICTOR MANUEL	EPGVAC	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **12%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2999435179**; fecha de entrega: **17-07-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de julio de 2026**

Firma del asesor
Nº DNI: 43314191
ORCID: 0000-0001-8145-5792

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS
LISTA DE FIGURAS

RESUMEN
ABSTRACT

Introducción	1
Capítulo I: Situación General de la Organización	4
1.1 El Sistema de Salud en el Perú.....	4
1.2 El Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT)	5
1.3 Población Usuaría y Jurisdicción.....	6
1.4 Perfil Epidemiológico	6
1.5 Futuro del HRDT	7
Capítulo II: Visión, Misión, Valores y Código de Ética.....	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Declaración de la Visión.....	10
2.3 Declaración de la Misión	11
2.4 Valores	11
2.5 Código de Ética.....	13
Capítulo III: Evaluación Externa	14
3.1 Características geográficas.....	14
3.2 Características demográficas.....	15
3.3 Densidad poblacional y características de la organización urbana	16
3.4 Organización política local	16
3.5 Determinantes sociales de la salud.....	17
3.6 Análisis del entorno PESTE.....	20
3.6.1. Fuerzas Políticas, Gubernamentales y Legales (P).....	20
3.6.2. Fuerzas Económicas y Financieras (E)	24
3.6.3. Fuerzas Sociales, Culturales, y Demográficas (S)	26
3.6.4. Fuerzas Tecnológicas y Científicas (T)	27
3.6.5. Fuerzas Ecológicas y Ambientales (E)	29
3.7 Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)	31
3.8 La Empresa y Sus Competidores	32

3.8.1. Poder de negociación de los proveedores	33
3.8.2. Poder de negociación de los compradores	34
3.8.3. Amenaza de los sustitutos	34
3.8.4. Amenaza de entrantes	35
3.8.5. Rivalidad de los competidores	36
3.9 Matriz de Perfil Competitivo (MPC)	37
3.10 Matriz de Perfil Referencial (MPR).....	40
Capítulo IV: Evaluación interna	42
4.1. Análisis Interno	42
4.1.1. Administración y Gerencia	43
4.1.2. Marketing y Ventas	46
4.1.2.1 Precio.	47
4.1.2.2 Plaza.	48
4.1.2.3 Productos.....	48
4.1.2.4 Promoción	49
4.1.2.5 Personas	50
4.1.2.6 Evidencia física	51
4.1.2.7 Procesos	51
4.1.3. Operaciones, Logística e Infraestructura	52
4.1.4. Finanzas y Contabilidad	54
4.1.5. Recursos Humanos.....	57
4.1.6. Sistemas de Información y Comunicaciones.....	59
4.1.7. Tecnología, Investigación y Desarrollo.....	61
4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI).....	64
Capítulo V: Intereses del Hospital Regional Docente de Trujillo y Objetivos a Largo Plazo	66
5.1 Intereses organizacionales.....	66
5.2 Potencial organizacional	67
5.2.1. Producto.....	67
5.2.2. Económico.....	67
5.2.3. Geográfico	67
5.2.4. Tecnología y Avance Científico	68
5.2.5. Histórico-Psicológico-Sociológico	68
5.3 Principios cardinales	69

5.3.2. <i>Los lazos pasados y presentes</i>	69
5.3.3. <i>El balance de intereses</i>	69
5.3.4. <i>La conservación de los competidores</i>	70
5.4 Matriz de Intereses Organizacionales (MIO).....	70
5.5 Objetivos a Largo Plazo	71
Capítulo VI: El Proceso Estratégico	74
6.1 Matriz FODA	74
6.2 Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA)	78
6.3 Matriz Boston Consulting Group (BCG)	81
6.4 Matriz Interna y Externa (IE).....	83
6.5 Matriz de la Gran Estrategia (GE)	84
6.6 Matriz de Decisión Estratégica	86
6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)	89
6.8 Matriz Rumelt	92
6.9 Matriz de Ética	93
6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia	93
6.11 Matriz de Estrategia Versus Objetivos a Largo Plazo	95
6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores	97
Capítulo VII Implementación Estratégica.....	100
7.1 Objetivos a Corto Plazo	100
7.2 Recursos asignados a los Objetivos de Corto Plazo	103
7.2.1 <i>Recursos financieros</i>	103
7.2.2 <i>Recursos físicos</i>	103
7.2.3. <i>Recursos humanos</i>	104
7.2.4 <i>Recursos tecnológicos</i>	104
7.3 Políticas de cada estrategia	105
7.3.1 <i>Estrategia 1: Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital</i>	106
7.3.2 <i>Estrategia 2: Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales</i>	106
7.3.3 <i>Estrategia 3: Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención</i> 107	
7.3.4 <i>Estrategia 4: Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital</i>	107

7.3.5 Estrategia 5: Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente	108
7.3.6 Estrategia 6: Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda	108
7.4 Estructura organizacional.....	110
7.5 Medioambiente, Ecología y Responsabilidad Social	112
7.6 Recursos Humanos y Motivación	113
7.7 Gestión del cambio	114
7.8 Cadena de valor propuesta	115
Capítulo VIII. Evaluación Estratégica	118
8.1 Perspectivas de control	118
8.1.1. Aprendizaje interno.....	119
8.1.2. Procesos internos.....	121
8.1.3. Clientes (Pacientes)	125
8.1.4. Perspectiva financiera	127
8.2 Cuadro de Mando Integral	129
9.1 Análisis Competitivo del Entorno.....	132
9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector.....	132
9.2.1. Condiciones de los factores	133
9.2.2. Condiciones de la demanda	134
9.2.3. Contexto para la estrategia y rivalidad de las empresas	135
9.2.4. Sectores afines y auxiliares.....	135
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones	138
10.1 Conclusiones	138
10.2 Recomendaciones	140
10.3 Futuro de la organización.....	142
Referencias Bibliográficas	144

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. *Matriz de Evaluación de Factores Externos.*

Tabla 2. *Matriz de Perfil Competitivo.*

Tabla 3. *Matriz de Perfil Referencial.*

Tabla 4. *Presupuesto del Hospital Regional Docente Trujillo (HRDT).*

Tabla 5. *Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI).*

Tabla 6. *Matriz de Intereses Organizacionales (MIO).*

Tabla 7. *Matriz FODA.*

Tabla 8. *Evaluación de la Posición Estratégica Interna y Externa.*

Tabla 9. *Matriz de Decisión Estratégica.*

Tabla 10. *Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico MCPE.*

Tabla 11. *Matriz de Rumelt.*

Tabla 12. *Matriz de Ética.*

Tabla 13. *Matriz de Estrategia Versus Objetivos a Largo Plazo.*

Tabla 14. *Matriz de Posibilidades de los Competidores.*

Tabla 15. *Objetivo a Largo Plazo y Objetivos a Corto Plazo.*

Tabla 16. *Políticas.*

Tabla 17. *Matriz de Estrategias Versus Políticas.*

Tabla 18. *Perspectiva del aprendizaje interno.*

Tabla 19. *Perspectiva de procesos internos.*

Tabla 20. *Perspectiva de los clientes (pacientes).*

Tabla 21. *Perspectiva financiera.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. *Marco Conceptual de los determinantes sociales de la salud.*

Figura 2. *Perú: Población asegurada a algún seguro de salud en 2023.*

Figura 3. *Ciclo operativo de la organización.*

Figura 4. *Organigrama del Hospital Regional Docente de Trujillo.*

Figura 5. *Proceso de Teleconsulta.*

Figura 6. *Matriz MPEYEA.*

Figura 7. *Matriz BCG.*

Figura 8. *Matriz Interna y Externa.*

Figura 9. *Matriz de la Gran Estrategia.*

Figura 10. *Organigrama (2026 -2030) del Hospital Regional Docente de Trujillo.*

Figura 10. *Cadena de valor.*

Figura 11. *Cuadro de Mando Integral.*

Figura 12. *Modelo del Diamante Competitivo de Porter.*

RESUMEN

El presente documento tiene como objetivo el desarrollar un plan estratégico institucional para el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) para el período 2026-2030, orientado a la transformación digital y modernización de la gestión hospitalaria. Se aplicó el modelo de planeamiento estratégico de D'Alessio, incluyendo análisis Político, Económico, Social, Tecnológico y Económico (PESTE), matrices FODA, Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE) e Internos (MEFI), Matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA), Matriz Boston Consulting Group (BCG), Matriz Interna-Externa, y Cuadro de Mando Integral. Se realizó evaluación del entorno externo e interno, análisis competitivo y formulación de estrategias mediante matrices cuantitativas. Se definió una nueva visión institucional centrada en la innovación tecnológica y se establecieron cuatro objetivos a largo plazo: (1) implementar historia clínica informatizada en el 100% de servicios de hospitalización, (2) establecer gestión por procesos en 30% de oficinas administrativas, (3) actualizar el 100% de guías de práctica clínica incluyendo telesalud, y (4) lograr que el 100% de consultas de referencia/contrarreferencia sean atendidas mediante telemedicina. Se retuvieron seis estrategias principales enfocadas en integración de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), mejora de infraestructura, implementación de telemedicina y optimización de procesos. Se desarrollaron 23 objetivos de corto plazo con indicadores específicos bajo cuatro perspectivas de control. El plan estratégico posiciona al HRDT como hospital innovador en el norte del Perú, estableciendo una ruta clara hacia la excelencia mediante transformación digital,

gestión basada en evidencia y fortalecimiento del capital humano, respondiendo a las necesidades de salud de la región La Libertad.

PALABRAS CLAVES

Planificación Estratégica, Hospitales Públicos, Perú

ABSTRACT

The purpose of this document is to develop an institutional strategic plan for the Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) for the period 2026–2030, oriented toward digital transformation and modernization of hospital management. The D'Alessio strategic planning model was applied, including Political, Economic, Social, Technological, and Economic (PESTE) analysis; SWOT matrix; External (MEFE) and Internal (MIFE) Factor Evaluation Matrices; Strategic Position and Action Evaluation (SPACE) Matrix; Boston Consulting Group (BCG) Matrix; Internal–External Matrix; and Balanced Scorecard.

An assessment of the external and internal environment, competitive analysis, and strategy formulation using quantitative matrices were conducted. A new institutional vision centered on technological innovation was defined, along with four long-term objectives: (1) implement electronic health records in 100% of inpatient services, (2) establish process-based management in 30% of administrative offices, (3) update 100% of clinical practice guidelines to include telehealth, and (4) ensure that 100% of referral/counter-referral consultations are conducted through telemedicine. Six main strategies were retained, focused on integrating Information and Communication Technologies (ICT), improving infrastructure, implementing telemedicine, and optimizing processes.

Twenty-three short-term objectives with specific indicators were developed under four control perspectives. The strategic plan positions HRDT as an innovative hospital in northern Peru, establishing a clear path toward excellence through digital transformation, evidence-based management, and strengthened human capital, responding to the health needs of the La Libertad region.

KEYWORDS

Strategic Planning, Public Hospitals, Peru

Introducción

El proceso estratégico constituye un enfoque sistemático y secuencial que busca transformar organizaciones mediante la planificación estratégica integral. Este modelo, desarrollado ampliamente y adaptado a la realidad peruana por D'Alessio (2014) y basado en los aportes de David (2017), representa una evolución de los fundamentos establecidos por pioneros como Ansoff (1965) y Porter (1998), quienes sentaron las bases conceptuales de la estrategia empresarial moderna. El proceso se estructura en etapas interconectadas que van desde el análisis situacional hasta la implementación y control, proporcionando un marco integral para la toma de decisiones estratégicas (Ansoff, 1980; D'Alessio, 2014; David & David, 2017; Porter, 1998).

La primera fase del proceso estratégico se fundamenta en un análisis exhaustivo del entorno externo e interno de la organización. D'Alessio (2014) enfatiza la importancia de este diagnóstico situacional, que encuentra sus raíces en el trabajo seminal de Andrews (1971) sobre el análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). Esta etapa incorpora herramientas de análisis del macroentorno, como el modelo PESTE (político, económico, social, tecnológico y ecológico, el cual fue desarrollado por Aguilar (1967), así como el examen de las fuerzas competitivas desarrollado por Porter en 1980. El resultado es un diagnóstico integral que identifica las variables críticas del entorno y las capacidades organizacionales, estableciendo la base informativa para todas las decisiones estratégicas (Aguilar, 1967; Porter, 1998).

La segunda etapa del proceso se centra en la formulación y selección de estrategias, donde D'Alessio integra los aportes de diversos teóricos estratégicos,

incluyendo las contribuciones metodológicas de David (2017), quien proporciona un marco sistemático para el desarrollo estratégico organizacional. Esta fase incluye la definición de los elementos direccionales de la organización (visión, misión, valores y código de ética) siguiendo los lineamientos establecidos por Collins y Porras (1994) en su investigación sobre organizaciones visionarias. David (2017) enfatiza la importancia de formular declaraciones de misión y visión claras y motivadoras que guíen el comportamiento organizacional. Posteriormente, se procede al establecimiento de objetivos de largo plazo y la generación de estrategias alternativas mediante matrices de análisis estratégico. Tanto D'Alessio como David proponen herramientas analíticas complementarias: mientras D'Alessio desarrolla la matriz de evaluación de factores externos (MEFE), la matriz de evaluación de factores internos (MEFI) y matrices FODA especializadas, David (2017) aporta la matriz de posición estratégica y evaluación de acciones (PEYEA), la matriz del Boston Consulting Group (BCG) y la matriz interna-externa (IE), que permiten evaluar sistemáticamente las alternativas estratégicas y seleccionar aquellas que mejor se alineen con los recursos y capacidades organizacionales frente a las condiciones del entorno competitivo (Collins & Porras, 1994; D'Alessio, 2014; David & David, 2017).

Finalmente, el modelo contempla una fase crítica de implementación y control estratégico, donde las estrategias seleccionadas se operacionalizan a través de objetivos de corto plazo, políticas, asignación de recursos y ajustes en la estructura organizacional. Esta etapa reconoce los hallazgos de investigadores como Hrebiniak (2006) y Kaplan y Norton (1996), quienes han documentado que la mayoría de los fracasos estratégicos ocurren durante la implementación y no

necesariamente en la formulación. David (2017) complementa esta perspectiva al proponer un enfoque integral de implementación que incluye temas organizacionales, administrativos y de recursos humanos como elementos críticos para el éxito estratégico. Por ello, tanto D'Alessio (2014) como David incorporan mecanismos de evaluación y control continuo, particularmente a través del Balanced Scorecard de Kaplan y Norton, que permite realizar ajustes oportunos y garantiza que la organización mantenga el rumbo hacia su visión estratégica a pesar de las dinámicas cambiantes del entorno empresarial (D'Alessio, 2014; David & David, 2017; Hrebiniak, 2013; Kaplan & Norton, 1992).

En conclusión, el proceso estratégico propuesto por D'Alessio, que considera la realidad de nuestro país, y enriquecido con las contribuciones metodológicas de David y otros teóricos prominentes, constituye un marco integral para la gestión estratégica. La convergencia de estos enfoques teóricos proporciona a las organizaciones contemporáneas un conjunto de herramientas y metodologías que facilitan la navegación exitosa en entornos empresariales cada vez más complejos y dinámicos. La efectividad de este proceso radica no solo en su rigor analítico y sistemático, sino también en su capacidad de adaptación a diferentes contextos organizacionales, lo que lo convierte en un instrumento fundamental para el logro de ventajas competitivas sostenibles y el cumplimiento de objetivos estratégicos a largo plazo.

Capítulo I: Situación General de la Organización

Con más de seis décadas de funcionamiento, el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) es uno de los dos hospitales de nivel III–1 en la región. Su rol es fundamental para garantizar el acceso a servicios especializados, particularmente para poblaciones vulnerables. Su integración como hospital docente refuerza su compromiso con la formación de recursos humanos en salud y con la mejora continua de la atención.

1.1 El Sistema de Salud en el Perú

El sistema de salud peruano se caracteriza por una estructura fragmentada y segmentada, compuesta por diferentes entidades proveedoras y financiadoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) se organizan en tres niveles de atención:

- Nivel I (atención primaria): puestos y centros de salud.
- Nivel II (atención especializada básica): hospitales de mediana complejidad.
- Nivel III (atención especializada de alta complejidad): hospitales como el HRDT, con capacidad resolutive avanzada.

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) garantizan el financiamiento, siendo las más relevantes: Seguro Integral de Salud (SIS) para población sin capacidad de pago, EsSalud (Seguro Social de Salud) para trabajadores formales y sus beneficiarios, Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, y seguros privados (Norma Técnica de Salud N°021, 2011; OECD, 2025).

Esta segmentación genera retos en la articulación, calidad y cobertura, especialmente en contextos de alta demanda como emergencias (Cotlear et al., 2015; OECD, 2025). Este contexto es importante para poder entender el rol de las IPRESS en atender la demanda de atención en salud, en especial en el sector público.

1.2 El Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT)

El HRDT está ubicado en la costa norte de la ciudad de Trujillo. Perteneció a la Unidad Ejecutora 402 de La Libertad Salud Norte Ascope y es administrado por la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de La Libertad. Inició sus actividades el 18 de diciembre de 1963, y en la década de 1970 se consolidó como centro de referencia en el norte del país (*Información institucional*, s. f.). Actualmente, el HRDT está categorizado como hospital de nivel III-1, según la Resolución Gerencial N.º 1184-2009-GRLL-GGR/GRS, ofreciendo atención ambulatoria y hospitalaria especializada.

Entre los principales hitos de modernización del HRDT se incluyen la instalación de la planta generadora de oxígeno y aire comprimido en el 2007, la ampliación de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la creación de la Unidad de Cuidados Especiales de Pediatría en 2008. Adicionalmente, entre 2011 y 2016, se realizó la implementación de historia clínica informatizada en todos los consultorios. Actualmente, el Hospital se encuentra en proceso de acreditación nacional para la calidad, en cumplimiento de los estándares definidos por la Superintendencia Nacional de Salud (Gobierno Regional La Libertad, 2023a).

El HRDT ofrece atención integral a través de múltiples servicios especializados como medicina, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y

especializada, UCI neonatal, pediátrica y de adultos, emergencia las 24 horas del día, centro quirúrgico, rehabilitación, laboratorio, imágenes, farmacia, psicología y nutrición. Según el Registro Nacional de IPRESS, el HRDT contaba con 248 camas de hospitalización en 2017, aunque este número incrementó a alrededor de 300 luego de la pandemia de COVID-19 (Gobierno Regional La Libertad, s. f.; SUSALUD, 2025). El Hospital es además un centro docente-asistencial de referencia, brindando formación a estudiantes de pregrado y posgrado de diversas universidades (HRDT, s. f.-a).

1.3 Población Usuaría y Jurisdicción

El HRDT atiende principalmente a la población del departamento de La Libertad, especialmente de la provincia de Trujillo. En 2017, esta población era de aproximadamente 1,905,644 habitantes, con una tasa bruta de natalidad de 18.6% y una tasa de mortalidad de 5.4%, sin embargo, el Instituto Nacional de Estadística (INEI) prevé que la población incremente hasta un aproximado de 2,155,943 habitantes en 2025, lo que generaría mayor demanda de atención (INEI, s. f., 2024c).

La jurisdicción del HRDT incluye las provincias de Trujillo, Ascope, Patate, Bolívar, Julcán, Otuzco, Pacasmayo, Chepén y Gran Chimú. Respecto a las principales características demográficas, la mayoría de los pacientes pertenece a estratos de extrema pobreza, pobreza o vulnerabilidad, beneficiarios del SIS (HRDT, s. f.-a).

1.4 Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico de la región se caracteriza por la coexistencia de enfermedades transmisibles endémicas y un creciente predominio de enfermedades

no transmisibles (ENT). En cuanto a los eventos más recientes, La Libertad reportó 49,931 casos de dengue en 2024, lo que representa un notable aumento en comparación con los 26,502 casos registrados en 2023 (Ministerio de Salud, s. f.).

Paralelamente, se observa un incremento sostenido de ENT como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y enfermedades cardiovasculares, que se han convertido en principales causas de consulta y hospitalización, especialmente en adultos y adultos mayores. Esta doble carga de enfermedad, transmisible y no transmisible, es común en muchos países latinoamericanos y representa un reto significativo para la atención oportuna y eficiente de la población (Flores et al., 2025).

En este contexto, la pandemia de COVID-19, iniciada en 2019, exacerbó la situación. El Perú fue uno de los países más afectados en el mundo, con altas tasas de mortalidad y letalidad (Curioso et al., 2020; Liu et al., 2022). El HRDT se vio obligado a reorganizar sus servicios para responder a la emergencia sanitaria, priorizando áreas críticas como emergencia y UCI. No obstante, ante la elevada demanda, se impulsó el proyecto de expansión del hospital, que se detalla en la siguiente sección (Gobierno Regional La Libertad, 2024).

1.5 Futuro del HRDT

Se prevé que, para fines de 2025, se iniciará con la construcción de la nueva sede bajo la modalidad de Gobierno a Gobierno, a cargo del consorcio UK Health Care del Reino Unido. El futuro Hospital contará con una infraestructura robusta que incluye 519 camas hospitalarias, 84 consultorios, 32 salas de procedimiento, 7 tópicos de emergencia, 87 salas de observación de emergencia, y 5 áreas de shock trauma, además de 15 salas de operaciones. También dispondrá de 4 salas de parto,

51 camas de cuidados intensivos para adultos, 21 camas UCI pediátricas, 40 camas UCI neonatales, 18 unidades de hemodiálisis y 17 unidades de quimioterapia. En total, se equipará con más de 28 mil dispositivos médicos de última generación, distribuidos en 26 unidades prestadoras de servicios de salud (Gobierno Regional La Libertad, 2024).

Capítulo II: Visión, Misión, Valores y Código de Ética

Este capítulo establece los principios fundamentales que guían el accionar del HRDT. A través de la revisión y actualización de su visión, misión, valores institucionales y código de ética, se busca reforzar el compromiso del hospital con una atención centrada en la persona, el fortalecimiento de la docencia y la innovación en salud. Estos elementos orientan la planificación estratégica del HRDT para el periodo 2025–2030, promoviendo una gestión moderna, transparente y con enfoque en calidad, que responda eficazmente a los desafíos actuales del sistema sanitario y a las necesidades de la población de La Libertad.

2.1 Antecedentes

El HRDT brinda atención a pacientes desde hace más de 60 años en beneficio de la comunidad de la Región La Libertad; sin embargo, pese al incremento progresivo de la demanda asistencial, la capacidad de infraestructura y recurso humano no ha evolucionado proporcionalmente para satisfacer estas necesidades. Al 2017, se calculaba una necesidad de alrededor de 500 camas, cuando en ese entonces no superaba las 250 (RPP, 2017). El nosocomio continúa ofreciendo servicios de atención especializada, enfrentando desafíos como la limitada disponibilidad de cupos en determinadas unidades, así como la obsolescencia tecnológica del laboratorio y del departamento de imágenes. Las mejoras recientes implementadas en el Hospital han respondido principalmente a los diversos decretos de emergencia emitidos ante la situación epidemiológica de la región, como el caso del incremento de enfermedades infecciosas prevalentes, entre ellas el Dengue (Ministerio de Salud, s. f.). Si bien luego de la pandemia de

COVID-19, el número de espacios de atención incrementó (HRDT, s. f.-a), aún existen brechas para la atención de la demanda.

Respecto a la implementación de recursos tecnológicos para la atención de pacientes, se ha consolidado el uso de la historia clínica informatizada en todos los consultorios, y se ha activado el sistema de teleconsultas mediante el Programa Nacional de Telemedicina. Estas iniciativas buscan mejorar progresivamente la calidad de atención a los usuarios y optimizar los indicadores de productividad institucional. La telemedicina constituyó, además, un recurso esencial en el contexto de la pandemia por COVID-19, pues ante la necesidad de mantener el distanciamiento social, esta herramienta facilita la realización de consultas e interconsultas médicas, garantizando la continuidad de la atención sin comprometer la seguridad sanitaria (Curioso et al., 2023).

2.2 Declaración de la Visión

La visión actual del HRDT es: “Ser al 2025, un hospital acreditado, que brinde servicios de salud que estén a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos del país, aplicando estrategias de gestión moderna y con talento humano altamente comprometido.” (HRDT, s. f.-a). Tomando en cuenta las ventajas que implica la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la prestación de los servicios de salud, se desea reflejar en la visión la aplicación de éstas, con la finalidad de mejorar la gestión de recursos humanos, materiales y financieros y para la optimización de procesos. Por ello, planteamos la siguiente visión para el periodo 2025 – 2030:

“Al 2030, ser un hospital innovador en el uso de recursos tecnológicos e informáticos, con personal altamente capacitado, que lleven a la excelencia los servicios ofertados, para mejorar la salud de la región La Libertad”.

2.3 Declaración de la Misión

El HRDT posee actualmente la siguiente misión: “Somos un hospital, que brinda servicios de salud especializados de alta complejidad, garantizando la accesibilidad a la población y contribuye a la formación de profesionales de salud.” (HRDT, s. f.-a). En la misma línea de la visión destacando la importancia de la integración de los instrumentos tecnológicos, se desea enfatizar en la incorporación de innovación y uso de recursos tecnológicos como estrategia en el siguiente periodo, por lo que planteamos un nuevo enunciado:

“Somos un hospital que provee servicios especializados de salud con calidad humana y tecnológica, garantizando la atención oportuna de la población. Ejercemos de manera continua la docencia e investigación, contribuyendo al progreso de la ciencia e innovación a nivel regional.”

2.4 Valores

Los valores institucionales del HRDT se alinean con el Código de Conducta del Gobierno Regional de La Libertad (Gobierno Regional La Libertad, 2020) y reflejan el compromiso del hospital con la salud y el bienestar de la población. Estos valores guían el accionar diario del personal de salud, fortalecen la cultura organizacional, y promueven un entorno ético, colaborativo y centrado en el paciente.

- **Respeto:** Implica reconocer la dignidad, derechos y diferencias de todas las personas, tanto de los usuarios como del personal del hospital. Se manifiesta en un trato humanizado, equitativo y sin discriminación.
- **Probidad:** Representa la integridad y honestidad en el desempeño de las funciones públicas. Implica actuar con transparencia, ética y rectitud, evitando cualquier acto de corrupción o conflicto de interés.
- **Responsabilidad:** Refleja el compromiso de cumplir con los deberes institucionales, asumir las consecuencias de los actos y decisiones, y velar por el uso eficiente y eficaz de los recursos públicos.
- **Compromiso:** Es la identificación del personal con la misión del hospital y su disposición para contribuir activamente a la mejora continua de los servicios de salud, priorizando el bienestar de la comunidad.
- **Trabajo en equipo:** Promueve la colaboración, comunicación efectiva y sinergia entre los distintos profesionales y áreas del hospital, con el objetivo de brindar una atención integral y coordinada.
- **Calidad:** Se refiere a la búsqueda constante de la excelencia en los procesos y servicios brindados, mediante la implementación de estándares técnicos, éticos y humanos que garanticen la seguridad y satisfacción de los usuarios.
- **Innovación:** Implica la adopción de tecnologías modernas y buenas prácticas que mejoren la eficiencia, la atención al usuario y la gestión institucional, asegurando el adecuado manejo de la información y una cultura de mejora continua.

2.5 Código de Ética

Los trabajadores del HRDT deben realizar sus labores de acuerdo a sus funciones en la institución, siendo coherentes con los valores propuestos, y con un alto grado de ética y profesionalismo y responsabilidad social. Todas estas directivas se alinean con el documento existente del Código de Conducta del Gobierno Regional La Libertad (Gobierno Regional La Libertad, 2020).

La gestión hospitalaria debe ser realizada desde la base del respeto a la vida, con una honestidad intachable, y mantener la información transparente mediante sus plataformas de comunicación, rechazando absolutamente toda forma de corrupción.

Se debe mantener un ambiente fraterno y que propicie el intercambio intelectual, con el objetivo de ser una sede docente donde se fomente la excelencia académica, tanto en pregrado como posgrado.

El Hospital se identifica como el pionero de la región en innovación tecnológica, logrando adecuados diagnósticos y manejo de enfermedades de alta complejidad, a la vez que se mantiene un control estricto de la seguridad de la información de los usuarios, asegurando la confidencialidad y resguardo de los datos.

La institución mantiene además un permanente compromiso con el medio ambiente, promoviendo la utilización de recursos de manera racional, y un adecuado manejo de los residuos sólidos peligrosos según la normativa vigente.

Capítulo III: Evaluación Externa

La comprensión integral del entorno externo constituye un elemento fundamental para el análisis estratégico de cualquier institución de salud, ya que los factores geográficos, demográficos, políticos y sociales influyen directamente en la demanda de servicios, la planificación de recursos y la efectividad de las intervenciones sanitarias. En el caso del HRDT, la evaluación externa permite identificar tanto las oportunidades como los desafíos que presenta su área de influencia, considerando las características particulares de la región de La Libertad y su capital provincial. Este capítulo examina sistemáticamente los determinantes externos, desde su ubicación geográfica estratégica hasta los determinantes sociales de la salud que caracterizan a la población que atiende.

3.1 Características geográficas

El HRDT se ubica en la ciudad de Trujillo, capital de la provincia homónima en la región de La Libertad, Perú. Aunque su jurisdicción principal abarca la zona norte de la región, el hospital tiene la capacidad de recibir referencias no solo de su área inmediata, sino también de otras provincias e incluso de regiones aledañas en casos especializados (Gobierno Regional La Libertad, 2023a).

La región de La Libertad, que alberga al Hospital, se extiende sobre 25,500 km² en el noroeste peruano, con una compleja configuración geográfica. Sus límites abarcan los departamentos de Lambayeque, Cajamarca y Amazonas al norte, San Martín al este, Huánuco y Áncash al sur, y el océano Pacífico al oeste. Administrativamente, la región comprende doce provincias y ochenta y tres distritos (Banco Central de la Reserva del Perú, s. f.).

Trujillo, capital regional y sede del HRDT, se asienta en el valle del río Moche, a 34 metros sobre el nivel del mar. Su ubicación geográfica es estratégica: una zona costera de paisaje desértico, rodeada de valles fértiles que contrastan con el árido entorno. Distante aproximadamente 554 kilómetros de Lima, la ciudad representa un punto de convergencia entre los terrenos costeros y los primeros contrafuertes andinos (Municipalidad Provincial de Trujillo, s. f.). Esta posición privilegiada ha sido históricamente crucial para el desarrollo económico y cultural, constituyéndose como un nodo importante de comunicación y comercio en el norte peruano.

3.2 Características demográficas

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la región de La Libertad presenta una composición demográfica significativa: cuenta con aproximadamente 2,130,000 habitantes en total, de los cuales cerca de 1,200,000 residen en la provincia de Trujillo. La ciudad de Trujillo, núcleo urbano principal, alberga aproximadamente 350,000 habitantes y es la tercera ciudad más poblada del norte peruano (INEI, 2024c). Sin embargo, la Municipalidad de Trujillo espera un crecimiento poblacional importante en los siguientes 15 años, proyectando una población de 1,500,000 habitantes al 2040 (Municipalidad Provincial de Trujillo, s. f.)

En términos de estructura etaria, la población muestra un perfil predominantemente joven. Conforme a datos del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, el 31% de la población es menor de 18 años, mientras que el 69% comprende personas de 18 años o más. Dentro de este último grupo, el rango de edad entre 5 y 9 años representa el segmento poblacional más numeroso,

lo que sugiere un importante bono demográfico para la región (INEI, 2024c; RENIEC, 2023).

3.3 Densidad poblacional y características de la organización urbana

La densidad poblacional de la provincia de Trujillo alcanza aproximadamente 670 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo ésta mayor en su zona urbana (INEI, 2024c). La ciudad de Trujillo se estructura en torno a un centro histórico consolidado, rodeado de expansiones urbanas que reflejan diferentes períodos de crecimiento urbano. El desarrollo urbano de la ciudad muestra un patrón de crecimiento fundamentalmente horizontal, con barrios y urbanizaciones que se expanden hacia las zonas periféricas. Esta expansión ha generado una estructura metropolitana compleja, donde coexisten zonas de alto desarrollo con áreas de menor consolidación urbana (Vega Llerena, 2024).

3.4 Organización política local

El HRDT se ubica en la jurisdicción de la Municipalidad Provincial de Trujillo, pero su financiamiento y gestión dependen del pliego presupuestal del Gobierno Regional, con supervisión del Ministerio de Salud (Gerencia Regional de Salud La Libertad, 2016). El Hospital depende administrativamente del Gobierno Regional de La Libertad, específicamente de la Gerencia Regional de Salud (GERESA), en el marco de la Ley N° 27867 de Gobiernos Regionales. Su estructura organizacional se configura bajo un modelo de gestión pública descentralizada, donde el Director del Hospital es designado por concurso público y reporta directamente a la Gerencia Regional de Salud (Ley Orgánica de Gobierno Regionales, 2003).

3.5 Determinantes sociales de la salud

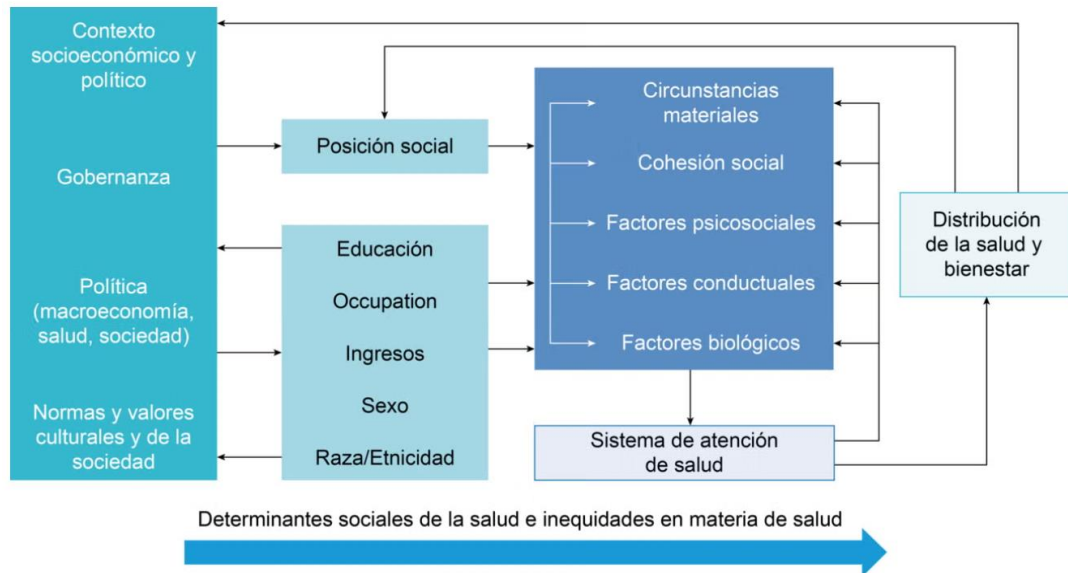
Los determinantes sociales de la salud son los factores sociales, económicos, culturales, psicológicos y ambientales que influyen de manera significativa en el estado de salud de individuos y comunidades. Estos determinantes explican por qué algunas personas son más propensas a experimentar problemas de salud que otras, más allá de las condiciones biológicas individuales. El marco conceptual que presenta la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera factores relacionados al contexto social, económico, político y cultural en el que viven las personas, así como su posición social, educación, ocupación, ingresos, sexo y etnicidad. Estos determinantes estructurales y condiciones materiales influyen en los factores intermedios como el acceso a servicios de salud, las condiciones psicosociales y conductuales (OPS, 2025).

En conjunto, estas características determinan la distribución de la salud y el bienestar. La Figura 1 ilustra cómo estos distintos niveles de determinantes interactúan entre sí, destacando la necesidad de intervenciones multisectoriales para reducir las inequidades en salud.

Figura 1

Marco Conceptual de los determinantes sociales de la salud.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Tomado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2025).

Respecto a la jurisdicción del HRDT, existe una compleja interacción de factores socioeconómicos que impactan directamente en el bienestar de la población. Según estudios del MINSA, el nivel socioeconómico presenta una marcada estratificación: casi el 30% de la población de la Libertad vive en condiciones de pobreza, con ingresos menores al salario mínimo, lo que limita su acceso a servicios básicos de salud (INEI, 2024b). El Aseguramiento Universal a través del Seguro Integral de Salud ha incrementado sus afiliados en los últimos años, logrando una mejor cobertura. En 2023, 86,3% de los habitantes de La Libertad tenían acceso a algún seguro de salud. Sin embargo, la oferta no se ha incrementado con la misma velocidad, lo que ha generado dificultades para la provisión de servicios a la demanda (CEPLAN, 2022).

Otro tipo de cobertura como el que ofrece EsSalud, podría constituir un alivio para la demanda en la jurisdicción. Sin embargo y en este contexto, el empleo y la condición laboral emergen como factores determinantes ya que este tipo de aseguramiento se obtiene usualmente como parte de los beneficios laborales en el país. La tasa de informalidad laboral aproximada es 72%, lo que implica menor cobertura del EsSalud, recayendo el exceso de demanda inevitablemente en los hospitales del MINSA, como es el HRDT (INEI, 2019, 2024b). Los trabajadores informales y población en situación de precariedad económica presentan mayores barreras para acceder a atención médica preventiva y tratamientos continuos (Sabastizagal-Vela et al., 2020).

Pese al incremento en servicios de cobertura y acceso a salud en los últimos años, la educación se configura como un determinante crítico adicional, ya que se relaciona con las oportunidades laborales anteriormente mencionadas. La población evidencia disparidades significativas entre zonas urbanas y rurales. El analfabetismo alcanza un 5.6% en la región, con mayor incidencia en población adulta mayor y comunidades rurales. Este factor educativo impacta directamente en la comprensión de prácticas de autocuidado y prevención en salud (Ministerio de Cultura, 2022).

Las condiciones de vivienda y acceso a servicios básicos constituyen otro determinante fundamental. Un 22% de la población en Trujillo presenta deficiencias en infraestructura sanitaria, con limitaciones en acceso a agua potable y saneamiento. El hacinamiento afecta aproximadamente al 18% de los hogares, condición que incrementa los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas. Los hogares se ven también afectados por la inseguridad alimentaria. La

alimentación y nutrición representan otro componente crítico. Estudios nutricionales revelan que el 14.5% de niños menores de 5 años en la región presentan desnutrición crónica, mientras que el 35.5% de la población adulta muestra sobrepeso u obesidad, reflejando problemas nutricionales complejos relacionados con condiciones socioeconómicas y hábitos alimenticios (INEI, 2024a).

La compleja interacción de determinantes sociales en la jurisdicción del HRDT evidencia desafíos estructurales profundos que limitan el acceso efectivo a servicios de salud, configurando un escenario que demanda intervenciones integrales más allá del sector salud. Abordar estas inequidades requiere un enfoque multisectorial que articule estrategias en educación, empleo, vivienda y seguridad social para transformar los condicionantes que reproducen la vulnerabilidad sociosanitaria.

3.6 Análisis del entorno PESTE

3.6.1. Fuerzas Políticas, Gubernamentales y Legales (P)

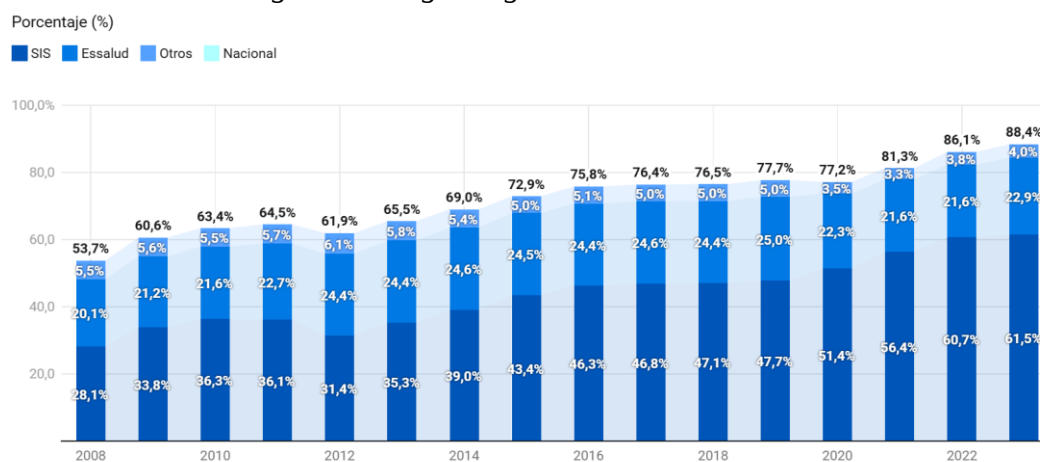
En el Perú, según la Constitución, la salud es considerada un derecho y con el propósito de brindarla con igualdad y equidad, se han desarrollado diferentes normativas y políticas bajo la rectoría del MINSA y recomendaciones de la OMS. Existe, como marco legal, la Ley General de Salud que establece las características mínimas que deben cumplir los establecimientos de salud para su funcionamiento, y la Ley 2914, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud que es importante para el conocimiento de la población respecto a los estándares mínimos que deben esperar al acudir a un establecimiento en el momento

que requieran atención sanitaria (Ley General de Salud, 1997; Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, 2009).

En los últimos años, una de las leyes más importantes establecidas ha sido la Ley 29344 del Marco de Aseguramiento Universal en Salud, siendo prioridad en el desarrollo de la salud en el país con el propósito de brindar atención a las personas en condición de pobreza (Wilson et al., 2009; Zavala-Curzo, 2023). Desde su implementación en el año 2004, se ha incrementado el porcentaje de personas aseguradas. Como se puede observar en la Figura 2, al 2023, 88.4% de personas cuenta con algún seguro de salud, siendo en su mayoría afiliados al SIS (61.5%) (CEPLAN, 2024).

Figura 2

Perú: Población asegurada a algún seguro de salud en 2023.



Tomado de CEPLAN (CEPLAN, 2024.).

La Ley del Marco de Aseguramiento Universal ha permitido una modernización del sistema de salud, brindando cobertura a la demanda de atención de las personas aseguradas tanto en el primer, segundo y tercer nivel de complejidad. Se plantea como objetivo el incrementar la promoción de la salud en la atención primaria, según la carga de enfermedad de los últimos años. Las enfermedades crónicas son las más prevalentes, entre ellas las de salud mental,

hipertensión arterial y diabetes mellitus, por lo cual el aseguramiento universal tendrá un impacto positivo en el desarrollo de la población peruana (Wilson et al., 2009). Asimismo, una prioridad nacional es el aplicar tecnología de información y comunicación que conlleva a una mejora en los servicios ofertados a la población, basado en recientes leyes promulgadas entre ellas la Ley de Creación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas N° 30024, la Ley Marco de Telesalud N° 30421, la Ley de Protección de Datos Personales y Firmas y Certificados Digitales N° 29733 y el proyecto de Estrategia de Gobierno Digital del Sector Salud del 2019 -2022 (Ministerio de Salud, 2020).

Por otro lado, el sistema de salud en el Perú se mantiene fragmentado y segmentado, lo que se asocia a la descentralización de las entidades prestadoras de salud por gobiernos regionales. En la actualidad se ha visto afectado por los cambios en la coyuntura política, baja aprobación de la gestión gubernamental y cambios de presidentes y de ministros del sector. Esto ha conducido a cambios de los dirigentes de la GERESA, lo que implica que es posible que haya estancamiento de políticas promovidas por gestiones pasadas. Asimismo, esto impacta en la gestión de los hospitales de la red entre ellos del HRDT con cambio en la dirección y en los diferentes puestos de confianza de la institución (CEPLAN, 2022; Gozzer et al., 2021; OECD, 2025)..

Respecto a otras normativas que regulan la provisión de servicios de salud está la Ley N°30057, Ley del Servicio Civil, con la finalidad de introducir la meritocracia y mejorar las remuneraciones del personal. Al implementarse esta ley, se eliminará progresivamente el régimen por Contrato Administrativo de Servicios (CAS) y los contratos por terceros para la contratación de recursos humanos en

salud. Estos tipos de contrato no proveen las condiciones adecuadas para proteger al colaborador al tener que ser renovados cada año. Por otro lado, con la nueva Ley del Servicio Civil, tendrán el beneficio social de pago de dos gratificaciones al año (julio y diciembre), y de la Compensación por Tiempo de Servicios (Ley del Servicio Civil, 2013). Esto trae un cambio importante en los establecimientos de salud ya que implica un incremento en la sección del presupuesto asignado para planilla, que genera una necesidad de planificación más exhaustiva de recursos humanos.

En cuanto a la parte operativa, en el HRDT, la adquisición de insumos y contrataciones está regida por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones para el Estado, lo que implica conocer el proceso de adquisición desde el usuario final, hasta el proceso en administración, logística y planificación. Otra de las normativas que es pertinente para el HRDT es la Ley de Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. Al migrar hacia la historia clínica electrónica (HCE) se requiere un análisis establecido para conocer los parámetros que aseguran un adecuado funcionamiento, interoperabilidad y protección de los datos de los usuarios (Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, 2013). Finalmente, es importante destacar que en la actualidad existe una entidad supervisora de las IPRESS, así como de las IAFAS, que es la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Entre sus funciones está la protección de los derechos en salud, así como la prevención de la vulneración de éstos (Mezones-Holguín et al., 2016; SUSALUD, s. f.).

Como parte de esta sección, se identificó como oportunidad la legislación a favor de mejoras en la oferta de los servicios de salud y en el uso de herramientas

tecnológicas y comunicación y como amenaza las supervisiones y penalidades impuestas por SUSALUD y el Órgano de Control Institucional (OCI) en los establecimientos y personal de salud.

3.6.2. Fuerzas Económicas y Financieras (E)

En los últimos años la economía peruana ha presentado dos periodos de crecimiento económico. La primera fue entre 2002 y 2013, donde se presentó un incremento del producto interno bruto (PBI) de 6.1% anual, con la aplicación de reformas favorables que permitieron una baja inflación, incremento de empleo y reducción de 52.2% para el 2005 hasta un 26.1% en el año 2013 en relación con la pobreza y una caída del 30.9% hasta un 11.4% en relación con la pobreza extrema. Y el otro periodo importante en la economía del país se dio entre los años 2014 y 2017 donde se presentó una desaceleración de la expansión económica, a raíz de una disminución de los precios de las materias primas (minerales), generando menores ingresos fiscales y disminución del consumo, aunque el impacto sobre PBI no fue negativo, ya que siguió en aumento, manteniendo la inflación dentro del rango meta del Banco Central de la Reserva. Luego de la pandemia por COVID-19, hubo un aparente incremento hasta 2021 alcanzando un 13.4%, para el último reporte del Banco Mundial para 2024, el PBI estaba en 3.3%, lo que denota una marcada desaceleración (Banco Central de la Reserva del Perú, s. f.; The World Bank, s. f.).

En publicaciones recientes se evidencia que el Perú invierte cerca del 3% de su PBI en la salud, siendo este porcentaje menor a los vecinos países de América Latina dedican hasta el 6%. En el caso de las naciones miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OECD), el gasto en este rubro llegó en el 2018

al 8.8% en promedio y se espera que en el 2030 supere el 10%. Mientras los países de la OECD están en alrededor de 7 a 8%, debiendo considerarse diferentes medidas que permitan el incremento de este porcentaje, ya que el Perú tiene como objetivo el ingresar a los países que conforman la OECD (OECD & The World Bank, 2020; Zúñiga-Olivares et al., 2025).

En relación al presupuesto designado para innovación y tecnología, no supera el 0.17% del PBI según el diario Gestión en 2025, ubicándose el país en el puesto 80 del Índice Global de Innovación (Gestión, 2025b; *Peru Ranking in the Global Innovation Index 2025.*, s. f.). La innovación en salud es crucial para un adecuado crecimiento y ampliación de la oferta de servicios. Sin embargo, el panorama se ve muy limitado al ver la baja inversión a nivel país (Cabezas, 2010).

Desde el 2019, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ha incrementado progresivamente el presupuesto destinado a salud, lo que implicó para el gobierno regional de La Libertad un aumento en el presupuesto institucional de apertura, constituido por cinco fuentes de financiamiento: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados, recursos por operaciones oficiales de crédito, donación y transferencias, y recursos determinados (canon y sobre canon). Este presupuesto, es el que es asignado directamente del Gobierno Regional y es distribuido a las respectivas unidades ejecutoras, entre ellas la del HRDT (HRDT, s. f.-d; Zúñiga Olivares, 2024).

En base a la información revisada, se estableció como oportunidad el incremento del presupuesto para el gasto de salud a nivel nacional, y como amenaza, el bajo presupuesto asignado para innovación y desarrollo de tecnología y comunicación por debajo de estándar mundial, el bajo presupuesto en salud y la

limitada asignación para infraestructura y contratación de personal especializado, así como la poca oferta de establecimientos de atención primaria en la región operativos.

3.6.3. Fuerzas Sociales, Culturales, y Demográficas (S)

Hoy en día también los ciudadanos son más conscientes de sus derechos en salud, en parte por las campañas realizadas por SUSALUD, que protege los derechos en salud, y la promoción de la Ley de los Derechos de los Usuarios de Salud. Es por esto que se ha propuesto que la salud pública sea responsabilidad social de los gobiernos, con el objetivo de desarrollar una acción colectiva para la protección, promoción, y mejoramiento de salud de las personas. El empoderamiento de la población se ha producido no solo a nivel individual sino también colectivo, mediante las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS), donde se produce una retroalimentación mutua entre los sistemas institucionales y los sistemas ciudadanos, por lo cual la integración de los derechos de usuarios y servicios de salud oportunos y de calidad benefician el desarrollo de toda la población (Gil-Quevedo et al., 2017; Jeri-De-Pinho, 2018; Mezones-Holguín et al., 2016).

A pesar de la mejora en la supervisión y la demanda de servicios, la oferta sigue siendo una limitante. A nivel regional, las deficiencias en recursos humanos, financieros e infraestructura restringen la capacidad de atención en salud (Espinoza-Portilla et al., 2021). Como hospital de tercer nivel, el HRDT debería priorizar la atención especializada; sin embargo, la sobredemanda responde, en parte, a la debilidad del primer nivel de atención. En La Libertad, la baja densidad de médicos en atención primaria y la centralización de la demanda en el tercer nivel generan

saturación del sistema, como ocurrió recientemente con el aumento de casos de dengue, muchos de los cuales podrían haberse manejado en el primer nivel (Defensoria del Pueblo, 2023).

En base al análisis desarrollado se identifica como oportunidad al empoderamiento y el conocimiento sobre derechos de salud por parte de los usuarios y como amenazas el incremento de población con enfermedades crónicas y la sobredemanda de atención en hospitales de tercer nivel.

3.6.4. Fuerzas Tecnológicas y Científicas (T)

La integración de las tecnologías de información y comunicación (TIC) con el sistema de servicios de salud es un proceso que está redefiniendo el futuro de la atención de salud en el mundo (Curioso & Mechael, 2010; Ramírez Pérez et al., 2022). El empleo de las TIC es considerado como un medio para alcanzar los objetivos propuestos por el sistema de salud. Se definen como herramientas (radio, televisión, telefonía, computadoras e Internet) que facilitan la comunicación y el proceso de transmisión de información por medios electrónicos, con la finalidad de mejorar el bienestar de los individuos. Sin embargo, uno de los inconvenientes que enfrenta el sector salud para aplicar las TIC es la escasez de recursos humanos competentes (Curioso et al., 2023; Curioso-Vilchez & Coronel-Chucos, 2022).

Ante esto, ha surgido innovaciones como la Telesalud, que es el uso de tecnologías de avanzada en telecomunicaciones para intercambiar y brindar servicios de atención en salud, resolviendo aquellas dificultades presentes como las barreras geográficas, temporales, sociales y culturales (Curioso et al., 2020, 2023). Es decir, permite a los servicios de salud llegar donde las personas se encuentran, donde viven, donde trabajan y requieren una atención. Esta herramienta ha

demostrado ser útil en cuanto a la recuperación de la salud, la detección precoz, la prevención de daños y riesgos, y la promoción de estilos de vida saludables (Gozzer Infante, 2015). Asimismo, su uso ha demostrado ser costo-efectivo, disminuyendo el costo del transporte (Kim et al., 2024; Snoswell et al., 2022). Las experiencias desarrolladas en Telesalud en el país permiten afirmar que existe habilidad en el uso de tecnologías, interés y creatividad (Allpas-Gómez, 2019; Curioso et al., 2020). Por otro lado, en muchos países se ha demostrado la utilidad de la Telesalud para compensar la ausencia de recursos humanos especializados y contribuir a un acceso equitativo en salud (Kim et al., 2024; Snoswell et al., 2022).

La salud móvil o mSalud es un componente de la Telesalud que utiliza dispositivos como teléfonos móviles, dispositivos personales de monitoreo de funciones vitales, computadoras de bolsillo actualmente en desuso (PDA) y otros dispositivos inalámbricos. Hace uso de las funciones del celular (mensajes de texto, correos de voz), y funcionalidades más complejas, como el servicio general de paquetes vía radio (GPRS), telecomunicaciones móviles de tercera y cuarta generación (3G y 4G), sistema de posicionamiento global (GPS) y Bluetooth (OMS, s. f.). En Perú, el acceso a esta tecnología es bastante alto, es así que en el año 2018 el 30,7% de las personas tenían acceso a internet en los hogares, mientras que el 90,7% contaban con teléfono celular. Según el informe técnico más reciente del INEI (2025) sobre estadísticas de acceso a las TIC en los hogares, al menos el 95,6 de la población peruana tiene acceso al menos a una TIC (celular); sin embargo, en el área rural este porcentaje desciende hasta 86,8%, mostrando las diferencias entre zonas rurales y urbanas (INEI, 2025).

La salud móvil y en especial los dispositivos electrónicos móviles se están convirtiendo en un medio para mejorar: (a) el acceso a la información, promoción y educación en salud; (b) el diagnóstico de enfermedades; (c) el apoyo, control, seguimiento y adherencia al tratamiento médico; (d) la recolección de información, monitoreo de enfermedades y vigilancia epidemiológica; (e) el entrenamiento al personal de salud; entre otros (Beratarrechea et al., 2016; Krishnan et al., 2015; Rubinstein et al., 2016). En el país las experiencias de mSalud que van desde la entrega de información de salud usando celulares, al registro de datos a distancia y diagnóstico remoto; demostraron tener un gran potencial para mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud, logrando un aumento en la efectividad de los programas de salud pública y reduciendo los costos de la asistencia sanitaria (Augustovski et al., 2017). Asimismo, se ha demostrado que las tecnologías móviles son aceptadas por la población, y que su uso adecuado en salud contribuirá a disminuir las brechas en la asistencia médica; reduciendo la falta de profesionales de salud y equipamiento en los establecimientos de salud, la alta dispersión de la población y la escasez de infraestructura (carreteras, transporte, conectividad) (Jones-Esan et al., 2024).

Del análisis de fuerzas tecnológicas y científicas se determinó como oportunidad el tener innovación y tecnología como pilar de desarrollo para la atención de los usuarios, además, para la integración de servicios intra e interinstitucionales.

3.6.5. Fuerzas Ecológicas y Ambientales (E)

Los diferentes brotes epidémicos entre ellos dengue y tuberculosis, la pandemia por COVID-19, y el impacto generado por el recurrente Fenómeno del

Niño Costero con siete huaicos afectando a 232,342 personas, denotan que aún no se ha podido implementar de manera adecuada las medidas de prevención y control de enfermedades y el restablecimiento de las condiciones normales de la ciudad por parte del gobierno regional de la Libertad, aunque sí se ha implementado planes de contingencia (HRDT, 2020, 2023). Asimismo, se han reportado conflictos sociales de tipo socio ambiental y laboral en la ciudad de Trujillo y otras provincias. Por lo tanto, los esfuerzos deben estar dirigidos a la implementación de diferentes medidas que permitan bienestar en la población liberteña (Correo, 2022).

Entre otros aspectos, la ciudad de Trujillo presenta una crisis sanitaria debido a la falta de un sistema de recojo de basura, desde la salida de la empresa que proveía ese servicio a la municipalidad provincial. Desde febrero de 2019, toneladas de basura se acumulan en las calles. La municipalidad y el Sindicato de Trabajadores del Servicio de Gestión Ambiental de Trujillo (SEGAT) han realizado esfuerzos para adquirir y poner en marcha compactadoras para la recolección de los desechos. Estos residuos son llevados a un botadero llamado El Milagro donde la mayoría de prestadores de salud, tanto públicos como privados, desechan sus residuos, aunque existen instituciones que contratan empresas que se encargan del manejo de este material. A raíz de este manejo inadecuado, SEGAT ha manifestado hacer mayor mantenimiento al equipamiento, además de incluir inversión privada y concesión a 25 años para el manejo de residuos en una planta. En dicha área se manejará residuos de diferentes sectores incluyendo desechos hospitalarios (Gob.pe, s. f.-b; República, 2019).

Como parte de las funciones del HRDT, se cuenta con un plan de contingencia para respuesta a respecto a la gestión de residuos sólidos el HRDT

cuenta con una planta de manejo de residuos sólidos hospitalarios a cargo del departamento de Salud Ambiental, siguiendo las directivas de la Resolución Ministerial N°217-2004/MINSA y la Norma Técnica N°008- MINSA/DGSP-V.01: "Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios". Dicha planta se maneja desde hace 20 años y recibe alrededor de 450 kilos de contenido biológico por día. Se utiliza el sistema autoclave, el cual esteriliza, quema y seca por medio de vapor sin incineración. Mediante este proceso se eliminan productos hidratantes, químicos, residuos del departamento de anatomía patológica y laboratorio, entre otros.

Se identifica como oportunidad el marco legislativo existente, y la creación de planes de contención ante eventos climatológicos y emergencias epidemiológicas. Como amenaza se identifica la deficiente gestión de residuos sólidos por parte de la región, y la demora y la vulnerabilidad ante la recurrencia del Fenómeno del Niño.

3.7 Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)

A partir del análisis PESTE y la identificación de oportunidades y amenazas en los distintos sectores, se elaboró la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE). A cada elemento se le asignó un peso, con una sumatoria total de 1, y un valor en una escala del 1 al 4, donde 1 representa la menor capacidad de respuesta frente a una amenaza, y 4 indica el mayor aprovechamiento de una oportunidad (D'Alessio, 2014). Con estos valores se calculó la ponderación correspondiente. El análisis arrojó un puntaje de 1,7 para las oportunidades y 0,8 para las amenazas, lo que sugiere que el entorno es favorable, dado que el puntaje asociado a las oportunidades supera al de las amenazas. No obstante, el puntaje total fue de 2,5, ubicándose en el límite entre un adecuado aprovechamiento de las oportunidades y

una respuesta efectiva frente a las amenazas (**Tabla 1**). Este análisis, indica la necesidad de postular estrategias para lograr un mejor balance, utilizando las oportunidades a favor de los objetivos del Hospital, a la vez de reducir el impacto de las amenazas.

Tabla 1

Matriz de Evaluación de Factores Externos. Elaboración propia.

	Peso	Valor	Ponderación
OPORTUNIDADES			
1. Legislación a favor de mejoras en la oferta de los servicios de salud y de servicios que involucran a las tecnologías de la comunicación	0,1	3	0,3
2. Incremento en el presupuesto para el gasto de salud a nivel nacional	0,2	4	0,8
3. Empoderamiento de los usuarios sobre derechos en salud	0,05	3	0,15
4. Capacitación continua por parte del Gobierno Regional	0,05	3	0,15
5. Incentivos económicos por el cumplimiento de metas	0,1	3	0,3
TOTAL OPORTUNIDADES			1,7
AMENAZAS			
1. Fenómenos climatológicos	0,1	1	0,1
2. Sobredemanda de atención en hospitales del tercer nivel de atención por limitada oferta en el primer nivel	0,1	1	0,1
3. Incremento de la población con enfermedades crónicas y de alto costo	0,05	2	0,1
4. Supervisiones y penalidades impuestas por SUSALUD y OCI	0,1	2	0,2
5. Presupuesto designado para innovación y desarrollo por debajo del estándar mundial	0,05	2	0,1
6. Limitada asignación de presupuesto para infraestructura y personal especializado	0,05	2	0,1
7. Alta tasa de informalidad limita el uso de medios digitales de pago.	0,05	2	0,1
TOTAL AMENAZAS			0,8
VALOR PONDERADO TOTAL	1		2,5

3.8 La Empresa y Sus Competidores

El contexto en el que se encuentra el HDRT tiene diferentes actores que influyen en su participación en la industria de la salud de la región de La Libertad.

Por ello se realizó un análisis de la estructura de la industria propuesta por Porter (Porter, 1998), que se detalla a continuación.

3.8.1. Poder de negociación de los proveedores

El Estado es un atractivo comprador pues requiere un gran volumen de productos farmacéuticos. La adquisición de medicamentos y materiales se realiza de forma centralizada a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) (Gob.pe, s. f.-a), por lo que se realizan licitaciones para poder atraer postores. Si bien podría exigir precios más bajos, no implica necesariamente que obtenga propuestas, pues el precio referencial establecido puede estar por debajo de lo necesario para cubrir los gastos financieros, como las cartas fianza. Por lo tanto, el MINSA debe determinar un precio que sea atractivo para los postores. Entonces, la principal ventaja de los proveedores está en la imperiosa necesidad que tiene el Estado de satisfacer las necesidades de sus establecimientos de salud anualmente. En Trujillo, el sector salud de los proveedores está liderado por el sector público, siendo el MINSA (principalmente a través del SIS) el que cuenta con mayor cantidad de establecimientos, brindando mayor atención en consulta externa, en servicios de laboratorio y rayos X e internamiento (SUSALUD, 2025). Si este servicio no es de calidad hará que el cliente cambie de proveedor pudiendo ser uno del sector privado (clínicas).

El costo del servicio es un factor determinante para los usuarios de menores ingresos, quienes tienden a elegir la opción de menor costo, incluso si esto implica sacrificar calidad. Esta dinámica reduce el poder de negociación de los proveedores frente a estos clientes. En contraste, los usuarios con mayor poder adquisitivo valoran más la calidad del servicio, siempre que esta cumpla con sus expectativas,

lo que otorga mayor poder de negociación al proveedor (Alrubaiee & Alkaa'ida, 2011; Zeithaml, 1988). En este sentido, una posición negociadora más sólida e integrada por parte de los proveedores públicos, como el Ministerio de Salud (MINSA), puede fomentar una mayor utilización de sus servicios, al ofrecer atención de calidad sin generar gastos de bolsillo para los usuarios.

3.8.2. Poder de negociación de los compradores

El HRDT no gestiona directamente la compra de sus insumos, sino que realiza un petitorio a través de la GERESA, el cual es enviado conjuntamente al CENARES. Este organismo, a través de su Centro de Adquisiciones y Donaciones, se encarga de la adquisición de los recursos en salud (Gob.pe, s. f.-a). Por lo tanto, el HRDT no tiene injerencia directa en la negociación con los proveedores. Sin embargo, al tratarse de un organismo centralizado que gestiona grandes volúmenes de adquisiciones, el CENARES puede negociar precios más competitivos mediante licitaciones y estudios de mercado.

3.8.3. Amenaza de los sustitutos

En la industria de la salud esto es un aspecto común, puesto que los usuarios al no recibir un servicio de salud oportuno por parte del Hospital acuden a otras instituciones de salud buscando satisfacer sus necesidades. Prefiriendo en varias ocasiones pagar citas en IPRESS privadas o médicos particulares. Más aún cuando la facilidad de acceder a estos servicios sustitutos es abundante y diverso. Si un sector no se distancia de los sustitutos mediante el desempeño de su producto, el marketing, o cualquier otro medio, sufrirá en términos de rentabilidad y, a menudo, de potencial de crecimiento (Porter, 2008). De igual manera otro de los factores que incrementa la amenaza del ingreso potencial de productos sustitutos radica en la

desconfianza en los servicios de salud públicos, ante ello los usuarios prefieren pagar un sustituto, usualmente del sector privado, que les ofrezca una calidad superior, ahorro de tiempo y diligencia de los servicios de salud. Los productos sustitutos pueden considerarse un indicador del atractivo y la competitividad de una industria (Chandra & Skinner, 2012; Porter, 2008). En el sector salud, este principio también aplica, ya que la disponibilidad de alternativas, como tratamientos, servicios o tecnologías médicas equivalentes, influye en la dinámica del mercado. En el caso del Perú, la industria de la salud ha mostrado un crecimiento sostenido en los últimos años, impulsando la aparición de nuevos productos y servicios que amplían las opciones disponibles para los usuarios (Gestión, 2025a).

Siendo el HRDT una institución pública sin fines de lucro, los precios de los servicios y exámenes auxiliares son fijos, sin posibilidad de ser ajustados para favorecer la rentabilidad. Como se ha desarrollado en esta sección, entre los mayores sustitutos se encuentran las instituciones de salud privadas, que son preferidas por los pacientes debido a las diferentes limitantes del sistema de salud (Arroyo-Laguna & La Chira Villanueva, 2023).

3.8.4. Amenaza de entrantes

Es uno de los aspectos más conocidos, en donde la entrada y el poder de los nuevos competidores a la industria de la salud va a depender de varios aspectos, como el enfrentamiento con los competidores existentes, donde empiezan a crear una mayor competencia en cuanto a la tecnología, conocimiento especializado, servicios efectivos, precios, tiempo, calidad, marketing social, entre otros. Sin embargo, es frecuente que los nuevos competidores logren acceder fácilmente a la industria de la salud cuando cuentan con productos de una calidad superior al de

los existentes (Arroyo-Laguna & La Chira Villanueva, 2023), cuando llegan con innovación y tecnología y logran hacerse reconocer dentro del sector salud. Por ello es importante analizar la amenaza de entrada de nuevos competidores y formular estrategias sólidas; como aumentar la calidad de los productos, de los servicios, efectividad de los procesos, realizar un marketing social y reducir los precios. Se dice que un mercado es atractivo para nuevos participantes cuando las barreras de entrada son fáciles de traspasar, es decir cuando pueden obtener recursos para así tomar control de una parte del mercado (Porter, 2008).

Para los nuevos competidores el tema de las políticas gubernamentales no es una preocupación en vista que esta poco regulado y controlado, dándoles mayor facilidad de entrada a los nuevos competidores e incluso algunas regulaciones benefician a los nuevos competidores sobre los ya existentes. En contraste, el HRDT debe seguir los lineamientos establecidos por el MINSA y el Gobierno Regional, restringiendo su marco legal y reduciendo su flexibilidad de planeamiento o expansión.

3.8.5. Rivalidad de los competidores

El sistema de salud peruano dirige a los usuarios de salud hacia las instituciones según su modalidad de aseguramiento. Por ello, la población asignada al MINSA a través del SIS, no se sobrepone con aquella asignada a EsSalud. Cuando la demanda sobrepasa la capacidad resolutive del MINSA, los usuarios de los hospitales nacionales cuentan con opciones reducidas en el sector público, y buscan atención en el sector privado, que ha demostrado su capacidad de expansión a las regiones.

En los últimos diez años el crecimiento económico en provincias ha generado que la inversión en salud también se haya visto beneficiada, con la construcción de clínicas desde diferentes grupos que operaban ya en Lima y algunas otras provincias. Adicionalmente, iniciativas de inversión propias de la zona como el grupo San Pablo, Rímac; con la Clínica Internacional, Sanna y Red Auna, construyeron sucursales en Trujillo. Respecto a las más cercanas y que son competencia directa se encuentra la Clínica Peruano Americana, que queda geográficamente muy cerca al Hospital, y Salud Primavera que al inicio de sus operaciones y oferta asistencial tenía la misma tarifa que el Hospital para pacientes sin seguro como introducción al mercado.

Es decir, si bien el sector privado no constituye un competidor *per se* dada la naturaleza del HRDT como hospital público, es la opción más inmediata para la atención en salud, dado que la población asignada no logra acceder a otros servicios de salud estatales como los ofrecidos por EsSalud o la sanidad de las Fuerzas Armadas.

3.9 Matriz de Perfil Competitivo (MPC)

Con base en el análisis del entorno externo y de los competidores, se identificaron los actores principales del sector y se comparó su desempeño en relación con los factores clave del éxito. A cada factor se le asignó un peso, con una sumatoria total de 1. Posteriormente, se asignaron valores a cada institución evaluada según su desempeño en dichos factores, calculando un puntaje ponderado que permitió la comparación entre los distintos competidores (D'Alessio, 2014). El HRDT obtuvo un puntaje de 2,92. En comparación, la Clínica San Pablo de Trujillo alcanzó un puntaje superior (3,32), posicionándose por encima del HRDT. Le

siguió el Hospital Belén de Trujillo con un puntaje de 2,80, ubicándose en tercer lugar. Finalmente, el Policlínico Salud Primavera obtuvo el puntaje más bajo, debido principalmente a que no ofrece atención las 24 horas del día.

Esta evaluación muestra que, si bien el HRDT se encuentra en una posición competitiva por encima de otros establecimientos, aún no logra consolidarse como líder del sector. Esta situación se debe principalmente a deficiencias en infraestructura, limitaciones tecnológicas y demoras en la atención de citas, factores en los que presenta desventajas frente al líder del sector privado.

Tabla 2

Matriz de Perfil Competitivo. Elaboración propia.

Factores claves del éxito	Peso	Hospital Regional Docente de Trujillo		Hospital Belén de Trujillo		Salud Primavera		Clínica San Pablo de Trujillo	
		Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1. Prestigio	0,12	4	0,48	3	0,36	2	0,24	3	0,36
2. Calidad del Servicio	0,15	3	0,45	3	0,45	3	0,45	3	0,45
3. Ubicación estratégica	0,08	2	0,16	3	0,24	4	0,32	4	0,32
4. Precios competitivos	0,10	4	0,40	4	0,4	3	0,30	2	0,20
5. Eficiencia para la atención de citas	0,11	1	0,11	1	0,11	3	0,33	3	0,33
6. Cantidad de camas de hospitalización	0,10	3	0,30	3	0,3	1	0,10	3	0,30
7. Atención de emergencias 24 horas	0,09	4	0,36	4	0,36	1	0,09	4	0,36
8. Tecnología de última generación	0,09	2	0,18	2	0,18	4	0,36	4	0,36
9. Infraestructura moderna	0,08	2	0,16	2	0,16	4	0,32	4	0,32
10. Servicios médicos especializados	0,08	4	0,32	3	0,24	2	0,16	4	0,32
TOTAL	1,00		2,92		2,80		2,67		3,32

Nota: Fortaleza mayor=4, Fortaleza menor=3, Debilidad menor=2, Debilidad mayor=1

3.10 Matriz de Perfil Referencial (MPR)

Dado el contexto del HRDT, como hospital público que atiende principalmente a una población asegurada por el SIS, se realizó un análisis de referentes con instituciones que ofrecen servicios a una población similar. Se seleccionaron el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Nacional María Auxiliadora (HNMA), ambos pertenecientes al mismo nivel de atención, aunque ubicados en la ciudad de Lima. De forma análoga al análisis de competidores, se asignaron pesos, valores y se calculó un puntaje ponderado utilizando la misma escala del 1 al 4. El HNAL se posicionó como el primer referente, con un puntaje de 3,19, seguido muy de cerca por el HRDT (3,19) y luego el HNMA (2,89). El HNAL superó al HRDT principalmente por sus recursos tecnológicos y la mayor disponibilidad de camas.

Con un puntaje intermedio, puede afirmarse que el HRDT se encuentra en un nivel comparable al de los hospitales de referencia, lo que evidencia un desempeño competitivo dentro del sector público. No obstante, para alcanzar un liderazgo sostenido, resulta necesario priorizar inversiones en infraestructura, equipamiento tecnológico y mejoras en la capacidad resolutive, a fin de cerrar las brechas existentes respecto a los referentes nacionales.

Tabla 3*Matriz de Perfil Referencial. Elaboración propia.*

Factores claves del éxito	Hospital Regional Docente de Trujillo			Hospital Nacional Arzobispo Loayza		Hospital Nacional Maria Auxiliadora	
	Peso	Valor	Pond.	Valor	Pond.	Valor	Pond.
1. Prestigio	0,12	4	0,48	4	0,48	3	0,36
2. Calidad del Servicio	0,15	3	0,45	3	0,45	3	0,45
3. Ubicación estratégica	0,08	2	0,16	3	0,24	2	0,16
4. Precios competitivos	0,10	4	0,40	4	0,40	4	0,40
5. Eficiencia para la atención de citas	0,11	1	0,11	1	0,11	1	0,11
6. Cantidad de camas de hospitalización	0,10	3	0,30	4	0,40	3	0,30
7. Atención de emergencias 24 horas	0,09	4	0,36	4	0,36	4	0,36
8. Tecnología de última generación	0,09	2	0,18	3	0,27	3	0,27
9. Infraestructura y equipos modernos	0,08	2	0,16	2	0,16	2	0,16
10. Servicios médicos especializados	0,08	4	0,32	4	0,32	4	0,32
TOTAL	1,00		2,92		3,19		2,89

Capítulo IV: Evaluación interna

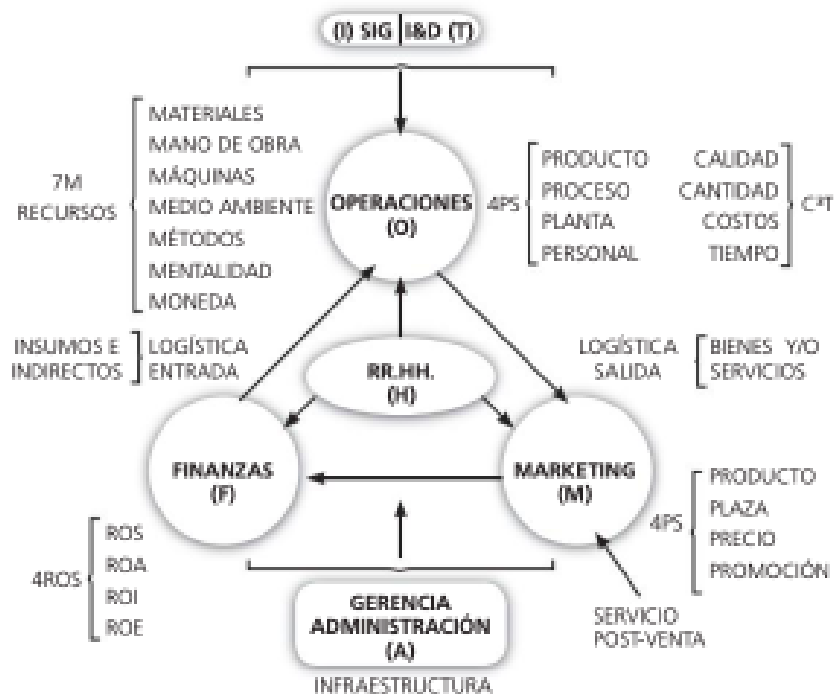
En este capítulo se analizará la situación interna de la organización, con el objetivo de identificar sus principales fortalezas y debilidades. La evaluación interna, como parte del proceso de planeamiento estratégico, constituye una herramienta clave para que el equipo directivo realice un diagnóstico acertado y cuente con insumos que orienten la formulación de estrategias y la toma de decisiones (D'Alessio, 2014).

4.1. Análisis Interno

La evaluación interna se orienta a identificar estrategias que permitan capitalizar las fortalezas y mitigar las debilidades de la organización. Toda entidad debe ser capaz de reconocer sus competencias distintivas, entendidas como aquellas fortalezas únicas que no pueden ser igualadas ni imitadas por la competencia. Para ello, mediante el análisis al que nos referiremos como AMOFHIT, se analizan los siete pilares fundamentales que conforman el ciclo operativo de toda organización (Figura 3), tanto pública como privada: administración/gerencia (A), marketing y ventas (M), operaciones y logística (O), finanzas y contabilidad (F), recursos humanos (H), sistemas de información y comunicación (I), y tecnología/investigación y desarrollo (T) (D'Alessio, 2014).

Figura 3

Ciclo operativo de la organización.



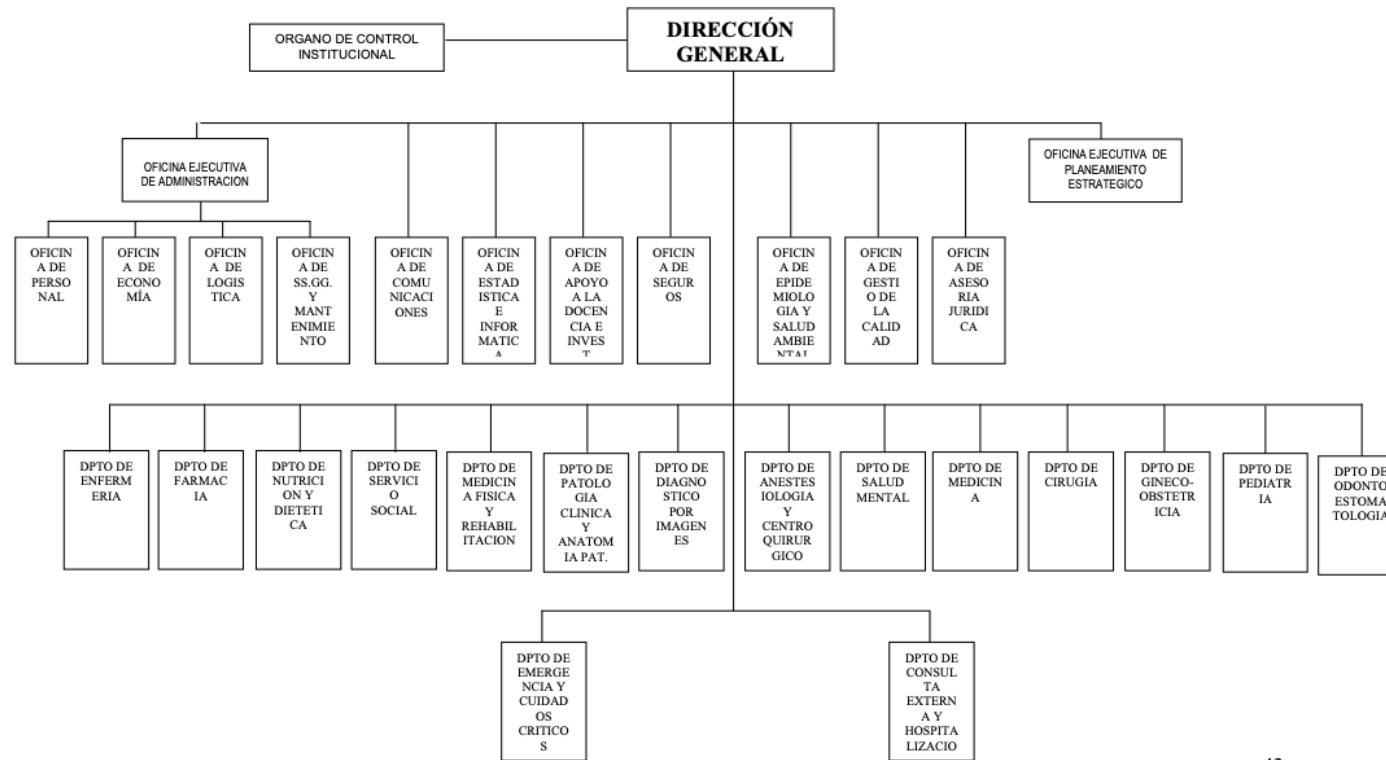
Tomado de: *El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia*, por F. A. D'Alessio 2014

4.1.1. Administración y Gerencia

El HRDT está conformado por diversas áreas funcionales claramente definidas, resumidas en la Figura 4. La Dirección General constituye el órgano de mayor jerarquía institucional. El Director General es el funcionario de más alto nivel, responsable de dirigir e implementar las políticas y normativas en materia de salud. Este cargo mantiene dependencia jerárquica directa de la Gerencia Regional de Salud de La Libertad. Por su parte, el OCI es responsable de ejecutar el control gubernamental en el HRDT, manteniendo dependencia técnica y funcional de la Contraloría General de la República, conforme a lo establecido en el artículo 15° de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.

Figura 4

Organigrama del Hospital Regional Docente de Trujillo



Tomado de: Hospital Regional Docente de Trujillo (s.f.). Recuperado el 16 de julio de 2025, de <https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/institucion/organigrama>

La estructura administrativa del HRDT está liderada por el Director General, quien, junto al Subdirector y al Administrador, conforman el equipo directivo principal. La organización se divide en dos grandes grupos: el personal médico y el personal administrativo. Aunque la política de diseño organizacional del HRDT establece un enfoque centrado tanto en el trabajador como en la institución, esta filosofía no siempre se ve reflejada en la práctica operativa diaria. Como institución pública, y en conformidad con los Convenios 87 y 98 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Constitución Política del Perú de 1993 y la Ley del Servicio Civil, el HRDT cuenta con tres asociaciones sindicales que representan a distintos grupos profesionales (Constitución Política del Perú, 1993; Ley del Servicio Civil, 2013; HRDT, s. f.-a; OIT, 1948, 1949). Estas organizaciones, reconocidas con personería jurídica, promueven y defienden los derechos laborales de los trabajadores, facilitando convenios en áreas como adquisición de viviendas, formación continua y acceso a préstamos, entre otros beneficios. No obstante, en los últimos años, se ha observado una progresiva disminución en la capacidad negociadora de estos sindicatos. Las dificultades para concertar soluciones con los organismos sindicales han derivado en el pasado en la interrupción de los servicios a los pacientes (HRDT, 2018; RPP, 2016), por lo que la dificultad de la atención a los reclamos de los trabajadores puede constituir una debilidad.

En cuanto a herramientas de gestión, el hospital dispone de Manuales de Organización y Funciones (MOF), Manuales de Procedimientos (MAPRO), así como de protocolos y guías clínicas. Sin embargo, una debilidad institucional identificada es que muchos de estos instrumentos no se encuentran actualizados, no

han sido formulados en su totalidad o no se implementan de manera efectiva. Además, se evidencia la ausencia de una unidad específica encargada de la gestión de riesgos y procesos, lo cual es una debilidad ante la necesidad de optimizar los procesos para la mejora de atención al paciente.

4.1.2. Marketing y Ventas

El marketing se centra en satisfacer la demanda de los consumidores a través de una oferta atrayente de bienes y servicios de una organización; este proceso permite crear estrategias frente a la competencia y la entrega de un valor (producto y/o servicio) al mercado (D'Alessio, 2014).

Como institución sanitaria dependiente del Estado y sin fines de lucro, el HRDT no orienta sus políticas hacia el incremento de ventas o la generación de mayor rentabilidad. En contraste, sus actividades están dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad en la población mediante la provisión oportuna de servicios de salud, y en el cumplimiento de ello está su éxito como institución. Estos logros contribuyen significativamente a construir una imagen institucional positiva.

Las iniciativas de marketing externo del Hospital agregan valor a los servicios de salud ofertados, lo que permite generar mayores recursos, atraer talento profesional e incrementar el uso de los servicios disponibles. En el ámbito interno, una aplicación efectiva del marketing facilita la optimización de recursos para implementar nuevos programas, mejorar los servicios existentes y desarrollar actividades que motiven y comprometan al personal, fortaleciendo así la colaboración hacia el cumplimiento de la misión y visión institucional (Kotler et al., 2019).

Para realizar un análisis integral del HRDT como institución prestadora de servicios de salud, se utilizó el modelo de las 7P's del marketing de servicios, el cual complementa las 4P's iniciales propuestas por Booms y Bitner (Zade et al., 2024). Este enfoque permite evaluar de manera más completa los distintos componentes que inciden en la calidad y percepción de los servicios brindados. A partir de este modelo, se identificaron las principales características del HRDT, considerando tanto las necesidades de salud de la población como el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la oferta de servicios disponibles.

4.1.2.1 Precio. Como entidad del Estado, el HRDT ofrece servicios y productos de salud subsidiados para usuarios no asegurados, estableciendo los precios más bajos del mercado. En el caso de los afiliados al SIS, el hospital aplica una tarifa preferencial para el reembolso de medicamentos y servicios, la cual no incluye el Impuesto General a las Ventas (IGV). Además, los asegurados al SIS no asumen ningún costo por estos servicios, dado que el seguro cubre el 100% de la atención brindada. Una de las debilidades del hospital es no poder modificar los precios, ya que son establecidos por acuerdo entre la unidad ejecutora del SIS, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), y el Gobierno Regional.

Para los pacientes no asegurados, el HRDT aplica un tarifario similar al de otros hospitales de tercer nivel ubicado en Trujillo, lo que lo posiciona como el establecimiento con los costos más accesibles dentro de su nivel de atención. Esta política tarifaria representa una fortaleza institucional, ya que facilita el acceso a los servicios de salud para la población sin cobertura, contribuyendo así a la equidad en la atención.

4.1.2.2 Plaza. El HRDT no cuenta con una jurisdicción territorial delimitada; sin embargo, su área de influencia se extiende principalmente a la ciudad de Trujillo y a diversas localidades de la región La Libertad. La mayor parte de su demanda proviene de personas afiliadas al SIS, aunque también atiende a población no asegurada que requiere servicios especializados. En cumplimiento de la Ley General de Salud y la Ley de Emergencia, HRDT tiene la obligación de brindar atención a cualquier persona que lo requiera, sin importar su lugar de procedencia o afiliación al sistema de salud (Ley General de Salud, 1997; Ley que modifica la Ley General de Salud N°27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos, 2001). Esto lo convierte en un centro de referencia regional, al que acuden pacientes de zonas rurales, provincias cercanas e incluso de otras regiones del norte del país, especialmente en casos de alta complejidad.

No obstante, el hospital también enfrenta una demanda insatisfecha, integrada por asegurados al SIS y personas no afiliadas, que no logran acceder a servicios de EsSalud ni a establecimientos pertenecientes a las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional, debido a la segmentación del sistema de salud. En este contexto, los usuarios con cierto poder adquisitivo suelen tener como única alternativa el acceso al sector privado, lo que refleja importantes brechas en la cobertura pública y pone en evidencia la presión constante que enfrenta el HRDT como prestador principal de servicios de salud para amplios sectores de la población.

4.1.2.3 Productos. Una de las principales fortalezas del HRDT es su amplio portafolio de servicios médicos especializados, que cubren tanto la atención

ambulatoria como la hospitalaria. Entre los servicios ofrecidos se encuentran: consulta externa en diversas especialidades y subespecialidades, salud dental, cirugía, hospitalización, atención de emergencia, laboratorio clínico, banco de sangre, diagnóstico por imágenes, centro de vacunación, programas de extensión social, nutrición, unidad de cuidados intensivos neonatal y general, rehabilitación, servicio social, farmacia y centro quirúrgico.

Estas prestaciones son respaldadas por un equipo de profesionales altamente capacitados, lo que garantiza una atención de calidad en cada una de las áreas mencionadas. Además, el HRDT ha incorporado la telemedicina como estrategia para ampliar los canales de atención y acercar los servicios especializados a poblaciones que enfrentan barreras geográficas o de acceso. Esta modalidad representa una fortaleza institucional con alto potencial de crecimiento, especialmente en el contexto de transformación digital del sistema de salud (HRDT, s.f.).

4.1.2.4 Promoción. El Hospital se adhiere al calendario de salud pública establecido por el Ministerio de Salud, participando activamente en campañas orientadas a la promoción de conductas saludables según la temática mensual definida (por ejemplo, prevención del cáncer, salud materno-infantil, vacunación, entre otras). Estas acciones están alineadas con el enfoque preventivo y educativo del sistema de salud pública.

Sin embargo, el hospital no cuenta con un sistema de promoción de servicios institucionalizado que le permita visibilizar su oferta hacia la población general, especialmente a personas no aseguradas. Esta situación responde, en parte, a su naturaleza no lucrativa, así como a la ausencia de un presupuesto específico

destinado a estrategias de comunicación o marketing social. Esta limitación representa una debilidad, ya que restringe su capacidad para acercarse proactivamente a segmentos poblacionales que podrían beneficiarse de sus servicios, afectando potencialmente la cobertura y el acceso equitativo.

4.1.2.5 Personas. El Hospital cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales que garantiza una atención integral a los pacientes. Su fuerza asistencial, una de las más diversas de la jurisdicción, incluye médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, nutricionistas, psicólogos y técnicos de enfermería. Las especialidades médicas se agrupan en siete grandes áreas: medicina y especialidades, cirugía y especialidades quirúrgicas, pediatría, emergencia, neonatología, ginecología-obstetricia y psiquiatría, además de las unidades de cuidados intensivos.

Este equipo asistencial está respaldado por personal administrativo, cuya función es principalmente de apoyo, con menor interacción directa con los usuarios. En cambio, el personal asistencial es el principal punto de contacto con los pacientes y cumple un rol fundamental en la percepción de la calidad del servicio, al transmitir el compromiso institucional y los valores del hospital.

No obstante, una debilidad importante es la elevada proporción de personal contratado bajo modalidades temporales como terceros y CAS, lo cual genera inestabilidad laboral, menor retención de talento y dificultades para atraer especialistas altamente calificados. Actualmente, el desempeño del personal se evalúa principalmente en función de su productividad, medida por el cumplimiento de metas de atención. Los incentivos se distribuyen a través de bonos de producción, en un sistema análogo al reparto de utilidades, lo que puede motivar el

rendimiento, pero también plantea desafíos en términos de calidad y enfoque centrado en el paciente.

4.1.2.6 Evidencia física. El HRDT está estratégicamente ubicado en una zona céntrica de la ciudad de Trujillo, lo que facilita el acceso para la población urbana y de distritos cercanos. Actualmente, cuenta con una capacidad instalada de 320 camas, lo que le permite atender una considerable demanda de servicios de salud de mediana y alta complejidad. No obstante, la infraestructura del hospital presenta vulnerabilidades frente a desastres naturales, particularmente ante fenómenos climáticos como El Niño, lo cual representa una potencial debilidad institucional. En respuesta a esta situación, el HRDT ha desarrollado un plan de contingencia específico frente al Fenómeno El Niño y lluvias intensas, con el objetivo de mitigar riesgos y garantizar la continuidad de los servicios en contextos de emergencia.

Como parte de las estrategias existentes de fortalecimiento, ya se ha programado el inicio de la construcción de una nueva sede hospitalaria para fines del año 2025. Esta futura infraestructura busca reducir significativamente la vulnerabilidad física del actual establecimiento, modernizar los espacios de atención y mejorar la capacidad de respuesta ante eventos adversos, posicionando al HRDT como un hospital de referencia más resiliente y preparado para los retos futuros.

4.1.2.7 Procesos. El proceso de atención en consulta externa para pacientes afiliados al SIS se realiza, en su mayoría, mediante el sistema de referencia desde establecimientos de menor complejidad. Una vez derivados al HRDT, los pacientes reciben atención médica especializada y, de ser necesario, se dirigen posteriormente

al laboratorio para la realización de exámenes complementarios y a la farmacia para la dispensación de medicamentos prescritos.

Sin embargo, este flujo de atención no está completamente automatizado. La dependencia de procesos manuales y documentación física, como recetas impresas y formularios, genera cuellos de botella, dificulta el monitoreo oportuno y contribuye a la lentitud e ineficiencia en la atención. Estas limitaciones afectan tanto la experiencia del paciente como la capacidad operativa del hospital. En cuanto a las reevaluaciones, los pacientes pueden solicitar nuevas citas dentro de la misma especialidad siempre que la referencia inicial siga vigente. No obstante, si requieren atención en una especialidad distinta, deben ser nuevamente referidos desde su establecimiento de origen.

Por otro lado, los pacientes no afiliados al SIS pueden solicitar sus citas directamente en el área de admisión, lo que simplifica su acceso, aunque implica costos que no todos pueden asumir. Finalmente, el HRDT aún no participa en esquemas de intercambio prestacional con otras instituciones del sector salud, como EsSalud, debido a la falta de convenios formales, lo que limita las posibilidades de coordinación y derivación interinstitucional.

4.1.3. Operaciones, Logística e Infraestructura

La estructura organizacional actual del HRDT presenta una debilidad significativa en cuanto a la integración de procesos internos. No se ha definido claramente cómo se articulan los distintos procedimientos dentro de las oficinas y servicios hospitalarios, lo que genera fragmentación operativa. Una de las principales limitaciones es la ausencia de una oficina o gerencia de operaciones en el organigrama institucional, lo cual restringe la capacidad del hospital para

planificar, coordinar y estandarizar procesos transversales. La creación de esta unidad representaría una oportunidad clave para optimizar la gestión hospitalaria y mejorar la eficiencia en la prestación de servicios.

En términos de infraestructura, el crecimiento sostenido de la demanda no ha sido acompañado por un desarrollo proporcional de la capacidad instalada. Se ha identificado un déficit de camas hospitalarias en varias especialidades, así como limitaciones de espacio en servicios críticos como farmacia, laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes. Esta brecha llevó, hace aproximadamente cinco años, a la formulación de una propuesta de construcción de un nuevo hospital mediante una asociación público-privada. Sin embargo, dicha iniciativa no fue respaldada ni por las autoridades del hospital ni por el Gobierno Regional, limitando así la posibilidad de expansión a corto plazo. Cabe señalar que cualquier proceso de ampliación o mejora infraestructural debe ir necesariamente acompañado de una planificación adecuada en cuanto a recursos humanos y financiamiento, ya que un aumento en la capacidad física requiere una dotación proporcional de personal, así como presupuesto para su sostenibilidad.

Actualmente, se ha formulado una propuesta viable para la construcción de un nuevo hospital en una ubicación periférica de la ciudad, en las cercanías del hospital de EsSalud del mismo nivel. Esta localización permitiría reducir la exposición a riesgos por desastres naturales y ampliar la cobertura territorial, representando una oportunidad estratégica para fortalecer la infraestructura del HRDT, aunque ya no estaría ubicado en el centro histórico.

Finalmente, el análisis evidencia como una debilidad organizacional clave la inexistencia de una unidad dedicada a la gestión de operaciones y procesos. Esta

carencia limita la capacidad institucional para planificar, coordinar y optimizar procesos críticos, afectando la eficiencia operativa y el uso racional de los recursos.

Entre las fortalezas del HRDT en este ámbito destacan su ubicación estratégica en el centro de Trujillo, la disponibilidad de recursos humanos capacitados en varias áreas clave, y la capacidad para movilizar recursos en contextos de emergencia, lo cual refleja cierto grado de resiliencia institucional.

4.1.4. Finanzas y Contabilidad

La estructura financiera del hospital se sustenta en tres fuentes principales de ingreso: recursos ordinarios, recursos directamente recaudados, y donaciones y transferencias. Esta última categoría incluye, entre otros conceptos, los reembolsos por bienes y servicios brindados a pacientes afiliados al SIS. Para fines de este planeamiento, se presentará la estructura presupuestaria correspondiente a la región Ascope Norte, unidad ejecutora a la cual pertenece el HRDT (Tabla 4).

Los recursos ordinarios provienen del presupuesto asignado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) al Gobierno Regional de La Libertad, el cual distribuye los fondos entre los establecimientos hospitalarios en función de montos predeterminados. La GERESA cumple un rol regulador y supervisor en la ejecución de estos recursos, reportando al gobierno regional (Gerencia Regional de Salud La Libertad, 2016).

Este financiamiento se canaliza a través de programas presupuestales, cada uno con asignaciones específicas, principalmente destinadas al pago de remuneraciones, el cual es el componente de mayor peso en la ejecución presupuestaria, así como a la adquisición de insumos médicos, materiales y bienes de consumo. El programa materno neonatal es el que recibe la mayor asignación,

en coherencia con las prioridades sanitarias nacionales orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil (Ministerio de Salud, 2023).

El incremento de estos recursos está condicionado, en gran medida, al cumplimiento de metas (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024). Mediante este análisis se ha identificado como debilidad la falta de la actualización de sistemas rigurosos de monitoreo y evaluación que garanticen que dicho cumplimiento, y por lo tanto que éste se traduzca en mejoras tangibles en la calidad del servicio.

En cuanto a los recursos directamente recaudados, estos han permanecido relativamente estables, reflejando la ausencia de estrategias innovadoras para su incremento. Las principales fuentes de esta categoría son las consultas médicas, la realización de exámenes auxiliares y algunos servicios diagnósticos brindados a otras instituciones (Tabla 4).

Por su parte, las donaciones y transferencias, especialmente los reembolsos del SIS por las atenciones brindadas a sus asegurados han mostrado un crecimiento progresivo en los últimos 5 años (Tabla 4). Este aumento se atribuye a una mayor cobertura del SIS y a la mejora en los procesos internos de auditoría y facturación.

El análisis financiero reciente revela que los servicios de farmacia y laboratorio clínico, incluyendo exámenes auxiliares, constituyen las principales fuentes generadoras de ingresos institucionales. En contraste, el servicio de salud dental presenta la menor contribución a la recaudación hospitalaria.

Tabla 4.

Presupuesto del Hospital Regional Docente Trujillo (HRDT).

	2021		2022		2023		2024		2025	
Detalle	Apertura	Modificado	Apertura	Modificado	Apertura	Modificado	Apertura	Modificado	Apertura	Modificado
Recursos Ordinarios	62,173,680.00	83,630,547.00	63,285,780.00	90,264,894.00	86,376,951.00	96,686,804.00	100,031,991.00	105,726,272.00	105,452,931.00	113,497,104.00
Recursos Directamente Recaudados	7,437,407.00	9,796,023.00	4,897,515.00	7,222,087.00	3,651,420.00	7,725,330.00	3,966,420.00	10,861,352.00	7,078,870.00	7,378,870.00
Recursos por Operaciones Oficiales de Crédito	-	14,768,339.00	7,877,679.00	10,123,972.00	-	-	-	-	-	-
Donaciones y Transferencias	-	25,925,104.00	-	28,336,235.00	-	20,749,289.00	5,072,200.00	13,161,277.00	530,454.00	10,298,190.00
Recursos Determinados	-	266,686.00	804,976.00	4,599,781.00	150,000.00	3,057,315.00	-	29,678.00	-	420,315.00
Canon y sobrecanon, regalías, renta de aduanas y participaciones	-	266,686.00	804,976.00	4,599,781.00	-	315.00	-	29,678.00	-	315.00
Fondo de compensación regional	-	-	-	-	150,000.00	3,057,000.00	-	-	-	420,000.00
Impuestos municipales	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fondo de compensación municipal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contribuciones a fondos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Participación en rentas de aduanas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canon, sobrecanon, regalías, y participaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub-Total de Recursos Determinados	-	266,686.00	804,976.00	4,599,781.00	150,000.00	3,057,315.00	-	29,678.00	-	420,315.00
Total	69,611,087.00	134,386,699.00	76,865,950.00	140,546,969.00	90,178,371.00	128,218,738.00	109,070,611.00	129,778,579.00	113,062,255.00	131,594,479.00

4.1.5. Recursos Humanos

El HRDT cuenta con una estructura de personal compleja. En 2023, la fuerza laboral del hospital estaba compuesta por más de 1,300 trabajadores activos y 300 cesantes. Entre ellos, se encontraban aproximadamente 290 médicos, 370 enfermeros y 430 técnicos y auxiliares de enfermería. El resto del personal correspondía a trabajadores en funciones directivas y de servicios de apoyo como laboratorio, administración y mantenimiento (HRDT, s. f.-c).

Sin embargo, la información más reciente del Cuadro de Asignación de Personal (CAP) 2024 señala que el HRDT cuenta con 1,067 trabajadores, de los cuales alrededor del 70 % corresponde a personal asistencial. Esta dotación incluye 873 cargos ocupados y 194 previstos, distribuidos bajo diversas modalidades contractuales: nombrados, CAS y, anteriormente, contratos por terceros. Esta última modalidad, que fue inicialmente utilizada para atender necesidades urgentes, ha sido descontinuada por restricciones presupuestarias y reemplazada por contratos de locación de servicios, activados principalmente durante emergencias sanitarias.

La diferencia entre el CAP 2024 y los registros de personal del 2023 puede deberse a la salida progresiva del personal contratado bajo el régimen CAS COVID, que fue creado para cubrir la alta demanda durante la pandemia. Posteriormente, dicho personal fue trasladado a contratos CAS regulares, contratos por terceros o migró hacia otras instituciones.

La modalidad CAS se utiliza principalmente para cubrir plazas vacantes por renunciadas, mediante concursos públicos. Desde el proceso de nombramiento iniciado en 2012 y culminado en 2018, el número de plazas CAS se ha reducido

progresivamente. Cuando una plaza CAS se convierte en nombrada, el presupuesto correspondiente se transfiere automáticamente, requiriendo únicamente un reintegro de honorarios por parte del MEF, lo que limita la creación de nuevas plazas. Durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se autorizó la contratación excepcional de personal bajo contratos CAS, con mejores beneficios, incluyendo mayores remuneraciones. Finalizada la emergencia, dicho personal fue trasladado al régimen CAS ordinario, lo que evidencia cómo estas modalidades temporales pueden generar inestabilidad laboral en el sistema de salud (Trujillo Pajuelo et al., 2024).

La diferencia promedio entre los sueldos del personal CAS y del personal nombrado solo es el 13 % de la variabilidad salarial total. Estos datos sugieren que las principales diferencias están asociadas al grupo ocupacional, reflejando inequidades tanto por tipo de contrato como por la estructura salarial diferenciada por profesión (HRDT, s. f.-c).

Según declaraciones del exdirector del HRDT, la capacidad instalada del hospital no ha crecido al mismo ritmo que la población atendida, la cual se ha quintuplicado en los últimos años. Esta situación ha generado una brecha crítica en infraestructura y recursos humanos, lo que ha derivado en una sobrecarga laboral que compromete la calidad de los servicios. El Jefe de Recursos Humanos del HRDT estima que se requiere un incremento del 20 % en el personal asistencial para responder adecuadamente a la demanda, siendo esta sobrecarga el principal factor que afecta el desempeño del equipo de salud.

Adicionalmente, persiste una brecha salarial entre los diferentes grupos ocupacionales dentro del hospital, así como entre estos y sus contrapartes en otras

instituciones públicas como EsSalud. Esta diferencia desincentiva la incorporación de profesionales altamente calificados al sector público del MINSA, representando una debilidad estructural en la competitividad del talento humano.

Otro desafío relevante es la falta de oportunidades de movilidad interna. No se han implementado procesos de cambio de grupo ocupacional en más de una década, lo que contribuye a la insatisfacción laboral. Este tipo de cambios requiere la intervención directa del MEF, ya que implican incrementos presupuestarios que no pueden ser gestionados desde el nivel hospitalario ni regional.

Además, para fortalecer la calidad de la atención, es imprescindible mantener al personal en constante capacitación y evaluación. A pesar de estos retos, se estima que alrededor del 80 % del personal expresa satisfacción con su entorno laboral. No obstante, los gremios sindicales presentan de manera regular demandas relacionadas con la equidad salarial y las condiciones laborales, como se describió anteriormente.

Entre las fortalezas institucionales, destaca la disponibilidad de personal capacitado en al menos seis especialidades médicas fundamentales. Por otro lado, la precariedad contractual de una parte significativa del personal (bajo modalidades como CAS o locación) constituye una debilidad crítica, ya que genera inequidades e inestabilidad, con potencial impacto negativo sobre el clima organizacional y la continuidad del servicio.

4.1.6. Sistemas de Información y Comunicaciones

El Hospital ha implementado el Sistema de Gestión Administrativa (SIGA) desarrollado por el MEF, que integra eficientemente las áreas de logística, contabilidad, planificación, patrimonio y los diversos servicios asistenciales. Esta

plataforma facilita la gestión de requerimientos anuales para cada servicio según su programa presupuestal, permitiendo un seguimiento sistematizado que optimiza los procesos administrativos, reduciéndose en tiempo y complejidad.

La creciente utilización de plataformas web y redes sociales ha favorecido la transparencia institucional, particularmente en procesos de relevancia como concursos públicos para plazas laborales y adquisición de insumos y equipamiento médico mediante licitaciones (HRDT, s. f.-b). Esta transparencia se ve reforzada por herramientas como la consulta amigable del portal del Ministerio de Economía y Finanzas y del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado.

El departamento de informática proporciona soporte técnico y capacitación para la integración digital de servicios críticos. Entre los avances destacables se encuentra la incorporación de órdenes y resultados de laboratorio a través de plataformas web, así como la visualización de estudios imagenológicos en tiempo real. Adicionalmente, se ha implementado un registro electrónico para requerimientos farmacéuticos individualizados por paciente, que, aunque no universalizado en toda la institución, ha logrado reducir significativamente los tiempos de atención y dispensación de medicamentos en áreas de hospitalización.

Si bien se han realizado esfuerzos formativos orientados a extender la utilización de estos sistemas a todos los servicios, persisten limitaciones relacionadas con la disponibilidad de personal especializado y la infraestructura tecnológica necesaria, requiriéndose que cada servicio disponga de equipamiento informático y conectividad adecuados. Aunque el hospital cuenta con servicio de Internet, su accesibilidad ha requerido soluciones adaptativas como la instalación de antenas en determinadas áreas para mejorar la calidad de señal.

Una deficiencia crítica en la infraestructura comunicacional interna es la ausencia de un sistema telefónico con anexos, carencia que persiste desde hace varios años debido a la imposibilidad financiera de adquirir una central telefónica adecuada. Los intentos de implementar el uso de dispositivos móviles por servicios no lograron concretarse, por lo que frecuentemente la comunicación interna depende de los dispositivos personales de los trabajadores.

El análisis realizado permite identificar como debilidad institucional particularmente significativa la insuficiente cobertura del servicio de Internet en diversas áreas asistenciales, limitación que obstaculiza la implementación y desarrollo de servicios de telemedicina, representando una barrera para la modernización y eficiencia de la atención sanitaria.

4.1.7. Tecnología, Investigación y Desarrollo

El HRDT ha integrado progresivamente diversas soluciones tecnológicas en línea con las políticas de modernización del Estado peruano, priorizando el uso de la Telesalud como herramienta para realizar interconsultas en tiempo real con especialistas de establecimientos de mayor complejidad. Esta estrategia también facilita la coordinación de transferencias y contrarreferencias de pacientes. Este proceso está normado por el MINSA e inicia con la atención del paciente en el establecimiento teleconsultante (Figura 4). En esta etapa, el personal de salud evalúa las necesidades clínicas del paciente y prepara los formatos requeridos para la solicitud de interconsulta dirigida a la IPRESS consultora. La teleconsulta no se limita únicamente a la interacción con el paciente: también puede ser utilizada para realizar juntas médicas, especialmente cuando un especialista no se encuentra físicamente presente en el establecimiento. Finalmente, el coordinador de la

IPRESS consultora emite una respuesta formal al establecimiento teleconsultante, cerrando así el circuito de atención.

Sin embargo, no se cuenta con un mapeo actualizado de la disponibilidad de equipamiento para la atención por teleconsulta en los establecimientos de salud de la jurisdicción, lo cual limita la capacidad de planificación e implementación efectiva de este servicio.

Figura 4

Proceso de Teleconsulta.



Tomado de la web del HRDT (HRDT, s.f.).

Asimismo, en los últimos años se ha impulsado el desarrollo de la historia clínica electrónica (HCE) y se ha enfatizado la implementación de la telemedicina y teleconsultas. La institución implementó en 2011 la historia clínica informatizada (HCI) en el área de consultorios externos, integrándose con los servicios de laboratorio y radiología, y extendió esta funcionalidad al área de emergencia, aunque limitada a la solicitud y recepción de resultados de exámenes. La Región de la Libertad cuenta adicionalmente con un Plan de Gobierno Digital, entre cuyos

proyectos se encuentra la implementación de las HCE para 2026 (Gobierno Regional La Libertad, 2023b). Sin embargo, no se ha efectuado a la fecha.

Paralelamente al desarrollo del actual sistema de HCIs, se ha implementado un control más riguroso sobre la dispensación de insumos farmacéuticos, mediante un sistema de registro y recepción electrónica de fármacos e insumos requeridos por los pacientes. Esta innovación no ha alcanzado cobertura universal en todos los servicios hospitalarios debido a limitaciones en equipamiento informático y en la infraestructura de conectividad, específicamente en lo referente a fibra óptica con velocidad óptima.

Respecto a la investigación y desarrollo, el Hospital cuenta con convenios de cooperación docente celebrados a partir de la Resolución Suprema N° 032-2005-SA en la cual se aprueban bases para la celebración de convenios de cooperación docente asistencial entre los ministerios, gobiernos regionales y las universidades con facultades y escuelas de ciencias de la salud. La finalidad de fortalecer la investigación académica, el desarrollo y la evaluación constante del recurso humano en el sector salud.

El análisis de la situación tecnológica del hospital permite identificar como fortalezas significativas la implementación de la HCI en consultorios externos y el desarrollo de un sistema de registro electrónico para la gestión de fármacos, avances que, pese a sus limitaciones actuales, constituyen bases sólidas para la modernización tecnológica institucional. Como debilidad, se encuentra la ausencia de un mapeo de disponibilidad de equipos de Telemedicina tanto en el HRDT como en la jurisdicción, lo que dificulta la planificación de teleconsultas.

4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

Luego del análisis interno y la identificación de fortalezas y debilidades, se elaboró la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) (Tabla 5), obteniéndose un puntaje ponderado de 1,78 para las fortalezas y de 0,73 para las debilidades. Esto indica que el hospital presenta un balance positivo, logrando capitalizar mejor sus fortalezas en comparación con su capacidad de respuesta ante las debilidades.

No obstante, el puntaje total de 2,51 sobre un máximo de 4 revela que aún existe un margen importante de mejora. En este contexto, la planificación estratégica será clave para orientar e impulsar el proceso de fortalecimiento institucional.

Tabla 5.*Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)*

	Peso	Valor	Ponderación
FORTALEZAS			
1. Equipo multidisciplinario de profesionales de salud que cubre seis áreas médicas fundamentales	0,12	4	0,48
2. Implementación de historia clínica informatizada en consultorios externos	0,09	3	0,27
3. Sistema de registro electrónico para gestión de fármacos	0,07	3	0,21
4. Convenios de cooperación docente para investigación y desarrollo de recursos humanos	0,06	3	0,18
5. Amplio catálogo de servicios médicos especializados (incluye UCI, hemodiálisis, etc.)	0,1	4	0,4
6. Presencia de la oficina de gestión de calidad	0,06	4	0,24
TOTAL FORTALEZAS	0,5		1,78
DEBILIDADES			
1. Infraestructura inadecuada para un establecimiento de nivel III-1	0,12	1	0,12
2. Ausencia de una unidad de gestión de operaciones y procesos	0,1	1	0,1
3. Manuales, protocolos y guías desactualizados o no implementados	0,08	2	0,16
4. Personal contratado bajo modalidades de inestabilidad laboral (terceros o CAS)	0,09	2	0,18
5. Insuficiente cobertura del servicio de internet que limita la telemedicina	0,06	2	0,12
6. Ausencia de estrategias para atraer a población no asegurada	0,05	1	0,05
TOTAL DEBILIDADES	0,5		0,73
VALOR PONDERADO TOTAL	1		2,51

Capítulo V: Intereses del Hospital Regional Docente de Trujillo y Objetivos a Largo Plazo

La definición clara de los intereses organizacionales y el establecimiento de objetivos a largo plazo (OLP) constituyen elementos fundamentales en la planificación estratégica de cualquier institución de salud, ya que proporcionan el marco de referencia necesario para orientar la toma de decisiones y la asignación de recursos hacia el logro de resultados sostenibles. Para el HRDT, la identificación de sus intereses organizacionales y la formulación de objetivos estratégicos al 2030 representan un ejercicio crítico que debe considerar tanto su potencial interno como las complejas interacciones con los múltiples actores del sistema de salud regional y nacional. Este capítulo analiza los intereses que guían el desarrollo institucional del HRDT, evalúa su potencial organizacional en sus diversas dimensiones, y establece los OLPs.

5.1 Intereses organizacionales

El HRDT ha identificado cinco intereses organizacionales fundamentales que guían su desarrollo estratégico. **La modernización tecnológica y digital** se presenta como prioridad para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios. **La mejora en la calidad de atención y satisfacción del usuario** representa el compromiso con la población beneficiaria. **El fortalecimiento de la capacidad resolutive** como hospital de nivel III-1 busca consolidar su posición como centro de referencia regional. **El desarrollo y capacitación continua del recurso humano** es esencial para mantener la excelencia en el servicio. Finalmente, **la optimización de la gestión administrativa y financiera** permitirá una utilización más eficiente de los recursos disponibles.

5.2 Potencial organizacional

El HRDT demuestra un potencial significativo basado en sus fortalezas históricas y oportunidades de desarrollo futuro. Su experiencia acumulada como centro de referencia regional, junto con su personal especializado en diversas áreas médicas, constituyen activos valiosos. Los avances iniciales en la implementación de la historia clínica informatizada evidencian su capacidad para la innovación tecnológica. Su rol como centro docente y de investigación, complementado por su ubicación estratégica, proporciona una base sólida para su crecimiento. Sin embargo, existen áreas que requieren desarrollo, como la infraestructura tecnológica, los sistemas de gestión y procesos, la capacidad operativa y resolutive, la generación de recursos propios y el desarrollo de servicios especializados.

5.2.1. *Producto*

El HRDT ofrece una cartera integral de servicios de salud caracterizada por su capacidad resolutive de alto nivel y subespecialidades únicas en la región, posicionándose como el principal centro de referencia del norte del país.

5.2.2. *Económico*

Se brinda atención gratuita a asegurados por el SIS y atención a bajo costo a personas no aseguradas, generalmente de bajos recursos, lo que facilita el acceso a los servicios de salud. La institución cuenta con un presupuesto anual asignado que permite una mejor planificación. Aunque los reembolsos, especialmente del SIS, requieren trámites extensos, garantizan el retorno económico.

5.2.3. *Geográfico*

Gracias a su ubicación estratégica, el HRDT es un actor clave en la provisión de servicios especializados en el norte del país. Aunque no cuenta con una

población asignada, su jurisdicción abarca Trujillo, la región La Libertad y otras regiones mediante referencias. Para responder a la alta demanda, es necesario adaptar la cartera de servicios y fortalecer la capacidad instalada.

5.2.4. Tecnología y Avance Científico

El HRDT cuenta con capacidad diagnóstica robusta, con radiografías digitalizadas de alta resolución y computadoras recientemente adquiridas. La historia clínica está informatizada en consulta externa. Se realizan teleinterconsultas, telemonitoreo y seguimiento de pacientes con tuberculosis por teleconsultas, apoyados por un centro de excelencia en diagnóstico de tuberculosis. Aunque se requiere asegurar conectividad estable con fibra óptica y banda ancha para sostener estos servicios, existe el potencial para promover los servicios de atención por medios digitales. La orientación a la atención digital posiciona al HRDT como referente innovador en la región y promotor del acceso a la atención especializada.

5.2.5. Histórico-Psicológico-Sociológico

El HRDT goza de alta confianza por parte de la población, que muchas veces lo prefiere frente a otros establecimientos para la atención de emergencias, incluso si no es su hospital asignado, debido a su mayor capacidad resolutoria. Existe una percepción positiva de la calidad de atención, especialmente en áreas especializadas, lo que ha consolidado su imagen como hospital referente. Su participación en foros regionales y programas fortalece su vínculo con la comunidad, que percibe que el hospital responde a sus necesidades. Además, mantiene presencia en redes sociales, aunque con potencial para ampliarse.

5.3 Principios cardinales

Los principios cardinales del HRDT se estructuran en torno a cuatro ejes que definen su interacción con el entorno institucional, social y sanitario.

5.3.1. *La influencia de terceras partes.*

El HRDT mantiene una relación directa con el Ministerio de Salud como ente rector, el Gobierno Regional de La Libertad como asignador del presupuesto anual, y la Gerencia Regional de Salud encargada de implementar políticas sanitarias a nivel regional. Además, los establecimientos de salud de menor complejidad derivan pacientes que requieren atención especializada. La limitada oferta de otras IPRESS públicas genera mayor presión sobre el HRDT. La población que no accede a Essalud o a servicios de las Fuerzas Armadas recurre a este hospital, y en algunos casos, el sector privado absorbe la demanda no cubierta.

5.3.2. *Los lazos pasados y presentes*

El HRDT tiene una larga trayectoria como hospital de referencia y centro formador de profesionales de la salud. Mantiene convenios con universidades para la formación académica, integrando a estudiantes y residentes en su fuerza laboral, lo que exige una estrecha colaboración docente-asistencial. Sin embargo, no se han concretado relaciones efectivas de prestación de servicios con otros actores del sistema regional, como Essalud. La ausencia de convenios impide el intercambio prestacional.

5.3.3. *El balance de intereses*

El hospital busca equilibrar la alta demanda con los recursos disponibles, priorizando el impacto social por encima de la rentabilidad. El objetivo es responder al rol subsidiario del Estado: brindar atención, mejorar la calidad de vida y

promover el bienestar poblacional. Más que competir, el HRDT busca complementar la oferta de otros actores del sistema, fortaleciendo el acceso a servicios especializados sin afectar negativamente a otras instituciones.

5.3.4. La conservación de los competidores

La competencia con hospitales de similar nivel, como el Hospital Belén de Trujillo, es constructiva y sirve como referencia para evaluar el desempeño institucional. Aunque el HRDT ya cuenta con alta demanda y jurisdicción definida, es fundamental mantener o superar los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para garantizar una atención de calidad y mejorar continuamente.

5.4 Matriz de Intereses Organizacionales (MIO)

La Matriz de Intereses Organizacionales del HRDT (Tabla 6) refleja la compleja red de actores que influyen en su desarrollo estratégico. La modernización tecnológica y la calidad de atención destacan como intereses clave, compartidos por el MINSA y los usuarios, respectivamente. La capacidad resolutive responde a las necesidades de la red asistencial, mientras que el desarrollo del personal se alinea con los intereses de los sindicatos y las universidades. La gestión eficiente es una prioridad común con el MEF y el Gobierno Regional. Esta configuración evidencia la necesidad de un enfoque integrado que contemple las perspectivas de todos los actores involucrados, facilitando la formulación de estrategias efectivas para alcanzar los objetivos institucionales. La matriz se consolida como una herramienta clave para la toma de decisiones y la priorización de iniciativas que permitan al HRDT cumplir su misión y avanzar hacia su visión de futuro.

Tabla 6

Matriz de Intereses Organizacionales (MIO). Elaboración propia.

Interés	Vital	Importante	Periférico
1. Modernización tecnológica y digital	X		
2. Mejora en la calidad de atención y satisfacción del usuario		X	
3. Fortalecimiento de la capacidad resolutive como hospital de nivel III-1	X		
4. Desarrollo y capacitación continua del recurso humano			X
5. Optimización de la gestión administrativa y financiera			X

5.5 Objetivos a Largo Plazo

Con miras al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de su misión, y en base a los intereses organizacionales, se ha definido una serie de Objetivos a Largo Plazo (OLP) a ser alcanzados al año 2030. Estos objetivos responden a las necesidades identificadas en las áreas de modernización tecnológica, gestión administrativa, actualización clínica e implementación de servicios digitales, y constituyen una hoja de ruta para mejorar la calidad y eficiencia de la atención en el hospital.

- **OLP1:** Implementar el sistema de historia clínica informatizada en el 100% de los servicios de hospitalización al año 2030. Actualmente el hospital cuenta con historia clínica informatizada en el departamento de consulta externa, que representa sólo una fracción del total de los departamentos del HRDT. Para el proceso de modernización planteado, es indispensable que

se expanda este recurso a todos los demás departamentos, donde se podrá registrar la información del paciente durante su hospitalización y se complementará con los datos de sus atenciones ambulatorias. Lo que permitirá el acceso a los datos del paciente de manera oportuna y precisa, facilitando la integración de los diferentes procesos por el cual debe pasar el paciente desde su ingreso hasta su respectiva alta.

- **OLP 2:** Implementar la gestión por procesos en el 30% de las oficinas administrativas al año 2030. Para el mejoramiento de la gestión del HRDT, es imprescindible que exista una división que analice los procesos para detectar los puntos críticos en la organización. Para ellos es necesario generar una oficina que lidere la gestión de procesos. Esta oficina determinará los indicadores que permitan monitorizar las actividades de las diferentes oficinas administrativas del HRDT.
- **OLP 3:** Actualizar el 100% de las guías de práctica clínica, incluyendo las relacionadas con Telesalud al año 2030. Para ellos es imprescindible que se forme una comisión interdisciplinaria que revise la evidencia actual para la actualización de las guías en el contexto regional. Actualmente el 20% de los departamentos cuentan con guías actualizadas.
- **OLP 4:** Incrementar a 5 consultas mensuales como interconsultores con el 50% de participación de los hospitales que pertenecen a la red de atención del HRDT y a 10 prestaciones como consultantes mensualmente, logrando que las consultas de referencia y contrarreferencia al 100% sean a través de Telesalud al año 2030. Para ello, se adecuarán varios aspectos. Debido a la incapacidad de contratar personal nuevo, se capacitará al personal existente

de forma intensiva en Telesalud. Asimismo, se realizará el mantenimiento y adquisición de equipos de telemedicina para reanudar las actividades. Finalmente, en concordancia del OLP3, se desarrollarán las guías de atención en Telesalud y se mejorará el sistema de Internet a nivel hospitalario.

Capítulo VI: El Proceso Estratégico

El presente capítulo desarrolla el proceso estratégico del HRDT, orientado a garantizar la coherencia entre el diagnóstico institucional, la formulación de estrategias y la visión de la institución. Para ello, se aplicaron diversas matrices de análisis estratégico que permitieron identificar, priorizar y evaluar las alternativas más adecuadas. De esta manera, este capítulo sintetiza el camino seguido desde la identificación de factores críticos hasta la consolidación de un conjunto de estrategias robustas y éticamente viables para la gestión institucional.

6.1 Matriz FODA

Con el fin de identificar de manera integral la situación actual del hospital (o institución de salud), se realizó un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). Este instrumento permitió reconocer los recursos internos con los que cuenta la institución, así como las limitaciones y factores externos que pueden influir en su desempeño.

Entre las fortalezas se destacan los recursos humanos multidisciplinarios, la existencia de sistemas informáticos (historia clínica informatizada y gestión de fármacos), la ampliación de servicios especializados y la presencia de un área de gestión de calidad. Estos elementos constituyen ventajas clave para garantizar una atención de salud con respaldo técnico y administrativo.

Entre las debilidades se identificaron la infraestructura insuficiente, la ausencia de procesos estandarizados, el uso de guías de práctica clínica desactualizadas, la inestabilidad laboral del personal y la falta de estrategias de atracción de usuarios no asegurados. Estos factores limitan la eficiencia y calidad de los servicios prestados.

Por otro lado, se identificaron oportunidades. El contexto nacional ofrece condiciones favorables como la legislación en apoyo a mejoras tecnológicas en salud, el incremento del presupuesto sectorial, la capacitación continua promovida por el Estado, incentivos por cumplimiento de metas y un mayor empoderamiento de los usuarios en torno a sus derechos.

Finalmente, se reconocen amenazas vinculadas a fenómenos climatológicos, la limitada oferta de servicios en el primer nivel de atención, el aumento de enfermedades crónicas, restricciones presupuestarias, exigencias normativas y la informalidad en el uso de tecnologías digitales.

Gracias a la identificación de los factores anteriormente mencionados, se derivaron estrategias de acción. Entre ellas:

- **Estrategias FO:** Estas estrategias buscan aprovechar las fortalezas internas en conjunto con las oportunidades externas, por ejemplo, el uso de TIC y plataformas digitales para mejorar la atención hospitalaria y la capacitación continua del personal.
- **Estrategias DO:** Mediante éstas, se espera superar las debilidades a través de oportunidades, como la implementación de unidades de gestión de procesos o el fortalecimiento del marco legal y presupuestal.
- **Estrategias FA:** Mediante estas estrategias, se persigue enfrentar amenazas a partir de las fortalezas, como el desarrollo de planes de respuesta frente a fenómenos climatológicos o la optimización de servicios especializados.
- **Estrategias DA:** Cuyo objetivo es minimizar las debilidades y prevenir amenazas mediante acciones como la implementación de medidas de control de calidad y la gestión de financiamiento alternativo.

En síntesis, mediante la Matriz FODA se ha logrado orientar el diseño de este planeamiento hacia la mejora continua de los servicios de salud, optimizando el uso de los recursos internos y respondiendo de manera efectiva a los retos del entorno.

Tabla 7.

Matriz FODA

FORTALEZAS (F)		DEBILIDADES (D)
1. Equipo multidisciplinario de profesionales de salud que cubre seis áreas médicas fundamentales.		1. Infraestructura inadecuada para un establecimiento de nivel III-1.
2. Implementación de historia clínica informatizada en consultorios externos.		2. Ausencia de una unidad de gestión de operaciones y procesos.
3. Sistema de registro electrónico para gestión de fármacos		3. Manuales, protocolos y guías desactualizados o no implementados.
4. Convenios de cooperación docente para investigación y desarrollo de recursos humanos		4. Personal contratado bajo modalidades de inestabilidad laboral (terceros o CAS).
5. Amplio catálogo de servicios médicos especializados (incluye UCI, hemodiálisis, etc.)		5. Insuficiente cobertura del servicio de internet que limita la telemedicina
6. Presencia de la oficina de gestión de calidad		6. Ausencia de estrategias para atraer a población no asegurada
OPORTUNIDADES (O)	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS DO
1. Legislación a favor de mejoras en la oferta de los servicios de salud y de servicios que involucran a las tecnologías de la comunicación.	1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto (F2, F3, O1, O2)	1. Mejorar la infraestructura aprovechando el marco legal en salud vigente y recursos asignados, incluyendo infraestructura tecnológica (D1, O1, O2)
2. Incremento en el presupuesto para el gasto de salud a nivel nacional.	2. Perfeccionamiento de los especialistas aprovechando el incremento de presupuesto y capacitación continua (F1, O4, O5)	2. Implementación de la unidad de gestión de procesos para alcanzar metas y agilizar flujos de atención (D2, O5)
3. Empoderamiento de los usuarios sobre derechos en salud	3. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente. (F5, O1, O2)	3. Actualización de los manuales para incrementar la calidad y eficiencia de la atención al paciente (D3, O3)
4. Capacitación continua por parte del Gobierno Regional.	4. Uso de encuestas de satisfacción al cliente por medios digitales, dada la mayor motivación de la población para contribuir a la mejora de los servicios administrativos y asistenciales. (F1, F5, O3, O4)	4. Mejora del servicio de internet para ampliar la cobertura de telemedicina y proveer más medios de capacitación a distancia para el personal (D5, D6, O1, O4).
5. Incentivos económicos por el cumplimiento de metas.	5. Promoción de encuestas de satisfacción para recolectar mejor información y mejorar la calidad, reduciendo las quejas y reclamos. (F6, O3)	5. Aprovechar el incremento de presupuesto para mejorar la estabilidad laboral del personal de salud de contrato como terceros a CAS (D4, O1, O2).
AMENAZAS (A)	ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIAS DA
1. Fenómenos climatológicos.	1. Actualización de planes de respuesta rápida ante fenómenos climatológicos. (F1, F4, A1)	1. Mejorar la infraestructura y actualizar guías de emergencia para reducir vulnerabilidad ante clima (D1, D3, A1)
2. Limitada oferta de atención en el primer nivel que ocasiona sobredemanda de atención en hospitales del tercer nivel.	2. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención. (F1, F2, F5, A2)	2. Mejorar la cobertura de internet y servicios de telemedicina para aliviar la sobredemanda (D4, D5, A2)
3. Incremento de la población con enfermedades crónicas y de alto costo.	3. Fortalecimiento de programas de paciente crónico para mejorar adherencia y control. (F1, F5, A3)	3. Aprovechar las especialidades médicas y mejorar el diagnóstico de bajo costo para pacientes crónicos (D6, A3, A5)
4. Supervisiones y penalidades impuestas por SUSALUD y OCI.	4. Potenciación de la gestión de calidad para la optimización de los servicios. (F2, F3, A4, A6)	4. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente (D1, D2, A4)
5. Presupuesto designado para innovación y desarrollo por debajo del estándar mundial.	5. Uso de información actualizada de las encuestas de satisfacción para proponer proyectos de mejora continua. (F6, A4, A6)	5. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda (D5, D6, A3, A6)
6. Limitada asignación de presupuesto para infraestructura y personal especializado.		6. Estrategias alternativas de pago para población no bancarizada, promoviendo la recaudación directa de recursos (D6, A6, A7)
7. Alta tasa de informalidad limita el uso de medios digitales de pago.		

6.2 Matriz de la Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (PEYEA)

La Matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA) permite identificar la posición estratégica de la organización considerando dos dimensiones: interna (fuerza financiera y ventaja competitiva) y externa (estabilidad del ambiente y fuerza de la industria) (D'Alessio, 2014).

Primero se realizó una evaluación que se puede observar en la Tabla 8. Respecto a la dimensión interna, la Fuerza Financiera (FF) obtuvo un promedio de 3,7, lo que refleja una situación moderada en cuanto a liquidez, capital de trabajo y sostenibilidad financiera. Para esta sección no se incluyó apalancamiento, debido a que el HRDT recibe financiamiento fijo sin endeudarse para la inversión futura. Por otro lado, la Ventaja Competitiva (VC) alcanzó un promedio de 4,4, indicando una buena posición en términos de participación en el sector salud, calidad de la atención y satisfacción de los usuarios, aunque con áreas de mejora en tiempos de atención e integración con redes asistenciales.

Tabla 8

Evaluación de la Posición Estratégica Interna y Externa

POSICIÓN ESTRATÉGICA INTERNA:		POSICIÓN ESTRATÉGICA EXTERNA:	
FUERZA FINANCIERA (FF):	CALIFICACIÓN	ESTABILIDAD DEL AMBIENTE (EA):	CALIFICACIÓN
Rendimiento sobre la inversión	4	Cambios tecnológicos	5
Liquidez	1	Tasa de inflación	6
Capital de trabajo	4	Variabilidad de la demanda	5
Flujos de efectivo	2	Barreras para entrar en el mercado	3
Capacidad de reorganización de servicios	2	Presión competitiva	2
Riesgos implícitos del negocio	5	Elasticidad de la demanda	6
Eficiencia en la asignación presupuestaria	6	Escala de precios de productos competidores	6
Capacidad de obtener financiación pública y privada	4	Cambios en políticas de salud pública	2
Sostenibilidad de programas de salud	5	Perfil epidemiológico de la población	3
PROMEDIO	3,7	Disponibilidad de personal de salud calificado	5
		Acceso a medicamentos e insumos médicos	3
		PROMEDIO	4,2
VENTAJA COMPETITIVA (VC):	CALIFICACIÓN	FUERZA DE LA INDUSTRIA (FI):	CALIFICACIÓN
Participación en el mercado	6	Potencial de crecimiento	5
Calidad del producto	6	Eficiencia en uso de recursos públicos	6
Ciclo de vida del producto	2	Estabilidad financiera	5
Lealtad de los clientes	5	Conocimientos tecnológicos	4
Uso de la capacidad de la competencia	5	Aprovechamiento de recursos	4
Conocimientos tecnológicos	5	Intensidad de Capital	2
Eficiencia en cadena de suministros médicos	3	Facilidad para entrar en el mercado	4
Tiempos de espera para atención	2	Productividad	5
Capacidad resolutive en tercer nivel	4	Capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias	4
Integración con redes asistenciales	6	Nivel de coordinación intersectorial	2
Tasa de satisfacción de pacientes	4	PROMEDIO	4,1
PROMEDIO	4,4		

En cuanto a la dimensión externa, la Estabilidad del Ambiente (EA) se situó en 4,2, lo que refleja un contexto relativamente estable, con riesgos moderados asociados a cambios tecnológicos, políticas de salud pública y disponibilidad de personal calificado. Finalmente, la Fuerza de la Industria (FI) obtuvo 4,1, lo que evidencia un sector con potencial de crecimiento y eficiencia en el uso de recursos, aunque con limitaciones en la coordinación intersectorial y la disponibilidad de capital.

Con base en estos resultados, la organización se ubica en el cuadrante defensivo de la matriz MPEYEA (Figura 5). Esta posición implica que la organización presenta fortalezas internas moderadas, pero enfrenta presiones externas significativas que limitan su capacidad de crecimiento. Por ello, se requieren estrategias de consolidación interna, como mejorar procesos de eficiencia operativa, gestión de recursos y sostenibilidad financiera. Esto es compatible con anteriores secciones de este planeamiento estratégico, donde se promueve la implementación de gestión de procesos. También es ideal la diferenciación selectiva para mantener o mejorar la calidad de los servicios como ventaja competitiva.

Por otro lado, siendo el Hospital una institución cuyo objetivo es cubrir la demanda de atención de salud de su población, es crucial que se logre mantener la prestación de servicios, y no necesariamente es prioritario el generar margen. Por ello, el perfil defensivo puede ser adecuado ya que busca la estabilidad de la prestación de servicios pese a amenazas externas. Por ello, es importante la gestión del riesgo e implementar mecanismos de anticipación a cambios epidemiológicos y políticos que impacten la demanda y disponibilidad de recursos.

Figura 5

Matriz MPEYEA

Conservador						6+	Agresivo					
						5+						
						4+						
						3+						
						2+						
						1+						
6-	5-	4-	3-	2-	1-		1+	2+	3+	4+	5+	6+
						1-						
						2-						
						3-						
						4-						
						5-						
Defensivo						6-	Competitivo					

6.3 Matriz Boston Consulting Group (BCG)

La Matriz BCG es una herramienta que facilita el análisis estratégico de los servicios que brindan las distintas unidades de una organización. Al compararlos, orienta a los decisores sobre qué servicios deben recibir mayor impulso, cuáles podrían reestructurarse o dejar de ofrecerse, y en cuáles conviene seguir invirtiendo.

En el caso de un hospital del MINSA, y para los fines de esta evaluación, se consideraron únicamente los recursos directamente recaudados (RDR). Esto se debe a que otra fuente importante de ingresos, como los provenientes del SIS, se financian bajo la modalidad de transferencia por prestación. En este esquema, el presupuesto del SIS cubre el pago por producción de atenciones, hospitalizaciones, cirugías, procedimientos, análisis de laboratorio, imágenes, entre otros. Sin embargo, en los cuadros de datos abiertos, estos montos se presentan como un total

global sin desagregarse por servicio, lo que impide utilizarlos en el análisis requerido.

La matriz incluye los cuatro servicios con mayor recaudación directa. Durante el año 2023, el monto total recaudado fue de S/ 5 999 349,62, año seleccionado por ser el más reciente con información completa (Figura 6).

En el cuadrante “Estrella” se ubica el servicio de Atención Médica, que recaudó S/ 1 315 092,81. Este servicio genera un flujo estable de ingresos y podría migrar al cuadrante de “Vaca Lechera”, ya que, según el protocolo de atención, es un requisito previo para acceder a otros servicios del hospital. Además, sus horarios extendidos (mañana y tarde) y la disponibilidad de médicos de diversas especialidades hacen que la población prefiera pagar por este servicio.

En el cuadrante “Vaca Lechera” se encuentra el servicio de Laboratorio, que en 2023 generó S/ 1 610 579,81, equivalente al 26,8% de los RDR. Este servicio ha mantenido históricamente el primer lugar en recaudación, pues es indispensable para obtener diagnósticos precisos y es utilizado incluso por pacientes afiliados a otros seguros.

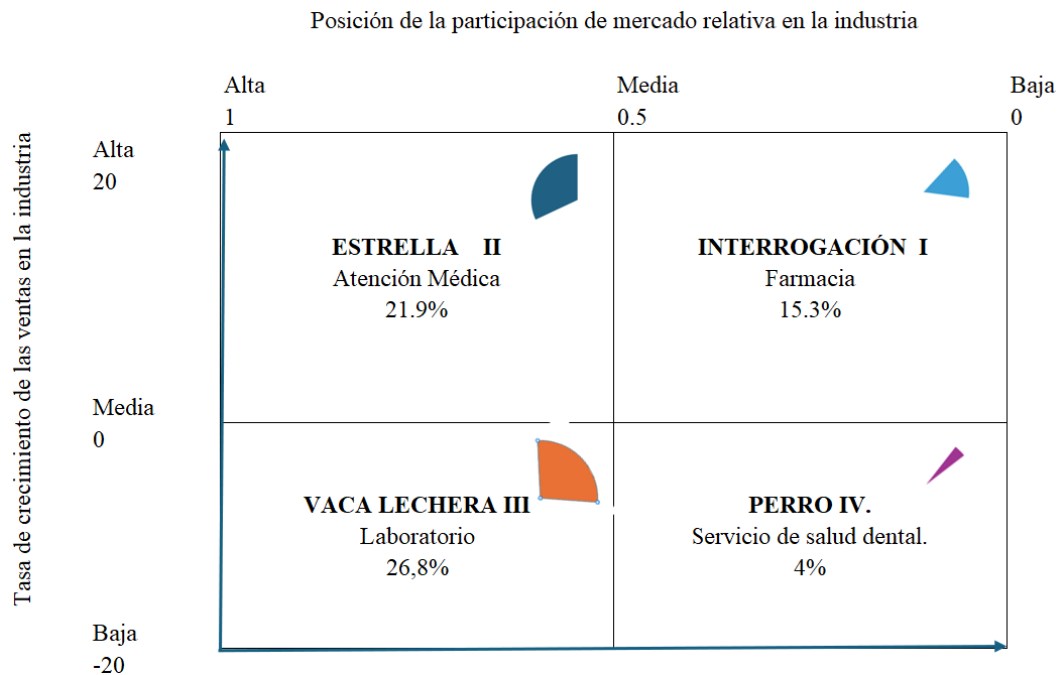
En el cuadrante “Interrogante” se ubica el servicio de Farmacia, con una recaudación de S/ 914 640,73, equivalente al 15,3% del total. Sus precios accesibles lo hacen atractivo para la población; sin embargo, una gestión inadecuada de pedidos puede generar escasez de medicamentos. Por ello, se requieren estrategias que permitan proyectar una oferta más precisa y sostenible.

Finalmente, en el cuadrante “Perro” se encuentra el servicio de Salud Dental, con una recaudación de S/ 16 169,40. Este bajo rendimiento se debe a la limitada disponibilidad de unidades odontológicas y a la oferta restringida a

procedimientos básicos. No obstante, si se amplía la cartera de servicios y se optimiza la infraestructura, podría transformarse en un servicio con mayor potencial y migrar hacia un cuadrante superior.

Figura 6.

Matriz BCG



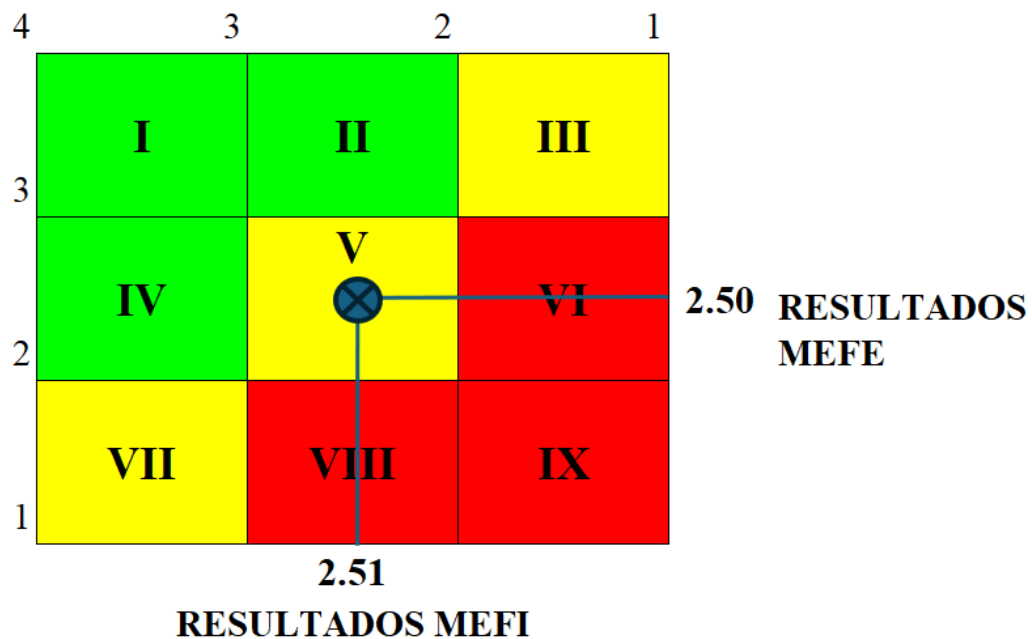
6.4 Matriz Interna y Externa (IE)

Esta matriz combina la evaluación de factores internos (fortalezas y debilidades, a través de la Matriz MEFI) y externos (oportunidades y amenazas, a través de la Matriz MEFE) para dar una visión completa de la situación estratégica de la organización. Gracias a este análisis, se observa que el HRDT se encuentra en el cuadrante V, por lo que la estrategia adecuada es desarrollarse selectivamente para mejorar (Figura 7). Esto implica priorizar mejoras en servicios con alta demanda y bajo desempeño, basándose en datos de satisfacción y calidad. Se deben enfocar los recursos en mejorar procesos internos, capacitar al personal y optimizar

el uso de tecnologías ya disponibles, evitando inversiones grandes o fuera del presupuesto fijo asignado. El objetivo es elevar la eficiencia y calidad del servicio de forma gradual y sostenida.

Figura 7

Matriz Interna y Externa



6.5 Matriz de la Gran Estrategia (GE)

La Matriz de la Gran Estrategia (GE) fue creada por el fundador del Boston Consulting Group, y busca orientar a las estrategias en base al crecimiento del mercado y el poder competitivo de las organizaciones.

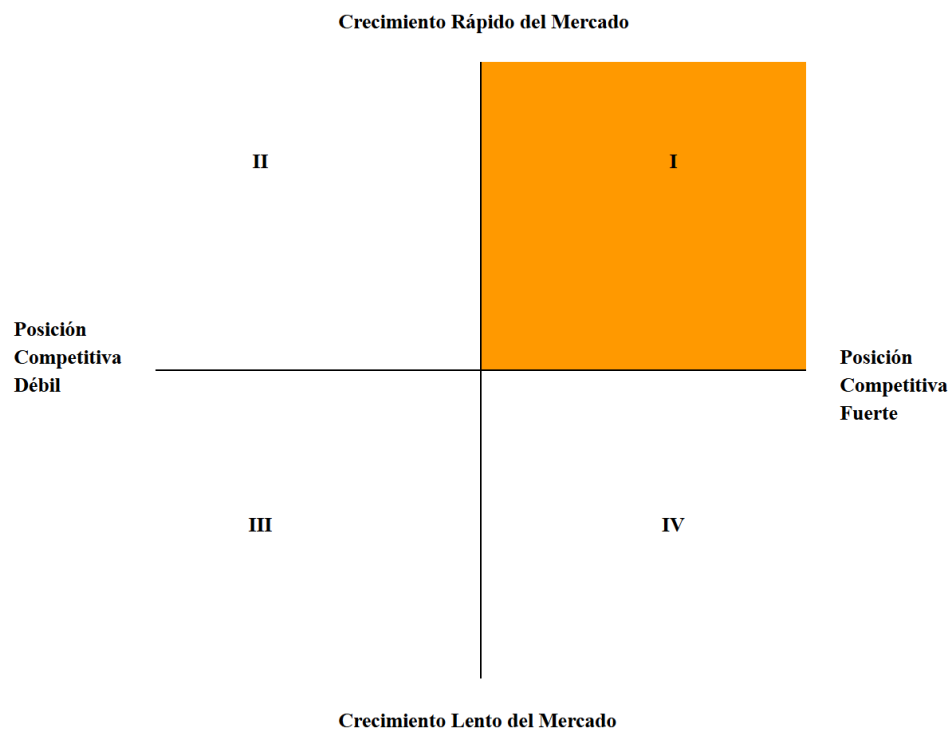
Usando los resultados de la Matriz de Perfil Competitivo, se observa que el HRDT se encuentra en una posición competitiva positiva respecto a su par del sector público (el Hospital Belén), e incluso superior a uno de los competidores del sector privado. Dado que el sector salud en el Perú es de rápido crecimiento, el HRDT se ubica en el Cuadro I de la Matriz de Gran Estrategia (Figura 8). Esto

representa una oportunidad clave para consolidarse como líder en el sistema de salud, pese a no competir con el sector privado.

En este contexto, se recomienda implementar estrategias de crecimiento como la ampliación de servicios prioritarios, la incorporación de tecnologías innovadoras, y el fortalecimiento del talento humano. Asimismo, es fundamental establecer alianzas estratégicas, impulsar modelos de atención innovadores y reforzar la confianza ciudadana a través de una gestión transparente y centrada en la calidad. Estas acciones permitirán al hospital mejorar su capacidad de respuesta, elevar los estándares de atención y aumentar su impacto en la salud pública.

Figura 8

Matriz de la Gran Estrategia



6.6 Matriz de Decisión Estratégica

La Matriz de Decisión Estratégica permite priorizar entre diferentes estrategias alternativas de acuerdo con su viabilidad y pertinencia frente a la posición estratégica de la organización (cuadrante defensivo identificado en la MPEYEA). Cada estrategia fue evaluada con base en criterios internos y externos, asignando puntajes que van de 1 (menos relevante) a 4 (más relevante).

Las estrategias alternativas con mayor puntaje en esta matriz fueron el desarrollo de productos o servicios, la diversificación concéntrica y la optimización de procesos, siendo ésta última en estrecha relación con lo abordado anteriormente respecto del desarrollo de la gestión de procesos en el Hospital (Tabla 9).

Tabla 9

Matriz de Decisión Estratégica

Estrategias alternativas	Estrategias específicas	FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	TOTAL
Desarrollo de productos/servicios	1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto (F2, F3, O1, O2)	x		x	x		3
Diversificación concéntrica	2. Perfeccionamiento de los especialistas aprovechando el incremento de presupuesto y capacitación continua (F1, O4, O5)	x	x		x	x	4
Diversificación concéntrica	3. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente. (F5, O1, O2)	x	x	x	x		4
Desarrollo de productos/servicios	4. Promoción de encuestas de satisfacción al cliente por medios digitales, dada la mayor motivación de la población para contribuir a la mejora de los servicios administrativos y asistenciales. (F1, F5, O3, O4)	x	x		x	x	4
Desarrollo de productos/servicios	5. Recolección de información mediante encuestas de satisfacción para mejorar la calidad, reduciendo las quejas y reclamos. (F6, O3)	x	x		x	x	4
Desarrollo de productos/servicios	1. Mejorar la infraestructura aprovechando el marco legal en salud vigente y recursos asignados, incluyendo infraestructura tecnológica (D1, D5, O1, O2)	x				x	2
Optimización de procesos	2. Implementación de la unidad de gestión de procesos para alcanzar metas y agilizar flujos de atención(D2, O5)	x	x		x	x	4
Desarrollo de productos/servicios	3. Actualización de los manuales para incrementar la calidad y eficiencia de la atención al paciente (D3, O3)	x			x		2
Desarrollo de productos/servicios	4. Mejora del servicio de internet para ampliar la cobertura de telemedicina y proveer más medios de capacitación a distancia para el personal (D5, D6, O1, O4).	x				x	2
Fortalecimiento del recurso humano	5. Aprovechar el incremento de presupuesto para mejorar la estabilidad laboral del personal de salud de contrato como terceros a CAS (D4, O1, O2).	x					1
Optimización de procesos	1. Actualización de planes de respuesta rápida ante fenómenos climatológicos. (F1, F4, A1)	x	x				2
Desarrollo de productos/servicios	2. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención. (F1, F2, F5, A2)	x			x	x	3

Tabla 9 (continuación)

Desarrollo de productos/servicios	3. Fortalecimiento de programas de paciente crónico para mejorar adherencia y control. (F1, F5, A3)	x			x	x	3
Optimización de procesos	4. Potenciación de la gestión de calidad para la optimización de los servicios. (F2, F3, A4, A6)	x					1
Diversificación concéntrica	5. Uso de información actualizada de las encuestas de satisfacción para proponer proyectos de mejora continua. (F6, A4, A6)	x			x	x	3
Diversificación concéntrica	1. Mejorar la infraestructura y actualizar guías de emergencia para reducir vulnerabilidad ante clima (D1, D3, A1)	x					1
Desarrollo de productos/servicios	2. Mejorar la cobertura de internet y servicios de telemedicina para aliviar la sobredemanda (D4, D5, A2)	x					1
Desarrollo de productos/servicios	3. Aprovechar las especialidades médicas y mejorar el diagnóstico de bajo costo para pacientes crónicos (D6, A3, A5)	x		x		x	3
Optimización de procesos	4. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente (D1, D2, A4)	x	x			x	3
Optimización de procesos	5. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda (D5, D6, A3, A6)	x	x			x	3
Desarrollo de productos/servicios	6. Estrategias alternativas de pago para población no bancarizada, promoviendo la recaudación directa de recursos (D6, A6, A7)	x					1
Integración horizontal	Crear Alianzas estrategicas		x			x	2
Optimización de costos	Evaluar los servicios de farmacia, laboratorio y consulta externa, para revisar costos			x			1
Desarrollo de productos/servicios	Manterner la eficiencia operativa de los servicios quirurgicos y de hospitalizacion			x			1
Optimización de costos	Reestructurar el servicio de salud dental, para evaluar costos de la prestaci[on de servicios relacionados			x			1

6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)

En la Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE) se evaluaron las estrategias alternativas previamente seleccionadas en la Matriz de Decisión Estratégica (Tabla 10). Cada estrategia específica fue clasificada de acuerdo con su correspondencia a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas identificadas. Posteriormente, se asignó un puntaje de 1 a 4 según su pertinencia, siendo 4 el valor más alto. A su vez, cada estrategia recibió un peso ponderado en función de la evaluación interna y externa realizada previamente.

El resultado de esta ponderación permitió obtener un puntaje total para cada estrategia. Aquellas con una suma mayor a 5 fueron consideradas prioritarias para la selección. En este proceso, siete estrategias superaron el umbral y pasaron a la siguiente fase del planeamiento. De estas, dos compartían un mismo enfoque (el uso de encuestas de satisfacción), por lo que fueron fusionadas en una sola estrategia integral.

Por otro lado, las estrategias que no alcanzaron el puntaje de corte se clasificaron como estrategias de contingencia, concebidas para ser aplicadas en caso de que los OLP no puedan ser cubiertos plenamente por las estrategias principales seleccionadas. De este modo, la MCPE no solo permitió priorizar las alternativas más viables, sino también garantizar un marco flexible para responder ante posibles brechas en la implementación.

Tabla 10

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico MCPE

		Desarrollo de productos/servicios											
		Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.		Promoción de encuestas de satisfacción al cliente por medios digitales, dada la mayor motivación de la población para contribuir a la mejora de los servicios administrativos y asistenciales		Promoción de encuestas de satisfacción para recolectar mejor información y mejorar la calidad, reduciendo las quejas y reclamos.		Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.		Fortalecimiento de programas de paciente crónico para mejorar adherencia y control.		Aprovechar las especialidades médicas y mejorar el diagnóstico de bajo costo para pacientes crónicos	
Factores clave	Peso	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación
Fortalezas													
1. Equipo multidisciplinario de profesionales de salud que cubre seis áreas médicas fundamentales.	0.12	2	0.24	3	0.36	3	0.36	4	0.48	4	0.48	4	0.48
2. Implementación de historia clínica informatizada en consultorios externos.	0.09	4	0.36	2	0.18	2	0.18	4	0.36	3	0.27	3	0.27
3. Sistema de registro electrónico para gestión de fármacos	0.07	4	0.28	1	0.07	1	0.07	3	0.21	3	0.21	1	0.07
4. Convenios de cooperación docente para investigación y desarrollo de recursos humanos	0.06	2	0.12	2	0.12	2	0.12	2	0.12	2	0.12	1	0.06
5. Amplio catálogo de servicios médicos especializados (incluye UCI, hemodiálisis, etc.)	0.1	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	4	0.4	3	0.3
6. Presencia de la oficina de gestión de calidad	0.06	3	0.18	4	0.24	4	0.24	1	0.06	3	0.18	2	0.12
Debilidades													
1. Infraestructura inadecuada para un establecimiento de nivel III-1.	0.12	2	0.24	4	0.48	4	0.48	2	0.24	3	0.36	2	0.24
2. Ausencia de una unidad de gestión de operaciones y procesos.	0.1	3	0.3	3	0.3	3	0.3	1	0.1	3	0.3	2	0.2
3. Manuales, protocolos y guías desactualizados o no implementados.	0.08	3	0.24	4	0.32	4	0.32	2	0.16	4	0.32	4	0.32
4. Personal contratado bajo modalidades de inestabilidad laboral (terceros o CAS).	0.09	2	0.18	2	0.18	2	0.18	2	0.18	2	0.18	2	0.18
5. Insuficiente cobertura del servicio de internet que limita la telemedicina	0.06	3	0.18	3	0.18	3	0.18	4	0.24	1	0.06	2	0.12
6. Ausencia de estrategias para atraer a población no asegurada	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
SUBTOTAL	1		2.72		2.88		2.88		2.6		2.93		2.41
Peso		Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación
Oportunidades													
1. Legislación a favor de mejoras en la oferta de los servicios de salud y de servicios que involucran a las tecnologías de la comunicación.	0.1	4	0.4	1	0.1	1	0.1	4	0.4	3	0.3	3	0.3
2. Incremento en el presupuesto para el gasto de salud a nivel nacional.	0.2	3	0.6	2	0.4	2	0.4	2	0.4	3	0.6	3	0.6
3. Empoderamiento de los usuarios sobre derechos en salud	0.05	2	0.1	4	0.2	4	0.2	3	0.15	2	0.1	2	0.1
4. Capacitación continua por parte del Gobierno Regional.	0.05	3	0.15	2	0.1	2	0.1	3	0.15	2	0.1	2	0.1
5. Incentivos económicos por el cumplimiento de metas.	0.1	3	0.3	2	0.2	2	0.2	3	0.3	1	0.1	1	0.1
Amenazas													
1. Fenómenos climatológicos.	0.1	3	0.3	1	0.1	1	0.1	3	0.3	1	0.1	1	0.1
2. Limitada oferta de atención en el primer nivel que ocasiona sobredemanda de atención en hospitales del tercer nivel.	0.1	3	0.3	3	0.3	3	0.3	4	0.4	2	0.2	2	0.2
3. Incremento de la población con enfermedades crónicas y de alto costo.	0.05	2	0.1	2	0.1	2	0.1	3	0.15	4	0.2	4	0.2
4. Supervisiones y penalidades impuestas por SUSALUD y OCI.	0.1	2	0.2	4	0.4	4	0.4	1	0.1	1	0.1	1	0.1
5. Presupuesto designado para innovación y desarrollo por debajo del estándar mundial.	0.05	3	0.15	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
6. Limitada asignación de presupuesto para infraestructura y personal especializado.	0.05	2	0.1	3	0.15	3	0.15	2	0.1	3	0.15	1	0.05
7. Alta tasa de informalidad limita el uso de medios digitales de pago.	0.05	3	0.15	3	0.15	3	0.15	3	0.15	1	0.05	2	0.1
SUBTOTAL	1		2.85		2.25		2.25		2.65		2.05		2
TOTAL	2		5.57		5.13		5.13		5.25		4.98		4.41

Tabla 10 (continuación)

Factores clave	Peso	Diversificación concéntrica						Optimización de procesos			
		Perfeccionamiento de los especialistas aprovechando el incremento de presupuesto y capacitación continua		Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.		Uso de información actualizada de las encuestas de satisfacción para proponer proyectos de mejora continua		Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.		Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.	
		Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación
Fortalezas											
1. Equipo multidisciplinario de profesionales de salud que cubre seis áreas médicas fundamentales.	0.12	4	0.48	4	0.48	3	0.36	2	0.24	4	0.48
2. Implementación de historia clínica informatizada en consultorios externos.	0.09	2	0.18	3	0.27	3	0.27	3	0.27	3	0.27
3. Sistema de registro electrónico para gestión de fármacos	0.07	2	0.14	3	0.21	3	0.21	3	0.21	3	0.21
4. Convenios de cooperación docente para investigación y desarrollo de recursos humanos	0.06	4	0.24	2	0.12	2	0.12	2	0.12	2	0.12
5. Amplio catálogo de servicios médicos especializados (incluye UCI, hemodiálisis, etc.)	0.1	4	0.4	3	0.3	3	0.3	4	0.4	3	0.3
6. Presencia de la oficina de gestión de calidad	0.06	3	0.18	4	0.24	3	0.18	4	0.24	3	0.18
Debilidades											
1. Infraestructura inadecuada para un establecimiento de nivel III-1.	0.12	1	0.12	4	0.48	3	0.36	4	0.48	2	0.24
2. Ausencia de una unidad de gestión de operaciones y procesos.	0.1	3	0.3	3	0.3	3	0.3	4	0.4	4	0.4
3. Manuales, protocolos y guías desactualizados o no implementados.	0.08	3	0.24	2	0.16	3	0.24	4	0.32	3	0.24
4. Personal contratado bajo modalidades de inestabilidad laboral (terceros o CAS).	0.09	1	0.09	2	0.18	2	0.18	4	0.36	2	0.18
5. Insuficiente cobertura del servicio de internet que limita la telemedicina	0.06	1	0.06	2	0.12	2	0.12	2	0.12	1	0.06
6. Ausencia de estrategias para atraer a población no asegurada	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05
SUBTOTAL	1		2.48		2.91		2.69		3.21		2.73
	Peso	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación	Puntaje	Ponderación
Oportunidades											
1. Legislación a favor de mejoras en la oferta de los servicios de salud y de servicios que involucran a las tecnologías de la comunicación.	0.1	3	0.3	2	0.2	3	0.3	4	0.4	3	0.3
2. Incremento en el presupuesto para el gasto de salud a nivel nacional.	0.2	3	0.6	3	0.6	2	0.4	2	0.4	2	0.4
3. Empoderamiento de los usuarios sobre derechos en salud	0.05	2	0.1	2	0.1	4	0.2	2	0.1	3	0.15
4. Capacitación continua por parte del Gobierno Regional.	0.05	3	0.15	1	0.05	2	0.1	3	0.15	2	0.1
5. Incentivos económicos por el cumplimiento de metas.	0.1	3	0.3	2	0.2	3	0.3	3	0.3	3	0.3
Amenazas											
1. Fenómenos climatológicos.	0.1	2	0.2	3	0.3	1	0.1	3	0.3	1	0.1
2. Limitada oferta de atención en el primer nivel que ocasiona sobredemanda de atención en hospitales del tercer nivel.	0.1	2	0.2	3	0.3	3	0.3	2	0.2	3	0.3
3. Incremento de la población con enfermedades crónicas y de alto costo.	0.05	3	0.15	3	0.15	3	0.15	3	0.15	3	0.15
4. Supervisiones y penalidades impuestas por SUSALUD y OCI.	0.1	2	0.2	3	0.3	2	0.2	3	0.3	3	0.3
5. Presupuesto designado para innovación y desarrollo por debajo del estándar mundial.	0.05	2	0.1	2	0.1	1	0.05	1	0.05	1	0.05
6. Limitada asignación de presupuesto para infraestructura y personal especializado.	0.05	3	0.15	2	0.1	1	0.05	1	0.05	2	0.1
7. Alta tasa de informalidad limita el uso de medios digitales de pago.	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.15	2	0.1	2	0.1
SUBTOTAL	1		2.5		2.45		2.3		2.5		2.35
TOTAL	2		4.98		5.36		4.99		5.71		5.08

6.8 Matriz Rumelt

En el siguiente paso, las estrategias específicas fueron evaluadas mediante la Matriz de Rumelt, la cual permite analizar su consistencia, consonancia, ventaja y factibilidad, con el fin de determinar si son sólidas y adecuadas para el presente planeamiento estratégico (Rumelt, 1979). Gracias a esta evaluación, se comprobó que las estrategias seleccionadas cumplían con los cuatro criterios establecidos, por lo que todas fueron aceptadas y se procedió con el siguiente paso (Tabla 11).

Tabla 11

Matriz de Rumelt

Estrategias alternativas	Estrategias específicas	Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Se acepta
Desarrollo de productos y servicios	1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.	X	X	X	X	X
Desarrollo de productos y servicios	2. Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales, aprovechando la disposición de la población para mejorar la calidad de los servicios y reducir quejas y reclamos.	X	X	X	X	X
Desarrollo de productos y servicios	3. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.	X	X	X	X	X
Diversificación concentrada	4. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.	X	X	X	X	X
Optimización de procesos	5. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.	X	X	X	X	X
Optimización de procesos	6. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.	X	X	X	X	X

6.9 Matriz de Ética

El siguiente paso correspondió a la evaluación ética de las estrategias, la cual se llevó a cabo mediante la Matriz de Ética (Tabla 12). En esta matriz se analizó si las estrategias promovían los principios éticos (Derechos, Justicia y Utilitario), o si, en su defecto, desempeñaban un rol neutral. Los resultados mostraron que las estrategias seleccionadas favorecen dichos principios o se mantienen neutrales, y que ninguna de ellas vulnera derechos, incurre en injusticias o resulta perjudicial para la institución.

Tabla 12

Matriz de Ética

			Promueve	Neutral	Viola
Derechos	1	Impacto en el Derecho de la Vida	2,3,4,6	1, 5	
	2	Impacto en el Derecho a la Propiedad		1,2,3,4,5,6	
	3	Impacto en el Derecho al libre Pensamiento	2	1,3,4,5,6	
	4	Impacto en el Derecho a la Privacidad	4	1,2,3, 5,6	
	5	Impacto en el Derecho a la Libertad de Conciencia	2	1,3,4,5,6	
	6	Impacto en el Derecho a Hablar Libremente	2	1,3,4,5,6	
	7	Impacto en el Derecho al Debido Proceso	1,2,3,4,5,6		
			Justo	Neutro	Injusto
Justicia	8	Impacto en la Distribución	1,2,3,4,5,6		
	9	Equidad en la Administración	1,2,3,4,5,6		
	10	Normas de Compensación	5,6	1,2,3,4	
			Excelente	Neutro	Perjudicial
Utilitario	11	Fines y Resultados Estratégicos	1,2,3,4,5,6		
	12	Medios estratégicos Empleados	1,2,3,4,5,6		

6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia

Finalmente, se retuvieron seis estrategias que cumplieron con los criterios de selección, y éstas se mencionan a continuación:

- Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.
- Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales, aprovechando la disposición de la población para mejorar la calidad de los servicios y reducir quejas y reclamos.
- Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.
- Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.
- Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.
- Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.

Por otro lado, quedaron como estrategias de contingencia, previo a la evaluación de pertinencia para los OLP:

- Fortalecimiento de programas de paciente crónico para mejorar adherencia y control.
- Aprovechar las especialidades médicas y mejorar el diagnóstico de bajo costo para pacientes crónicos.
- Perfeccionamiento de los especialistas aprovechando el incremento de presupuesto y capacitación continua.
- Uso de información actualizada de las encuestas de satisfacción para proponer proyectos de mejora continua.

Dichas estrategias se considerarán en caso se requiera cubrir algún OLP que quedara huérfano, o si fuera necesario utilizar otra aproximación en el transcurso de la ejecución del siguiente planeamiento.

6.11 Matriz de Estrategia Versus Objetivos a Largo Plazo

Con el fin de verificar si las estrategias seleccionadas cubrían adecuadamente los OLP, se aplicó la Matriz de Estrategia vs. OLP. Esta herramienta permitió identificar el grado de alineación entre las estrategias y los objetivos planteados. Los resultados mostraron que todos los OLP son abordados por al menos cinco estrategias, lo que evidencia una cobertura sólida y una clara coherencia con la visión institucional del HRDT (Tabla 13). Con esta verificación, se dio por concluido el proceso de selección de estrategias.

Tabla 13

Matriz de Estrategia Versus Objetivos a Largo Plazo

VISIÓN: “Al 2030, ser un hospital innovador en el uso de recursos tecnológicos e informáticos, con personal altamente capacitado, que lleven a la excelencia de los servicios ofertados, para mejorar la salud de la región La Libertad”.				
ESTRATEGIAS	OBJETIVOS A LARGO PLAZO			
	OLP1	OLP2	OLP3	OLP4
1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.	X	X	X	X
2. Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales, aprovechando la disposición de la población para mejorar la calidad de los servicios y reducir quejas y reclamos.		X	X	X
3. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.	X		X	X
4. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.	X	X		X
5. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.	X	X	X	X
6. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.	X	X	X	X

6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores

Dado que las estrategias seleccionadas serán implementadas en el futuro, se evaluó la posible respuesta de los competidores mediante la Matriz de Posibilidades de los Competidores (Tabla 14). En el caso del HRDT, al tratarse de un hospital con jurisdicción definida, no compite directamente con otros hospitales de la región. Sin embargo, sí mantiene una relación indirecta con el sector privado, el cual absorbe parte de la demanda insatisfecha del hospital. En este sentido, se prevén diferentes respuestas frente a las estrategias propuestas:

- **Uso de TIC en el hospital:** se espera que esta estrategia funcione como modelo replicable en otros hospitales de similar nivel. En contraste, el sector privado ya cuenta con estos sistemas, por lo que su respuesta sería mantener sus servicios o innovar en el mismo rubro, especialmente considerando las crecientes posibilidades del uso de la inteligencia artificial en salud.
- **Promoción de encuestas de satisfacción:** esta estrategia también podría ser imitada por otros hospitales públicos de similar nivel. En el sector privado, la respuesta más probable sería innovar en los mecanismos de aplicación de encuestas, particularmente mediante herramientas digitales.
- **Implementación de telemedicina:** al ser un componente clave para aliviar la demanda en el HRDT, se prevé que el sector privado responda compitiendo con reducciones de costos en este tipo de atenciones.
- **Mejoramiento de infraestructura hospitalaria:** esta medida podría generar que el sector privado se enfoque en innovar con servicios complementarios no cubiertos por el hospital, diferenciando así su oferta.

- **Gestión de operaciones y procesos:** dado que esta es un área aún incipiente en el HRDT, su fortalecimiento permitiría agilizar la atención, especialmente en la reducción de tiempos de espera para citas. Esto disminuiría la demanda insatisfecha en el sector público, por lo que el sector privado podría optar por mejorar sus mecanismos actuales o redirigir su oferta hacia otros segmentos poblacionales.

En conjunto, este análisis evidencia que, si bien el HRDT no enfrenta competencia directa en su jurisdicción, la implementación de sus estrategias puede influir en el comportamiento del sector privado, incentivando la innovación, la reducción de costos y la diferenciación de servicios.

Tabla 14

Matriz de Posibilidades de los Competidores

ESTRATEGIAS	COMPETIDORES			
	Hospital Regional Docente de Trujillo	Hospital Belen de Trujillo	Salud Primavera	Clínica San Pablo de Trujillo
1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.	Historia clínica informatizada parcialmente implementada y citas online)	Servicios en línea limitados	Servicios digitales activos: citas, resultados	Alta integración digital: portal del paciente, teleconsulta
2. Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales, aprovechando la disposición de la población para mejorar la calidad de los servicios y reducir quejas y reclamos.	Baja frecuencia y poco automatizadas	Presenciales principalmente	Encuestas digitales en sitio web/redes	Encuestas constantes vía app, portal
3. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.	Implementación parcial	Muy limitada o inexistente	Telemedicina básica en algunas especialidades	Telemedicina activa, principalmente en especialidades
4. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.	Planes de modernización con presupuesto público	Limitaciones de presupuesto y antigüedad de infraestructura	Infraestructura privada moderna	Infraestructura digital altamente desarrollada
5. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.	Sistema HIS parcial y módulos de gestión	Sistemas manuales o híbridos	Privado con sistemas funcionales	Sistemas robustos de gestión hospitalaria
6. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.	Gestión poco digitalizada, largas esperas	Procesos lentos y poco optimizados	Atención más ágil, digitalizada	Optimización total: flujos digitales, turnos programados

Capítulo VII Implementación Estratégica

La implementación estratégica representa la fase donde la planificación se convierte en acciones concretas y resultados medibles, requiriendo una articulación sistemática de recursos, procesos y capacidades organizacionales para materializar la visión institucional definida. Para el HRDT, esta etapa implica la operacionalización de los OLPs mediante la definición de Objetivos a Corto Plazo (OCPs), la asignación estratégica de recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos, y el desarrollo de políticas institucionales que orienten la transformación hacia un modelo de atención centrado en la innovación digital y la excelencia asistencial.

7.1 Objetivos a Corto Plazo

Los OCPs del HRDT constituyen la operacionalización táctica de los OLP, estableciendo metas específicas, medibles y alcanzables que permitirán el avance progresivo hacia la visión institucional al 2030. Estos 23 objetivos específicos se estructuran en cuatro ejes estratégicos fundamentales: la implementación del sistema de historias clínicas informatizadas en el 100% de los servicios de hospitalización, el establecimiento de la gestión por procesos en el 30% de las oficinas administrativas, la actualización del 100% de las guías de práctica clínica incluyendo las relacionadas con Telesalud, y el logro de que el 100% de las primeras consultas de referencia y contrarreferencia sean atendidas a través de Telesalud (Tabla 15).

Cada OCP ha sido diseñado con indicadores específicos y plazos definidos que facilitan su seguimiento y evaluación, asegurando que las acciones implementadas generen resultados tangibles en términos de eficiencia operativa,

calidad asistencial y satisfacción del usuario. La articulación secuencial de estos objetivos permite una implementación gradual pero sostenida de las transformaciones necesarias, minimizando la resistencia al cambio y maximizando la probabilidad de éxito en cada etapa del proceso de modernización institucional.

Tabla 15

Objetivo a Largo Plazo y Objetivos a Corto Plazo

OLP		OCP	
1	Implementar el sistema de historia clínica informatizada en el 100% de los servicios de hospitalización al año 2030	1.1	Realizar un diagnóstico del uso actual de historias clínicas informatizadas en consultorios, identificando brechas y necesidades formativas.
		1.2	Adquirir e instalar equipamiento informático (computadoras, pantallas, Internet) en todos los servicios de hospitalización.
		1.3	Capacitar al personal sobre el uso adecuado del sistema de historias clínicas, garantizando comprensión técnica y operativa.
		1.4	Iniciar la digitalización progresiva de las historias clínicas en al menos el 50% de los departamentos del HRDT.
		1.5	Implementar software para visualización y gestión de historias clínicas en servicios de hospitalización.
		1.6	Disminuir los costos administrativos en un 20% a través de la reducción de documentación física mediante el sistema de historias clínicas informatizadas.
2	Implementar la gestión por procesos en el 30% de las oficinas administrativas al año 2030.	2.1	Establecer la Oficina de Gestión por Procesos con recursos y personal asignado.
		2.2	Capacitar al personal administrativo del Hospital en mapeo, documentación y monitoreo de procesos.
		2.3	Identificar y priorizar los procesos críticos en las oficinas administrativas (por ejemplo, contratación, abastecimiento, atención al usuario).
		2.4	Implementar los procesos priorizados en al menos el 30% de las oficinas administrativas, incluyendo mecanismos de retroalimentación.
		2.5	Diseñar e implementar indicadores de desempeño para monitoreo y mejora continua de los procesos.
		2.6	Reducir los costos operativos administrativos en un 20% mediante la optimización y automatización de procesos en las oficinas administrativas al año 2030.
		2.7	Disminuir los costos por reprocesos y errores administrativos en un 40% mediante la estandarización e implementación de procesos críticos optimizados.
		2.8	Optimizar la distribución de recursos asignados
3	Actualización del 100% de las guías de práctica clínica (GPC), incluyendo las relacionadas con Telesalud al año 2030	3.1	Conformar el Comité de Expertos para la revisión y elaboración de GPC (áreas: Pediatría, Medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia).
		3.2	Revisar sistemáticamente la literatura científica y consultar a expertos para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de las diez patologías más frecuentes por cada área asistencial (Pediatría, Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia) en la población
		3.3	Redactar nuevas GPC en base a evidencia actualizada.
		3.4	Validar las GPC a través de procesos participativos con expertos clínicos.
		3.5	Publicar y difundir las GPC a través de canales institucionales.
		3.6	Implementar las GPC en el 100% de los servicios de hospitalización y consulta externa.
		3.7	Reducir en 15% el costo de medicamentos y procedimientos médicos a través de la aplicación de GPC actualizadas que promuevan tratamientos costo-efectivos.
		3.8	Mejorar la salud de la población, ofreciendo servicios de salud basados en evidencia
4	Lograr que 100% de las primeras consultas de referencia y contrareferencia sean a través de Telesalud al año 2030.	4.1	Verificar el equipamiento completo de Telesalud en el Hospital (computadoras, pantallas, Internet) y su funcionamiento adecuado
		4.2	Mapear los equipos de Telesalud en funcionamiento en otros establecimientos de la red asistencial del Hospital y evaluar las principales necesidades de interconsultas en la jurisdicción.
		4.3	Capacitar al personal asistencial y administrativo pertinente en el uso efectivo de Telesalud.
		4.4	Establecer criterios clínicos para consultas por Telesalud, según las guías actualizadas
		4.5	Programar al menos 10 consultas mensuales con especialistas mediante Telesalud para establecimientos de salud sin acceso directo a atención especializada, priorizando las necesidades de interconsultas en la jurisdicción
		4.6	Incrementar mensualmente en 5 el número de teleinterconsultas realizadas, acumulativamente, hasta alcanzar el número requerido para cubrir la demanda total de referencia y contrareferencia registrada.
		4.7	Reducir en 30% los costos operativos de consultas especializadas, reduciendo gastos de infraestructura y logística mediante el uso de telemedicina.

7.2 Recursos asignados a los Objetivos de Corto Plazo

Para poder ejecutar los OCPs, se requieren recursos que trascienden los financieros. Basándonos en la información provista por D'Alessio (2014), se consideraron los recursos financieros, físicos, humanos y tecnológicos, elementos que se potencian entre ellos para poder lograr los objetivos en el sector salud.

7.2.1 Recursos financieros

La implementación de los OCPs requiere una inversión distribuida en múltiples rubros presupuestales. Los recursos financieros incluyen la adquisición de equipamiento informático (computadoras, pantallas, servidores), el licenciamiento de software especializado para HCI y telemedicina, los costos de capacitación del personal en nuevas tecnologías y procesos, y los gastos operativos para el funcionamiento de la Oficina de Gestión por Procesos. Adicionalmente, se requieren recursos para la contratación de consultorías en gestión de procesos, la elaboración y validación de guías de práctica clínica, y los costos de conectividad y mantenimiento de la infraestructura tecnológica.

7.2.2 Recursos físicos

La infraestructura física necesaria abarca desde la adecuación de espacios para la instalación de equipos informáticos hasta la adaptación de ambientes específicos para telemedicina con condiciones técnicas apropiadas (iluminación, acústica, conectividad). Se requiere el acondicionamiento de la Oficina de Gestión por Procesos con mobiliario y equipamiento adecuado, y la adaptación de consultorios para servicios de teleconsulta. También incluye la infraestructura de red y telecomunicaciones, sistemas de respaldo eléctrico, y espacios de

almacenamiento seguro para servidores y equipos tecnológicos, dado que la información de los pacientes es considerada como sensible.

7.2.3. Recursos humanos

El capital humano constituye el recurso más crítico para el éxito de la transformación digital del HRDT. Se requiere personal capacitado en TIC para la implementación y mantenimiento de sistemas informáticos, expertos en gestión por procesos para liderar la nueva oficina, y capacitadores para el entrenamiento del personal médico y administrativo. Es fundamental contar con especialistas médicos con experiencia en telemedicina, profesionales de la salud capacitados en el uso de historias clínicas informatizadas, y un equipo multidisciplinario de expertos clínicos para la elaboración y validación de GPC. El porcentaje de horas dedicadas a estas nuevas funciones debe también ser puesta en perspectiva, ya que es posible que los trabajadores distribuyan su jornada laboral entre funciones asistenciales y administrativas.

7.2.4 Recursos tecnológicos

La transformación digital del Hospital demanda una plataforma tecnológica robusta que incluye sistemas de información hospitalaria (HIS) integrados, software especializado para gestión de historias clínicas informatizadas, plataformas de telemedicina con capacidades de videoconferencia de alta definición, y sistemas de gestión documental para procesos administrativos. Se requieren bases de datos seguras con sistemas de recuperación, e idealmente, herramientas de análisis de datos para el monitoreo de indicadores de gestión. La infraestructura tecnológica debe complementarse con sistemas de ciberseguridad, licencias de software

actualizadas, y herramientas de colaboración digital que faciliten el trabajo en equipo y la comunicación interdisciplinaria (Curioso & Espinoza-Portilla, 2015).

7.3 Políticas de cada estrategia

Como parte de la implementación estratégica, se desarrollaron políticas alineadas con los valores del HRDT, cuyo principal objetivo es orientar las estrategias definidas para alcanzar la visión institucional. Las cinco políticas elaboradas se presentan en la Tabla 16 y se centran en: la atención en salud centrada en la persona, la equidad en el acceso a los servicios de salud, la incorporación de las TIC para optimizar los procesos de atención, la promoción del uso de la evidencia en la práctica clínica y la mejora continua orientada a garantizar la excelencia de los servicios del HRDT.

Tabla 16

Políticas

Políticas	
P1	Garantizar una atención en salud centrada en la persona, con altos estándares de calidad, eficiencia y respeto a los derechos del usuario.
P2	Asegurar el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, tanto presenciales como virtuales, para todos los usuarios del HRDT y su jurisdicción.
P3	Impulsar el uso ético, seguro y eficiente de las tecnologías de la información para mejorar los procesos de atención y proteger la información de los usuarios.
P4	Promover la práctica basada en evidencia y la participación interdisciplinaria para actualizar y optimizar los procesos de atención.
P5	Implementar un sistema de evaluación y mejora continua que fortalezca la gestión institucional y garantice la excelencia en los servicios.

Las estrategias deben estar alineadas con al menos una de las políticas propuestas. Para verificar este cumplimiento, se elaboró la matriz de estrategias versus políticas (Tabla 17), en la cual se evidencia que cada estrategia guarda correspondencia con al menos dos políticas.

7.3.1 Estrategia 1: Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital

Esta estrategia se fundamenta en las políticas P2 y P3, estableciendo un marco integral para la transformación digital del hospital. La política P2 garantiza que la implementación de las TIC mantenga el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, asegurando que tanto los servicios presenciales como virtuales lleguen a todos los usuarios del HRDT y su jurisdicción sin crear barreras tecnológicas. Complementariamente, la política P3 impulsa el uso ético, seguro y eficiente de las TIC, estableciendo los estándares necesarios para mejorar los procesos de atención mientras se protege la información sensible de los usuarios, creando un ecosistema digital confiable y efectivo.

7.3.2 Estrategia 2: Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales

Esta estrategia se apoya en las políticas P1, P2 y P5, creando un ciclo completo de atención centrada en el usuario. La política P1 garantiza que las encuestas reflejen verdaderamente una atención en salud centrada en la persona, midiendo los altos estándares de calidad, eficiencia y respeto a los derechos del usuario. La política P2 asegura que estos instrumentos de medición lleguen equitativamente a todos los usuarios, aprovechando tanto medios presenciales como virtuales para maximizar la participación. Finalmente, la política P5 cierra el ciclo

al implementar un sistema de evaluación y mejora continua que utiliza los resultados de estas encuestas para fortalecer la gestión institucional y garantizar la excelencia en los servicios.

7.3.3 Estrategia 3: Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención

La implementación de la telemedicina se sustenta en las políticas P2 y P3, creando un modelo de atención híbrido que responde a las necesidades actuales de acceso a servicios de salud. La política P2 está presente al asegurar el acceso equitativo y continuo a los servicios de salud tanto presenciales como virtuales, garantizando que la telemedicina no genere exclusión sino que amplíe las oportunidades de atención para todos los usuarios del HRDT y su jurisdicción. La política P3 proporciona el marco ético y técnico necesario, impulsando el uso seguro y eficiente de las TIC en la prestación de servicios médicos remotos, mientras protege la confidencialidad y seguridad de la información de los pacientes durante las consultas virtuales.

7.3.4 Estrategia 4: Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital

Esta estrategia encuentra su fundamento en las políticas P2 y P4, estableciendo un enfoque integral para el desarrollo de la capacidad instalada del hospital. La política P2 guía las mejoras de infraestructura hacia el aseguramiento del acceso equitativo y continuo a los servicios de salud, garantizando que las inversiones en infraestructura física y tecnológica beneficien a todos los usuarios del HRDT y su jurisdicción. La política P4 complementa este enfoque promoviendo que todos los mejoramientos se basen en evidencia científica y cuenten con

participación interdisciplinaria, asegurando que las decisiones de inversión en infraestructura estén fundamentadas en las mejores prácticas y contribuyan efectivamente a la optimización de los procesos de atención.

7.3.5 Estrategia 5: Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente

La gestión de operaciones se estructura sobre las políticas P1, P2 y P5, creando un sistema integral de cumplimiento normativo centrado en la calidad y la mejora continua. La política P1 establece el norte de esta gestión, garantizando que todos los procesos operativos mantengan una atención en salud centrada en la persona con altos estándares de calidad, eficiencia y respeto a los derechos del usuario. La política P2 asegura que esta gestión operativa mantenga el acceso equitativo y continuo a los servicios, mientras que la política P5 proporciona el marco de evaluación y mejora continua necesario para que la gestión de operaciones fortalezca constantemente la gestión institucional y garantice el cumplimiento normativo como base para la excelencia en los servicios.

7.3.6 Estrategia 6: Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda

Esta estrategia se fundamenta en las políticas P1, P4 y P5, estableciendo un modelo de gestión de procesos centrado en la excelencia y la mejora continua. La política P1 define el objetivo central al garantizar una atención en salud centrada en la persona, con altos estándares de calidad, eficiencia y respeto a los derechos del usuario, estableciendo que la optimización de procesos debe traducirse en mejores experiencias para los pacientes. La política P4 aporta la metodología al promover la práctica basada en evidencia y la participación interdisciplinaria, asegurando que

la optimización de procesos se fundamente en las mejores prácticas científicas y el trabajo colaborativo de los equipos de salud. Finalmente, la política P5 proporciona el mecanismo de sostenibilidad mediante un sistema de evaluación y mejora continua que garantiza que la optimización de procesos sea un ejercicio permanente orientado hacia la excelencia en los servicios.

Tabla 17*Matriz de Estrategias Versus Políticas*

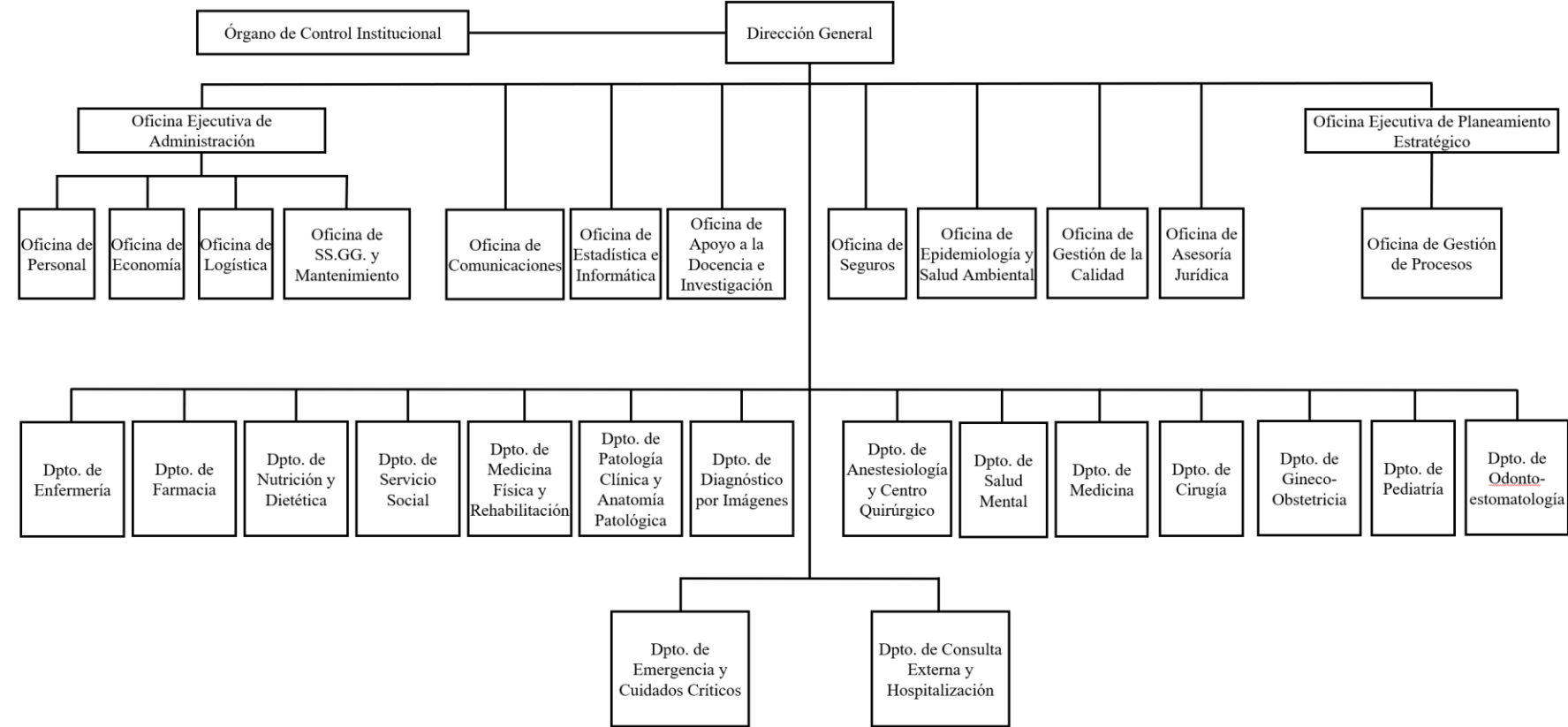
Estrategias	Políticas
1. Uso de las TIC integrado a las plataformas digitales en los diferentes servicios del hospital, dado el favorable marco legal y el incremento de presupuesto.	P2, P3
2. Promover y distribuir encuestas de satisfacción del usuario por medios digitales, aprovechando la disposición de la población para mejorar la calidad de los servicios y reducir quejas y reclamos.	P1, P2, P5
3. Uso de telemedicina para aliviar la sobredemanda de atención.	P2, P3
4. Mejoramiento de la infraestructura para la prestación de servicios ya presentes en el Hospital, dado las mejoras en presupuesto y marco legal vigente.	P2, P4
5. Implementación de la gestión de operaciones para mejorar el cumplimiento de la normatividad vigente.	P1, P2, P5
6. Optimización de la atención al paciente mediante gestión de procesos para cubrir la demanda.	P1, P4, P5

7.4 Estructura organizacional

Para lograr los OCPs y por tanto, los OLPs, la estructura organizacional del HRDT incluirá la nueva Oficina de Gestión de Procesos, que dependerá de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, siendo esta última la unidad supervisora de la implementación del nuevo enfoque.

Figura 9

Organigrama (2026 -2030) del Hospital Regional Docente de Trujillo



Creación propia.

7.5 Medioambiente, Ecología y Responsabilidad Social

La implementación de las estrategias del HRDT incorpora un enfoque integral de sostenibilidad ambiental y responsabilidad social, en cumplimiento de las responsabilidades del Estado en salud ambiental establecidas por la Ley General de Salud. La gestión por procesos promoverá el seguimiento de los indicadores de sostenibilidad que monitoreen la gestión adecuada de residuos hospitalarios conforme a la Norma Técnica para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios.

Asimismo, la transformación digital planteada contribuirá significativamente a la reducción del impacto ambiental mediante la digitalización de procesos que tradicionalmente requerían grandes volúmenes de papel, como las historias clínicas informatizadas que eliminarán progresivamente el uso de expedientes físicos y los costos asociados de almacenamiento y archivo, conforme a los lineamientos del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE), y por el Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al RENHICE (Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, 2017; Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, 2013).

Adicionalmente, la implementación de la telemedicina representa una contribución a la sostenibilidad ambiental al reducir la necesidad de desplazamientos de pacientes desde localidades remotas, disminuyendo las emisiones de carbono asociadas al transporte y optimizando el uso de recursos energéticos (Purohit et al., 2021). Esta modalidad de atención no solo beneficia al medioambiente, sino que democratiza el acceso a servicios especializados,

cumpliendo con el compromiso de responsabilidad social del HRDT como institución pública.

7.6 Recursos Humanos y Motivación

La gestión del talento humano constituye un pilar fundamental para el éxito de la transformación institucional del HRDT, por lo que requiere estrategias integrales de desarrollo, capacitación y motivación que faciliten la adopción de nuevas tecnologías y procesos, en el marco de las Leyes N°23536 y N°30657, que regulan la carrera profesional del personal de salud.

Para el cumplimiento de los objetivos de este planeamiento, el personal asistencial recibirá capacitación mediante programas específicos orientados al manejo de historias clínicas informatizadas, en concordancia con los estándares de acreditación establecidos por la Directiva Administrativa del MINSA (N°373-2025) sobre sistemas de información de historias clínicas electrónicas. Asimismo, en el marco de la implementación de la telemedicina, se desarrollarán programas de capacitación especializados para médicos, enfermeras y personal técnico, con énfasis en competencias de comunicación digital, manejo de plataformas tecnológicas y protocolos de atención virtual, según los lineamientos de la Ley Marco de Telesalud.

El personal administrativo, por su parte, será capacitado en gestión por procesos y en el uso de herramientas digitales, asegurando una transición hacia una administración más eficiente y orientada a resultados.

Con el fin de garantizar la retención del talento humano, se establecerá un plan de carrera que articule las nuevas competencias con oportunidades de ascenso y desarrollo profesional, de acuerdo con la normativa vigente de carrera

profesional. Finalmente, se monitorizará la satisfacción del personal durante el proceso de cambio, implementando acciones oportunas que fortalezcan un clima organizacional positivo, favorable a la innovación y al compromiso institucional.

7.7 Gestión del cambio

La gestión del cambio en el HRDT se estructurará como un proceso sistemático y planificado que facilite la transición exitosa hacia el nuevo modelo de atención digital y gestión por procesos, minimizando la resistencia y maximizando la adopción de las transformaciones propuestas. La estrategia de gestión del cambio que se propone se fundamenta en el modelo de Kotter, las cuales serán adaptadas al contexto hospitalario y las particularidades de la institución pública de salud (Harrison et al., 2021; Kotter, 2012).

La creación de urgencia se desarrollará mediante la socialización de datos objetivos sobre los desafíos actuales del Hospital. Entre ellos se encuentran los tiempos de espera prolongados, la sobrecarga de servicios, las limitaciones en el acceso a especialistas, y la brecha digital en comparación con hospitales de referencia nacional.

La comunicación de la visión se realizará a través de múltiples canales: reuniones presenciales por servicios, boletines informativos digitales, videos explicativos sobre los beneficios de cada estrategia, y sesiones de preguntas y respuestas que permitan aclarar dudas y recoger sugerencias del personal.

Para superar la resistencia al cambio, se realizarán encuestas internas que identifiquen las preocupaciones específicas de cada grupo de trabajadores, proporcionando respuestas técnicas, y capacitación adicional cuando sea necesaria.

La consolidación del cambio se asegurará mediante la institucionalización de las nuevas prácticas a través de la actualización de manuales de procedimientos conforme a los estándares establecidos por el MINSA, y el establecimiento de indicadores de gestión que monitoreen la adopción y efectividad de las transformaciones implementadas. Se establecerá un sistema de evaluación continua garantizando que el cambio sea sostenible, cumpla con el marco legal nacional y se mantenga alineado con la visión institucional.

7.8 Cadena de valor propuesta

La cadena de valor propuesta para el HRDT redefine la configuración organizacional hacia un modelo centrado en la excelencia asistencial y la innovación tecnológica. Esta estructura integra de manera sinérgica las actividades primarias orientadas directamente al paciente con las actividades de apoyo que sustentan y potencian la prestación de servicios de salud de alta calidad (Figura 10).

Las actividades primarias de la cadena incluyen las relaciones públicas y comunicación que constituyen el primer punto de contacto institucional, gestionando la imagen del hospital y facilitando la comunicación efectiva con pacientes, familias y comunidad. El desarrollo y oferta de servicios engloba la planificación, diseño e implementación de nuevos servicios asistenciales, incluyendo la expansión de especialidades y modalidades de atención como la telemedicina. La gestión operativa coordina los procesos asistenciales cotidianos, optimizando flujos de pacientes y recursos para garantizar la continuidad y calidad de la atención. El servicio al paciente se enfoca en la experiencia integral del usuario, desde el acceso hasta el seguimiento y el alta, asegurando una atención humanizada y centrada en sus necesidades. La responsabilidad social materializa el

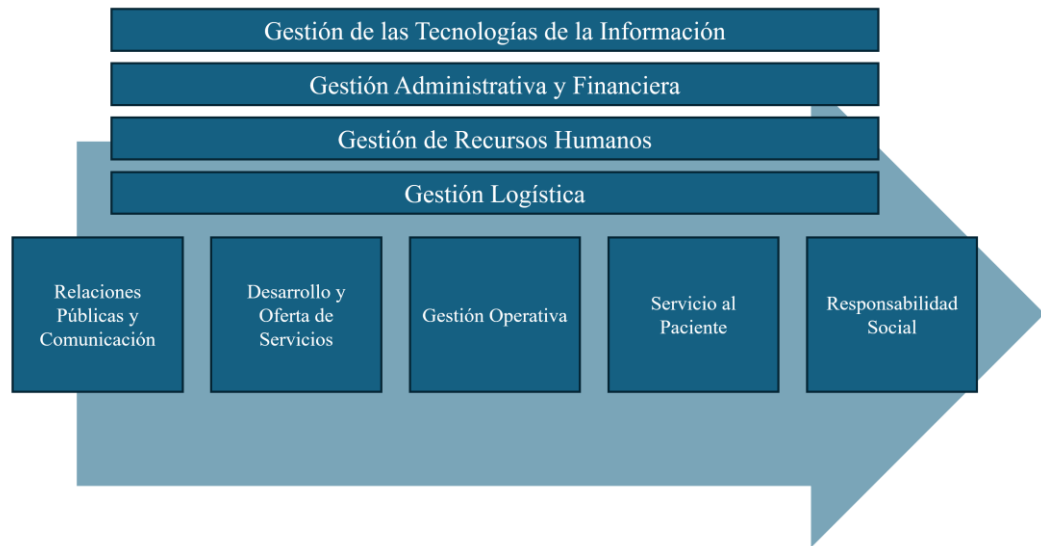
compromiso del hospital con la comunidad a través de programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y proyección social.

Las actividades de apoyo fundamentales comprenden la gestión de las tecnologías de la información que lidera la transformación digital del hospital, implementando sistemas informáticos integrados, historias clínicas electrónicas y plataformas de telemedicina que modernizan y optimizan todos los procesos institucionales. La gestión administrativa y financiera asegura la eficiencia en el uso de recursos, la sostenibilidad económica y el cumplimiento de normativas, facilitando la toma de decisiones basada en indicadores de gestión. La gestión de recursos humanos desarrolla y fortalece las competencias del talento humano, implementando programas de capacitación continua, especialmente en tecnologías digitales y nuevos procesos asistenciales. La gestión logística garantiza el abastecimiento oportuno y eficiente de insumos médicos, medicamentos y equipamiento, optimizando la cadena de suministro para sostener la operación hospitalaria sin interrupciones.

Esta cadena de valor propuesta posiciona al HRDT como una institución innovadora que aprovecha la sinergia entre tecnología, procesos eficientes y capital humano capacitado para generar valor superior en la atención de salud, cumpliendo con su visión de ser un hospital líder en la región La Libertad.

Figura 10

Cadena de valor



Capítulo VIII. Evaluación Estratégica

La evaluación estratégica permite medir, monitorear y ajustar el progreso hacia el logro de los objetivos institucionales, asegurando que las acciones implementadas generen los resultados esperados y contribuyan efectivamente al cumplimiento de la visión organizacional. Para el HRDT, la adopción del modelo de perspectivas de control del Cuadro de Mando Integral representa una metodología global que articula los objetivos de aprendizaje interno, procesos internos, satisfacción del paciente y eficiencia financiera en un sistema coherente de medición del desempeño estratégico. Este capítulo desarrolla sistemáticamente cada perspectiva de control, estableciendo los indicadores y metas específicas que permitirán evaluar el avance hacia la transformación digital y la modernización de la gestión hospitalaria planteada en la estrategia institucional.

8.1 Perspectivas de control

Las perspectivas de control, propuestas originalmente por Kaplan y Norton, han demostrado ser una herramienta útil para la evaluación estratégica en instituciones de salud, siendo adaptadas a distintos contextos del sector (Amer et al., 2022). Aunque requieren cierto grado de personalización debido a las particularidades propias de este ámbito, las perspectivas iniciales se mantienen vigentes, con mayor o menor énfasis según el área de trabajo (Betto et al., 2022). En este capítulo, los objetivos a corto plazo se organizan conforme a dichas perspectivas de control y, finalmente, se integra el Cuadro de Mando Integral, instrumento que facilita la operacionalización de los objetivos estratégicos, siempre alineados con la visión institucional (Vărzaru, 2022).

8.1.1. Aprendizaje interno

Siendo el HRDT una institución centrada en el paciente, el aprendizaje interno constituye un eje fundamental para mantener y elevar la calidad de la atención, ya que los principales actores de este proceso son los profesionales y el personal de salud. La literatura señala que este es un ámbito frecuentemente desatendido en el sector (Betto et al., 2022), lo cual refuerza la necesidad de priorizar estrategias orientadas al fortalecimiento de las competencias, la gestión del conocimiento y el uso eficiente de herramientas tecnológicas.

A continuación, se establecen una serie de objetivos a corto plazo enfocados en mejorar la capacitación del personal, optimizar el manejo de la información clínica y validar procesos asistenciales con base en la evidencia científica. Estos objetivos buscan no solo garantizar la actualización técnica y profesional, sino también consolidar una cultura organizacional de aprendizaje continuo, alineada con la visión institucional.

Las principales líneas de acción incluyen 1) el diagnóstico y optimización del uso de HCI, con el fin de identificar brechas y promover un uso efectivo en los consultorios, 2) la capacitación del personal asistencial y administrativo, asegurando que cuenten con los conocimientos técnicos necesarios para responder a las demandas del sistema de salud y garantizar la calidad de los procesos internos, 3) la revisión y validación de las GPC, tanto mediante la literatura científica como con la participación de expertos clínicos, lo que permite asegurar la pertinencia de la atención en las patologías más frecuentes, y 4) el fortalecimiento de las competencias en telesalud, aspecto clave en la modernización de los servicios y en la ampliación del acceso a la atención médica (Tabla 15).

Los indicadores asociados a cada acción permiten medir el nivel de avance, asegurando un monitoreo constante de la efectividad de las intervenciones. Estos abarcan desde el porcentaje de consultorios que utilizan de manera efectiva las HCI, hasta la proporción de personal capacitado en áreas críticas como el uso de sistemas clínicos o la telesalud.

En conjunto, estas medidas buscan potenciar el capital humano de la institución, garantizando que el personal cuente con las herramientas y conocimientos necesarios para responder de manera eficiente a las necesidades de los pacientes y contribuir de forma sostenible al logro de los objetivos estratégicos del HRDT.

Tabla 15*Perspectiva del aprendizaje interno*

OCP	Objetivo a corto plazo	Acciones	Indicadores
1.1	Realizar un diagnóstico del uso actual de historias clínicas informatizadas (HCI) en consultorios, identificando brechas y necesidades formativas.	Realizar diagnóstico institucional sobre uso actual de HCI	% de consultorios con uso efectivo de HCI
1.3	Capacitar al personal asistencial sobre el uso adecuado del sistema de historias clínicas, garantizando comprensión técnica y operativa.	Capacitar al personal clínico en manejo de HCI	% de personal asistencial capacitado en el uso de HCI
2.2	Capacitar al personal administrativo del Hospital en mapeo, documentación y monitoreo de procesos.	Implementar programa de capacitación en gestión por procesos	% de personal administrativo capacitado
3.2	Revisar sistemáticamente la literatura científica y consultar a expertos para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de las diez patologías más frecuentes por cada área asistencial (Pediatria, Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia) en la población	Revisar sistemáticamente la literatura y consultar a expertos	% de patologías con revisión profunda de la literatura científica y con opinión de expertos
3.4	Validar las GPC a través de procesos participativos con expertos clínicos.	Talleres de validación con expertos clínicos	% de GPC validadas
4.3	Capacitar al personal asistencial y administrativo pertinente en el uso efectivo de Telesalud.	Capacitaciones sobre Telesalud para equipos clínico-administrativos	% de personal asistencial y administrativo capacitado en Telesalud

8.1.2. Procesos internos

La perspectiva de procesos es fundamental para el funcionamiento operativo del HRDT y constituye un elemento central del presente PEI, por lo que cuenta con la mayor cantidad de objetivos (Tabla 16). Su implementación representa un cambio significativo, transitando desde una gestión tradicional hacia un enfoque sistemático basado en procesos. El sector salud ha reconocido crecientemente la importancia de esta metodología, particularmente tras las experiencias derivadas de la pandemia por COVID-19 que evidenciaron la necesidad de procesos más ágiles y adaptables (Betto et al., 2022).

La transformación digital del HRDT constituye un pilar fundamental para mejorar la eficiencia operativa mediante la adquisición e instalación de equipamiento informático en servicios de hospitalización, la digitalización progresiva de historias clínicas y la implementación de software especializado para su visualización y gestión. Esta modernización tecnológica permitirá el acceso integrado a información médica actualizada en tiempo real, facilitando la toma de decisiones clínicas basadas en datos consolidados y mejorando significativamente la continuidad y seguridad de la atención.

El establecimiento de la Oficina de Gestión por Procesos representa la formalización del enfoque sistemático en el hospital, siendo responsable de identificar, mapear y optimizar procesos críticos tanto clínicos como administrativos. La identificación y priorización de procesos en oficinas administrativas, junto con la implementación progresiva de procesos estandarizados y el diseño de indicadores de desempeño, permitirá abordar cuellos de botella operativos y establecer un sistema de monitoreo continuo para la mejora basada en evidencia.

La conformación del Comité de Expertos para la revisión y elaboración de GPC asegura que la atención médica se fundamente en las mejores evidencias disponibles, incluyendo la redacción de nuevas GPC basadas en literatura científica actualizada y su socialización efectiva a través de canales institucionales. Esta estandarización contribuirá a reducir la variabilidad en la práctica clínica, optimizando el uso de recursos y mejorando consistentemente los resultados de salud.

Finalmente, la verificación y optimización del equipamiento de Telesalud busca ampliar estratégicamente el alcance de los servicios hospitalarios mediante el mapeo de equipos en establecimientos de la red asistencial y la evaluación de necesidades de interconsultas. Esta iniciativa facilitará la creación de una red integrada de atención que mejore el acceso a servicios especializados para poblaciones en áreas remotas, transformando gradualmente la cultura organizacional hacia un enfoque de mejora continua donde cada proceso represente una oportunidad de optimización.

Tabla 16

Perspectiva de procesos internos

OCF	Objetivo a corto plazo	Acciones	Indicadores
1.2	Adquirir e instalar equipamiento informático (computadoras, pantallas, Internet) en todos los servicios de hospitalización.	Adquirir e instalar equipos informáticos en los servicios de hospitalización	Promedio de % equipamiento informático instalado y operativo por servicio
1.4	Iniciar la digitalización progresiva de las historias clínicas en al menos el 50% de los departamentos del HRDT.	Digitalizar progresivamente las historias clínicas	% de los departamentos con HC digitalizadas
1.5	Implementar software para visualización y gestión de historias clínicas en servicios de hospitalización.	Implementar software de HCI en hospitalización	% de servicios de hospitalización con software de HCI implementado
2.1	Establecer la Oficina de Gestión por Procesos con recursos y personal asignado.	Establecer la Oficina de Gestión por Procesos	Oficina funcional con equipo designado (Sí/No)
2.3	Identificar y priorizar los procesos críticos en las oficinas administrativas (por ejemplo, contratación, abastecimiento, atención al usuario).	Identificar procesos críticos en oficinas administrativas	% de oficinas administrativas con procesos críticos identificados y priorizados
2.4	Implementar los procesos priorizados en al menos el 30% de las oficinas administrativas, incluyendo mecanismos de retroalimentación.	Implementar procesos priorizados	% de oficinas administrativas con procesos implementados, incluyendo mecanismos de retroalimentación
2.5	Diseñar e implementar indicadores de desempeño para monitoreo y mejora continua de los procesos.	Diseñar indicadores de desempeño para procesos	% de procesos con indicadores de desempeño para monitoreo y mejora continua
3.1	Conformar el Comité de Expertos para la revisión y elaboración de GPC (áreas: Pediatría, Medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia).	Conformar Comité de GPC	% de áreas con comités conformados
3.3	Redactar nuevas GPC en base a evidencia actualizada.	Redactar nuevas GPC basadas en evidencia	% de GPC completamente redactadas
3.5	Publicar y difundir las GPC a través de canales institucionales.	Difundir GPC en medios institucionales	% de GPC socializadas/difundidas
4.1	Verificar el equipamiento completo de Telesalud en el Hospital (computadoras, pantallas, Internet) y su funcionamiento adecuado	Verificar infraestructura de Telesalud	% de equipos operativos y funcionales
4.2	Mapear los equipos de Telesalud en funcionamiento en otros establecimientos de la red asistencial del Hospital y evaluar las principales necesidades de interconsultas en la jurisdicción.	Mapear equipos y evaluar necesidades	% de establecimientos en la red del Hospital con equipos de Telesalud operativos % de establecimientos de la jurisdicción con necesidad de interconsultas identificadas

8.1.3. Clientes (*Pacientes*)

La perspectiva de clientes adquiere una dimensión estratégica fundamental en el sector salud, donde los usuarios buscan servicios que garanticen efectivamente su derecho constitucional a la salud. En este contexto, el enfoque centrado en el paciente trasciende la mera prestación de servicios para convertirse en el núcleo de la misión institucional del HRDT como entidad de salud pública (Tabla 17). Esta perspectiva, aunque tradicionalmente ha recibido menor atención comparada con los enfoques financiero o de procesos en el ámbito sanitario, representa el fundamento sobre el cual se construye la legitimidad y efectividad de toda institución de salud pública. Se ha visto incluso, que estudios en el área estratégica han buscado adaptar la perspectiva de clientes hacia la comunidad, dependiendo del objetivo (Betto et al., 2022).

En primer lugar, se mantiene un compromiso fundamental con la calidad y la seguridad del paciente, por lo que se promoverá la implementación universal de GPC en todos los servicios de hospitalización y consulta externa. Esta iniciativa asegura que cada intervención médica se fundamente en las mejores evidencias científicas disponibles, garantizando los estándares de calidad en toda la institución. La universalización de las GPC representa un salto mayor hacia la medicina basada en evidencia, donde cada decisión clínica responde a protocolos validados científicamente, mejorando significativamente los resultados de salud y la confianza del paciente en el sistema.

En cuanto a la promoción del acceso a los servicios de salud, la telemedicina busca democratizar el acceso a servicios especializados, particularmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad geográfica o social. El establecimiento

de criterios clínicos específicos para consultas por Telesalud, junto con la programación sistemática de al menos 10 consultas mensuales con especialistas, representa un modelo de atención que busca trascender las barreras físicas y geográficas. Esta modalidad prioriza las necesidades de atención especializada, optimizando los recursos disponibles y reduciendo las inequidades en el acceso a servicios de alta complejidad.

En la misma línea, la expansión progresiva del sistema de teleconsultas busca crear una red integrada de atención que responda eficientemente a la demanda total de referencia y contrarreferencia. Este sistema no solo mejora la continuidad asistencial, sino que fortalece la coordinación entre diferentes niveles de atención, asegurando que cada paciente reciba la atención apropiada en el momento oportuno. El incremento mensual sostenido de teleinterconsultas refleja el compromiso institucional de cubrir integralmente las necesidades de salud de la población, transformando el modelo tradicional de atención hacia uno más accesible, oportuno y resolutivo.

Tabla 17*Perspectiva de los clientes (pacientes)*

OCF	Objetivo a corto plazo	Acciones	Indicadores
3.6	Implementar las GPC en el 100% de los servicios de hospitalización y consulta externa.	Implementar GPC en servicios clínicos	Promedio de % de servicios que implementan GPC
4.4	Establecer e implementar criterios clínicos para consultas a servicios por Telesalud, según las guías actualizadas	Establecer criterios clínicos para consultas por Telesalud	% de servicios con implementación de criterios clínicos para consultas por Telesalud
4.5	Programar al menos 10 consultas mensuales con especialistas mediante Telesalud para establecimientos de salud sin acceso directo a atención especializada, priorizando las necesidades de interconsultas en la jurisdicción	Programar consultas mensuales por Telesalud	# de consultas efectivas mediante Telesalud en la jurisdicción
4.6	Incrementar mensualmente en 5 el número de teleinterconsultas realizadas, acumulativamente, hasta alcanzar el número requerido para cubrir la demanda total de referencia y contrarreferencia registrada.	Aumentar progresivamente las teleconsultas	% de cobertura de la demanda

8.1.4. Perspectiva financiera

La perspectiva financiera es especialmente de interés para las instituciones de salud privadas como públicas, enfocándose en costos, desembolsos, retorno de la inversión y eficiencia (Betto et al., 2022). Siendo el HRDT una institución pública sin fines de lucro, la perspectiva financiera se enfoca en optimizar la eficiencia del gasto en salud más que en la generación de utilidades. El retorno de la inversión trasciende los indicadores monetarios tradicionales, priorizando la reducción de resultados adversos en salud de la comunidad y el impacto positivo en los indicadores epidemiológicos poblacionales. Esta perspectiva busca demostrar que cada recurso invertido se traduce directamente en mejores indicadores de salud, cumpliendo así con el mandato social del hospital como institución pública de referencia regional.

Los OCPs relacionados con esta perspectiva buscan mejorar la eficiencia (Tabla 18). La modernización de los procesos administrativos mediante la digitalización progresiva de historias clínicas y la automatización de procesos en oficinas administrativas representa una estrategia integral para reducir significativamente los costos operativos. La transición hacia sistemas digitalizados permitirá disminuir los gastos en documentación física, optimizar los tiempos de procesamiento administrativo y reducir los costos asociados a reprocesos y errores administrativos. Esta transformación busca alcanzar una reducción del 20% en costos administrativos y operativos, liberando recursos que pueden ser redirigidos hacia la atención directa al paciente y el fortalecimiento de servicios asistenciales.

Adicionalmente, la implementación de una distribución estratégica de recursos financieros basada en las necesidades reales de cada servicio, junto con la aplicación sistemática de GPC que promuevan tratamientos costo-efectivos, constituye la base para optimizar el gasto presupuestal. La estandarización de protocolos terapéuticos mediante GPC actualizadas no solo mejora los resultados clínicos, sino que también genera ahorros significativos al reducir la variabilidad innecesaria en prescripciones y procedimientos médicos, contribuyendo a un uso más racional y eficiente de los recursos farmacológicos y tecnológicos.

También se propone, en línea con las anteriores perspectivas, la expansión de servicios de telemedicina representa un modelo innovador de rentabilidad social, donde la reducción de costos operativos en consultas especializadas se combina con una mejora sustancial en el acceso y la calidad de atención. La programación sistemática de teleconsultas permite optimizar la utilización de recursos

especializados, reducir costos de infraestructura y logística, y simultáneamente ampliar la cobertura geográfica de atención.

Tabla 18

Perspectiva financiera

OCP	Objetivo a Corto Plazo	Acciones	Indicadores
1.6	Disminuir los costos administrativos en un 20% a través de la reducción de documentación física mediante el sistema de historias clínicas informatizadas.	Reducir progresivamente la documentación física y reemplazarla por versión digital	% de reducción de costos administrativos
2.6	Reducir los costos operativos administrativos en un 20% mediante la optimización y automatización de procesos en las oficinas administrativas al año 2030.	Optimizar y automatizar los procesos de las oficinas administrativas	% de reducción de costos operativos
2.7	Disminuir los costos por reprocesos y errores administrativos en un 40% mediante la estandarización e implementación de procesos críticos optimizados.	Estandarizar e implementar procesos críticos optimizados	% de reducción de costos por reprocesos y errores administrativos
2.8	Optimizar la distribución de recursos asignados	Distribuir los recursos financieros según las necesidades reales de cada servicio	% de ejecución del gasto presupuestal
3.7	Reducir en 15% el costo de medicamentos y procedimientos médicos a través de la aplicación de GPC actualizadas que promuevan tratamientos costo-efectivos.	Aplicar GPCs que promuevan tratamientos costo-efectivos	% de reducción de costos por medicamentos y procedimientos médicos
3.8	Mejorar la salud de la población, ofreciendo servicios de salud basados en evidencia	Utilización sostenida de las GPC actualizadas en los servicios asistenciales	% de reducción tasas de morbilidad y mortalidad de la jurisdicción
4.7	Reducir en 30% los costos operativos de consultas especializadas, reduciendo gastos de infraestructura y logística mediante el uso de telemedicina.	Programar consultas especializadas mediante Telesalud	% de reducción de costos operativos de consultas especializadas

8.2 Cuadro de Mando Integral

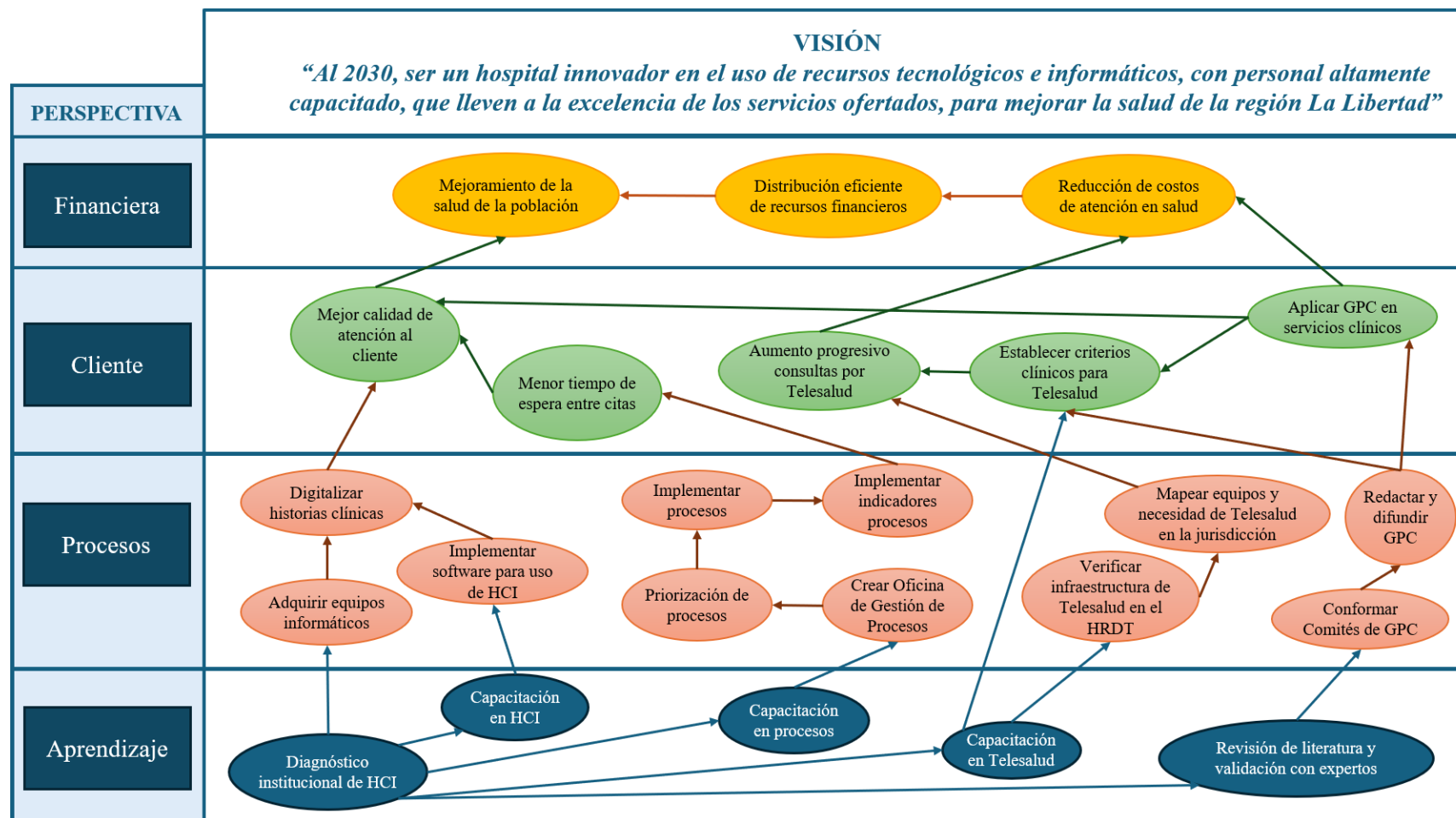
El Cuadro de Mando Integral (CMI) del HRDT articula estratégicamente las cuatro perspectivas fundamentales para alcanzar la visión institucional al 2030. Este modelo integra los objetivos de aprendizaje, de procesos internos, de los clientes o pacientes, y los resultados financieros (Figura 9).

La arquitectura del CMI demuestra cómo la inversión en capacitación del recurso humano en tecnologías de información, gestión de procesos y telesalud (perspectiva de aprendizaje) genera las competencias necesarias para implementar la digitalización de historias clínicas, la gestión por procesos y la expansión de servicios de telemedicina (perspectiva de procesos). Estos procesos optimizados se traducen directamente en mejor calidad de atención, mayor acceso a servicios especializados y reducción de tiempos de espera (perspectiva del cliente), lo que finalmente resulta en una distribución más eficiente de recursos, reducción de costos operativos y mejoramiento de los indicadores de salud poblacional (perspectiva financiera).

Este modelo estratégico posiciona al HRDT como un hospital innovador que utiliza la tecnología y la gestión basada en evidencia para mejorar continuamente la salud de la región La Libertad, cumpliendo su misión social mientras optimiza el uso de recursos públicos y fortalece su capacidad de respuesta ante las necesidades cambiantes de salud de la población.

Figura 10

Cuadro de Mando Integral



Capítulo IX: Competitividad del Sector

El análisis de la competitividad sectorial constituye un elemento esencial para comprender las dinámicas que determinan la posición estratégica de las instituciones de salud, identificando los factores que influyen en su capacidad para generar valor sostenible y mantener ventajas comparativas en un entorno de recursos limitados y creciente demanda de servicios especializados. Para el HRDT, la aplicación del modelo del Diamante de Porter (Porter, 1998), permite examinar sistemáticamente las condiciones estructurales que configuran su entorno competitivo, evaluando tanto las fortalezas que sustentan su posición como centro de referencia regional como los desafíos que enfrenta en el contexto del sistema público de salud peruano. Este capítulo analiza las cuatro dimensiones fundamentales del diamante competitivo aplicadas al HRDT, proporcionando una comprensión integral de los determinantes que definen su capacidad competitiva y orientan las decisiones estratégicas para fortalecer su posicionamiento en el sector salud del norte del país.

9.1 Análisis Competitivo del Entorno

El análisis se centra en el sector público de salud en Perú, específicamente en hospitales públicos bajo el sistema MINSA, caracterizados por atender una población cautiva que depende de estos servicios para su atención médica. Para el análisis competitivo del entorno, se utilizó el modelo del Diamante de Porter el cual se visualiza en la Figura 11.

9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas del Sector

Como parte de los elementos del Diamante de Porter, se consideran 1) las condiciones de los factores, 2) las condiciones de la demanda, 3) la estrategia,

estructura, y rivalidad de las empresas, y 4) las industrias relacionadas y de apoyo, las cuales se detallan a continuación.

9.2.1. Condiciones de los factores

Las condiciones de los factores del HRDT presentan una situación contrastante entre fortalezas estructurales y limitaciones operativas significativas. El Hospital mantiene una política de precios accesibles que permite el acceso universal a los servicios de salud, cumpliendo efectivamente con su mandato social y garantizando atención médica independientemente de la capacidad económica del paciente. Esta característica se complementa con un enfoque institucional centrado en el bienestar de la población, donde la institución prioriza consistentemente el beneficio social sobre la rentabilidad económica, posicionándose como un actor fundamental en la provisión de servicios de salud para sectores vulnerables.

Sin embargo, estas fortalezas contrastan marcadamente con limitaciones operativas que comprometen la eficiencia del servicio. La infraestructura deficiente constituye uno de los principales obstáculos, manifestándose en instalaciones que presentan limitaciones tecnológicas significativas y equipamiento obsoleto que afecta tanto la calidad como la eficiencia de la atención médica proporcionada. Adicionalmente, la falta de procesos eficientes se refleja en procedimientos administrativos y clínicos que requieren optimización urgente para reducir los tiempos de espera excesivos y mejorar sustancialmente la experiencia del paciente. El déficit crónico de medicamentos agrava esta situación, ya que la disponibilidad irregular de medicamentos esenciales compromete la continuidad del tratamiento médico y reduce significativamente la efectividad de la atención proporcionada,

generando desconfianza en el sistema y obligando a los pacientes a buscar alternativas costosas en el sector privado.

9.2.2. Condiciones de la demanda

El entorno de la demanda refleja tanto el reconocimiento de la calidad del servicio como los desafíos estructurales del sistema de salud público. Los usuarios mantienen una percepción positiva respecto a la calidad de los servicios ofrecidos, reconociendo especialmente la competencia técnica del personal médico y la alta especialización de los servicios proporcionados, lo que genera confianza en la capacidad resolutoria de la institución. Esta percepción favorable se fortalece por el hecho de que el hospital cuenta con una jurisdicción territorial claramente definida y una población de referencia identificable, facilitando significativamente la planificación estratégica, la asignación de recursos y la gestión eficiente de los servicios de salud según las necesidades específicas de su área de influencia.

No obstante, el sistema enfrenta desafíos críticos que limitan su capacidad de respuesta efectiva. La demanda insatisfecha representa uno de los problemas más acuciantes, ya que la capacidad instalada resulta insuficiente para atender la totalidad de la demanda existente, generando listas de espera prolongadas y una sobrecarga constante del sistema que deteriora la calidad de atención. Esta situación se agrava por la falta generalizada de cultura de prevención en la población, que tiende a utilizar los servicios de salud de manera reactiva ante la manifestación de enfermedades, en lugar de adoptar medidas preventivas que podrían reducir significativamente la carga asistencial y optimizar el uso de recursos disponibles, perpetuando un ciclo de demanda excesiva concentrada en servicios curativos de mayor complejidad y costo.

9.2.3. Contexto para la estrategia y rivalidad de las empresas

El contexto competitivo muestra que los servicios de telemedicina constituyen una fortaleza estratégica significativa, ya que amplía considerablemente el alcance geográfico de la atención médica, mejora el acceso de poblaciones remotas a especialistas altamente calificados y optimiza el uso de recursos especializados escasos. Esta ventaja tecnológica se complementa con la provisión de servicios de alta complejidad que no están disponibles en gran parte del sector privado local, posicionando al HRDT como referente regional en determinadas especialidades y consolidando su rol como centro de derivación para casos de mayor complejidad técnica.

Sin embargo, los consultorios privados han adoptado estrategias agresivas de reducción de precios dirigidas al público general, disminuyendo significativamente la ventaja comparativa histórica del HRDT en términos de accesibilidad económica y creando una competencia directa por segmentos poblacionales que tradicionalmente dependían exclusivamente del sistema público de salud. Esta presión competitiva se intensifica por el hecho de que el sector privado cuenta con infraestructura moderna, equipamiento de última generación y procesos administrativos más eficientes, generando una percepción de mayor calidad y comodidad en ciertos segmentos de la población que pueden acceder a estas alternativas, lo que desafía al HRDT a mejorar continuamente su propuesta de valor para mantener su relevancia competitiva.

9.2.4. Sectores afines y auxiliares

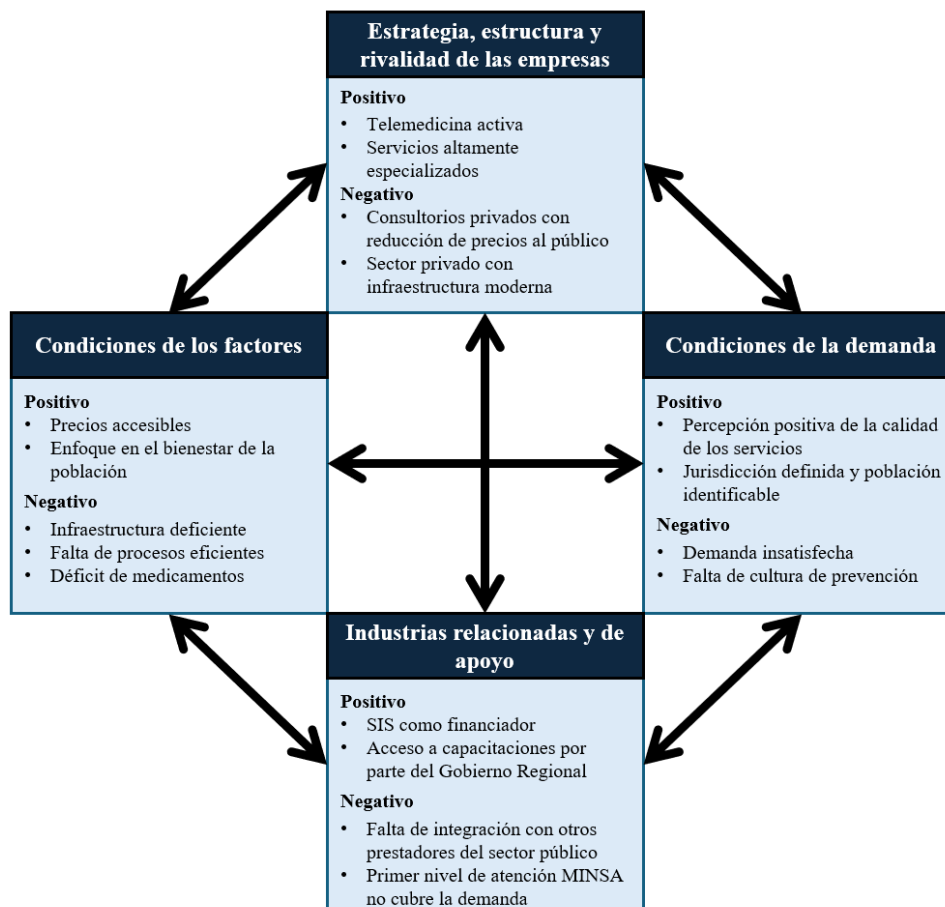
El ecosistema de industrias relacionadas y de apoyo presenta elementos favorables limitados por deficiencias significativas en la integración y coordinación

intersectorial. El SIS funciona como un mecanismo de financiamiento fundamental que garantiza el acceso a los servicios para la población en situación de vulnerabilidad económica, proporcionando un soporte financiero estable que permite al HRDT mantener su función social sin depender exclusivamente de los pagos directos de los usuarios. Esta fortaleza se complementa con las oportunidades de capacitación continua proporcionadas por el Gobierno Regional, las cuales contribuyen al fortalecimiento permanente de las competencias técnicas del personal de salud, mejorando la calidad de atención y manteniendo actualizados los conocimientos médicos según los avances científicos y tecnológicos más recientes.

No obstante, el ecosistema de apoyo presenta debilidades estructurales que limitan significativamente la efectividad del sistema de salud en su conjunto. La falta de integración con otros prestadores del sector público genera una fragmentación preocupante en la continuidad asistencial, donde los pacientes experimentan discontinuidades en su atención al transitar entre diferentes niveles de complejidad. Esta problemática se agrava porque el primer nivel de atención del MINSA no logra cubrir adecuadamente la demanda de atención primaria, creando una presión excesiva sobre los hospitales de mayor complejidad que debe absorber casos que podrían resolverse en niveles de menor complejidad, sobrecargando sus servicios especializados y reduciendo la eficiencia global del sistema, mientras genera costos innecesarios y tiempos de espera prolongados para los usuarios que requieren atención de alta complejidad.

Figura 11

Modelo del Diamante Competitivo de Porter



Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

Las conclusiones del presente planeamiento estratégico se estructuran en función de los cuatro OLPs definidos para el HRDT, los cuales constituyen los pilares fundamentales para la transformación institucional hacia un modelo de atención digitalizado, eficiente y centrado en la excelencia asistencial al año 2030. Las recomendaciones se enfocan en proveer una guía a los líderes que están a cargo de la ejecución de este plan, y finalmente se ofrecen reflexiones sobre el futuro de la organización.

10.1 Conclusiones

El presente planeamiento se ha enfocado en poder alcanzar los OLPs que están contemplados bajo la visión del HRDT al 2030. La implementación del sistema de historia clínica informatizada en el 100% de los servicios de hospitalización representa un elemento crítico para la modernización tecnológica del HRDT y constituye la base sobre la cual se sustentarán las demás transformaciones digitales planificadas. La expansión de este sistema desde su actual limitación al departamento de consulta externa hacia la totalidad de los servicios hospitalarios permitirá la integración completa de los procesos asistenciales, facilitando el acceso oportuno y preciso a la información clínica durante todo el continuum de atención del paciente. Esta transformación digital no solo optimizará la eficiencia operativa, sino que también contribuirá significativamente a mejorar la seguridad del paciente mediante la reducción de errores médicos asociados a la documentación manual y la fragmentación de la información clínica.

Como segundo OLP se plantea la implementación de la gestión por procesos en el 30% de las oficinas administrativas del HRDT, que constituye un cambio paradigmático que transitará la institución desde un modelo de gestión tradicional hacia un enfoque sistemático basado en la mejora continua y la optimización de procesos. El diagnóstico organizacional reveló la ausencia de una unidad específica encargada de la gestión de procesos como una debilidad institucional crítica que limita la capacidad de planificar, coordinar y estandarizar procesos transversales. La creación de la Oficina de Gestión por Procesos, dependiente de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, representa una inversión estratégica que permitirá identificar, mapear y optimizar los puntos críticos de la organización. Esta transformación gerencial establecerá un sistema de monitoreo basado en indicadores que facilitará la toma de decisiones informadas, la estandarización de procedimientos y la reducción significativa de tiempos de respuesta en los procesos institucionales. La implementación gradual en el 30% de las oficinas administrativas proporcionará las lecciones aprendidas necesarias para una eventual expansión a toda la organización, particularmente cuando se materialice la construcción del nuevo hospital.

Como tercer OLP y promoviendo el uso de la evidencia, se propone la actualización del 100% de las guías de práctica clínica, incluyendo aquellas relacionadas con Telesalud, representa un compromiso institucional y constituye un elemento fundamental para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica proporcionada. Considerando que actualmente solo el 20% de los departamentos cuentan con guías actualizadas, esta iniciativa implica un esfuerzo significativo de revisión de literatura científica y adaptación al contexto regional que requiere la

conformación de una comisión interdisciplinaria especializada. La actualización integral de estas guías no solo estandarizará los procesos clínicos bajo las mejores evidencias disponibles, sino que también facilitará la implementación efectiva de los servicios de telemedicina al establecer protocolos específicos para la atención virtual.

Finalmente, y como parte de su objetivo de asegurar el bienestar de la población, se visualiza el incremento de los servicios de telemedicina hasta lograr que el 100% de las consultas de referencia y contrarreferencia sean atendidas a través de esta modalidad al año 2030. Esto posiciona al HRDT como pionero en la implementación de tecnologías digitales de salud en el norte del país. Esta expansión, que incluye alcanzar 5 consultas mensuales como interconsultores con el 50% de participación de los hospitales de la red de atención y 10 prestaciones como consultantes mensualmente, requiere una transformación integral que abarca desde la capacitación intensiva del personal existente hasta el mantenimiento y adquisición de equipos especializados. La implementación exitosa de este objetivo no solo ampliará significativamente el acceso a servicios especializados para poblaciones remotas, sino que también optimizará el uso de recursos especializados escasos y contribuirá a descongestionar la demanda presencial del hospital.

10.2 Recomendaciones

Para garantizar el éxito del planeamiento estratégico del HRDT se sugieren las siguientes acciones:

Alta Dirección

- Comunicar los objetivos de este Plan Estratégico y socializarlo en la institución.

- Designar un responsable de Transformación Digital
- Establecer un cronograma maestro priorizando la infraestructura tecnológica base.
- Gestionar recursos adicionales ante el Gobierno Regional y el MINSA, aprovechando el marco normativo y oportunidades de financiamiento.
- Implementar un sistema de comunicación institucional multicanal para mantener informado al personal.

Departamentos Clínicos

- Liderar la transición hacia historias clínicas electrónicas con períodos de funcionamiento paralelo de al menos tres meses.
- Participar en la actualización de guías clínicas, priorizando las de mayor impacto.
- Identificar y capacitar médicos líderes en telemedicina en cada especialidad.

Oficinas Administrativas

- Documentar procesos actuales e identificar cuellos de botella mediante mapeo.
- Definir indicadores de desempeño alineados a objetivos institucionales.
- Designar enlaces de gestión por procesos y coordinar con la Oficina respectiva.
- Capacitar al personal en herramientas digitales y sistemas de gestión documental.

Departamento de Informática

- Desarrollar un plan maestro de infraestructura tecnológica que incluya conectividad, respaldo eléctrico, servidores y seguridad de datos.

- Implementar protocolos de encriptación, control de acceso, auditoría y recuperación ante desastres.
- Crear un centro de datos secundario y sistemas de respaldo automático diario.
- Establecer soporte técnico 24/7 y capacitación continua al personal.

Recursos Humanos

- Diseñar un plan integral de capacitación en TI, gestión por procesos y telemedicina, en alianza con universidades y organizaciones especializadas.
- Monitorear la satisfacción laboral mediante encuestas y grupos focales durante todo el proceso de cambio.

10.3 Futuro de la organización

La visión del HRDT se basa en aprovechar estratégicamente su infraestructura actual como plataforma para una expansión sostenible e integrada con las nuevas instalaciones proyectadas. El planeamiento estratégico 2025-2030 reconoce que el hospital actual seguirá siendo el núcleo operativo. Su ubicación en el centro histórico de Trujillo asegura accesibilidad, mientras que el uso de la tecnología optimizará el uso de las 320 camas, consultorios y áreas administrativas. La gestión por procesos se extenderá a todas las áreas administrativas, consolidando estándares de calidad y eficiencia.

La construcción del nuevo hospital, prevista para fines de 2025 bajo la modalidad Gobierno a Gobierno con UK Health Care, permitirá materializar la modernización planteada. Con 519 camas, 84 consultorios, 32 salas de procedimiento y más de 28,000 equipos de última generación, la nueva infraestructura integrará desde su diseño sistemas digitales avanzados, centros de

datos y espacios especializados en telemedicina. Las lecciones aprendidas en la infraestructura actual garantizarán una implementación más eficiente.

Con esta transformación digital y organizativa, el HRDT se posicionará como hospital líder del norte del Perú en innovación tecnológica, eficiencia y calidad asistencial, beneficiando a la región La Libertad y sirviendo de modelo para otros hospitales regionales. La continuidad estratégica asegura que las inversiones del período 2025-2030 generen beneficios sostenidos en las próximas décadas, cumpliendo la visión institucional de ser “un hospital innovador en el uso de recursos tecnológicos e informáticos, con personal altamente capacitado, que lleve a la excelencia los servicios ofertados”.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, F. J. (1967). *Scanning the Business Environment*. Macmillan.
- Allpas-Gómez, H. L. (2019). Telesalud y Telemedicina, el presente y perspectivas futuras en el Perú y el mundo. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 3(3), 99-100. <https://doi.org/10.35839/repis.3.3.338>
- Alrubaiee, L., & Alkaa'ida, F. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies*, 3(1), p103. <https://doi.org/10.5539/ijms.v3n1p103>
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: Is it beneficial? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07452-7>
- Ansoff, H. I. (1980). Strategic issue management. *Strategic Management Journal*, 1(2), 131-148. <https://doi.org/10.1002/smj.4250010204>
- Arroyo-Laguna, J., & La Chira Villanueva, P. (2023). Factores asociados a los desplazamientos de la demanda en salud en Perú, 2007-2021: Un modelo discreto de privatización e informalización. *Gerencia y Políticas de Salud*, 22, 1-23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.fadd>
- Augustovski, F., Palacios, A., Beratarrechea, A., Diez-Canseco, F., Irazola, V., Ramirez-Zea, M., Pichon-Riviere, A., & Rubinstein, A. (2017). Cost-Effectiveness Analysis Of A Randomized Trial Of An Mhealth Intervention To Improve Cardiometabolic Profile In Prehypertensive

- Subjects From Low-Resource Urban Settings In Latin America. *Value in Health*, 20(9), A916. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.3123>
- Banco Central de la Reserva del Perú. (s. f.). *Caracterización del Departamento de La Libertad*. Recuperado 25 de marzo de 2025, de <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Trujillo/La-Libertad-Caracterizacion.pdf>
- Beratarrechea, A., Diez-Canseco, F., Irazola, V., Miranda, J., Ramirez-Zea, M., & Rubinstein, A. (2016). Use of m-Health Technology for Preventive Interventions to Tackle Cardiometabolic Conditions and Other Non-Communicable Diseases in Latin America- Challenges and Opportunities. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 58(6), 661-673. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2016.03.003>
- Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10291. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610291>
- Cabezas, C. (2010). Necesidad de la investigación en salud para contribuir a la equidad, la salud y el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(3), 310-311.
- CEPLAN. (2022). *Crisis del sistema sanitario (público y privado)*. <https://observatorio.ceplan.gob.pe>
- CEPLAN. (2024). *Mayor población afiliada a un sistema de salud*. <https://observatorio.ceplan.gob.pe>

- Chandra, A., & Skinner, J. (2012). Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care. *Journal of Economic Literature*, 50(3), 645-680.
<https://doi.org/10.1257/jel.50.3.645>
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1994). *Built to last: Successful habits of visionary companies*. HarperCollins Publishers.
- Constitución Política del Perú (1993).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/198518/Constitucion_Politica_del_Peru_1993.pdf?v=1594239946
- Correo, R. (2022, mayo 25). *La Libertad tiene 10 conflictos sociales latentes que merecen pronta atención*. Correo. <https://diariocorreo.pe/edicion/la-libertad/la-libertad-hay-10-conflictos-sociales-latentes-y-es-una-bomba-de-tiempo-noticia/>
- Cotlear, D., Gómez-Dantés, O., Knaul, F., Atun, R., Barreto, I. C. H. C., Cetrángolo, O., Cueto, M., Francke, P., Frenz, P., Guerrero, R., Lozano, R., Marten, R., & Sáenz, R. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1248-1259.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61647-0)
- Curioso, W. H., Coronel-Chucos, L. G., & Henríquez-Suarez, M. (2023). Integrating Telehealth for Strengthening Health Systems in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Perspective from Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 5980.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20115980>
- Curioso, W. H., & Espinoza-Portilla, E. (2015). Marco conceptual para el fortalecimiento de los Sistemas de Información en Salud en el Perú.

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 32(2), 335-342.

Curioso, W. H., Galán-Rodas, E., Curioso, W. H., & Galán-Rodas, E. (2020). El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 366-375.
<https://doi.org/10.35663/amp.2020.373.1004>

Curioso, W. H., & Mechael, P. N. (2010). Enhancing 'M-Health' With South-To-South Collaborations. *Health Affairs*, 29(2), 264-267.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.1057>

Curioso-Vilchez, W. H., & Coronel-Chucos, L. G. (2022). Barriers and challenges for the development of telehealth in Peru in the context of COVID-19. *Visión Electrónica*, 16(1), 9-15.

D'Alessio, F. A. (Ed.). (2014). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (Segunda edición). Pearson Educación.

David, F. R., & David, F. R. (2017). *Conceptos de Administración Estratégica* (15.^a ed.). Pearson Educación.

Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, No. DM N°1306 (2017).
https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Decretos/Legislativos/2016/DL0130620170104.pdf

Defensoria del Pueblo. (2023, mayo 17). Defensoría del Pueblo: Es necesario reforzar atención primaria ante incremento de casos y muerte de personas por dengue en La Libertad. *Defensoria del Pueblo - Perú*.
<https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-es-necesario->

reforzar-atencion-primaria-ante-incremento-de-casos-y-muerte-de-
personas-por-dengue-en-la-libertad/

Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W., & Agurto-Távora, E. (2021). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2146.

Flores, Y. N., Robertson, T., Toledano, M. T., Machado, C. J., Hernández, A. L., Mora, C. A. G., Maceira, D., Noonan, C. M., Prado, A. M., Samuels, T. A., Ortiz, A. I. V., Landaeta, A. V., & Rao, K. D. (2025). The role of demographic and epidemiologic transitions on growing health expenditures in Latin America and the Caribbean: A descriptive study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 44.

<https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101070>

Gerencia Regional de Salud La Libertad. (2016). *Manual de Organización y Funciones—MOF de la Gerencia Regional de Salud La Libertad*. Gerencia Regional de Salud La Libertad.
https://drive.google.com/file/d/19K_WhzzKDjrvnMMJgpBkum6Kvks1engA/view

Gestión, R. (2025a, marzo 25). *Radiografía del sector privado de salud que factura S/4,600 millones al año*. Gestión.
<https://gestion.pe/economia/empresas/el-ingreso-de-tres-nuevos-grupos-de-salud-como-se-configura-el-mercado-clinicas-inversion-sanna-noticia/>

Gestión, R. (2025b, septiembre 17). *Perú solo invierte 0.17% del PBI en innovación, ¿a cuánto podría aumentar en los próximos años?* Gestión.

<https://gestion.pe/economia/peru-solo-invierte-017-del-pbi-en-innovacion-a-cuanto-podria-aumentar-en-los-proximos-anos-noticia/>

Gil-Quevedo, W., Agurto-Távora, E., & Espinoza-Portilla, E. (2017). Ciudadanos informados y empoderados: Claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 311-315. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2747>

Gobierno Regional La Libertad. (s. f.). *Gore La Libertad realizó inversión histórica de S/ 18 millones en el Hospital Regional Docente para ampliar servicios UCI*. Recuperado 30 de junio de 2025, de <https://www.gob.pe/institucion/regionlalibertad/noticias/494006-gore-la-libertad-realizo-inversion-historica-de-s-18-millones-en-el-hospital-regional-docente-para-ampliar-servicios-uci>

Gobierno Regional La Libertad. (2020). *Código de Conducta del Gobierno Regional de La Libertad*. Gobierno Regional La Libertad. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7335081/6261654-codigo-de-conducta-de-funcionarios-y-servidores-grll.pdf?v=1733431209>

Gobierno Regional La Libertad. (2023a). *Informe de evaluación de Implementación Anual POI*. Salud Norte Ascope.

Gobierno Regional La Libertad. (2023b). *Plan de Gobierno Digital 2024-2026*. <https://www.regionlalibertad.gob.pe/transparencia/transparencia-grll/transparencia-institucional/planeamiento-y-organizacion/planes/plan-de-gobierno-digital/23404-plan-de-gobierno-digital-2024-2026/file>

Gobierno Regional La Libertad. (2024). *A fines del 2025 empezaría la construcción del nuevo hospital regional docente—Noticias—Gobierno*

Regional La Libertad—Plataforma del Estado Peruano.

<https://www.gob.pe/institucion/regionlalibertad/noticias/1063168-a-fines-del-2025-empezaria-la-construccion-del-nuevo-hospital-regional-docente>

Gob.pe. (s. f.-a). *Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud ' Información institucional*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de <https://www.gob.pe/institucion/cenares/institucional>

Gob.pe. (s. f.-b). *Trujillo distrito genera cada día 342,05 toneladas de residuos*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de

<https://www.gob.pe/institucion/munitrujillo/noticias/835561-trujillo-distrito-genera-cada-dia-342-05-toneladas-de-residuos>

Gozzer, E., Canchihuamán, F., Chalco, V., Huari, G., Cisneros-Dionisio, A., Quispe, W., & Espinoza, R. (2021). Duración de la gestión ministerial y logros en salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 38(2), 326-336.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6721>

Gozzer Infante, E. (2015). Una visión panorámica de las experiencias de Telesalud en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(2), 385-390.

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare. *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 85-108. <https://doi.org/10.2147/JHL.S289176>

HRDT. (s. f.-a). *Hospital Regional Docente de Trujillo*.

<https://www.hrdt.gob.pe/site/>

HRDT. (s. f.-b). *Portal de Transparencia—Contratación de Bienes y Servicios*.

Recuperado 12 de octubre de 2025, de

https://www.transparencia.gob.pe/contrataciones/pte_transparencia_contrataciones.aspx?id_entidad=15341&id_tema=34&ver=D

HRDT. (s. f.-c). *Portal de Transparencia—Personal*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de

https://www.transparencia.gob.pe/personal/pte_transparencia_personal.aspx?id_entidad=15341&id_tema=32&ver=D

HRDT. (s. f.-d). *Portal de Transparencia—Presupuesto*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de

https://www.transparencia.gob.pe/reportes_directos/pte_transparencia_info_finan.aspx?id_entidad=15341&id_tema=19&ver=D

HRDT. (2018, noviembre 7). *Reunión previa al inicio de la huelga del Sindicato Unificado de Trabajadores del HRDT*.

<https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/prensa/notas-de-prensa/140-reunion-previa-al-inicio-de-la-huelga-del-sindicato-unificado-de-trabajadores-del-hrdt>

HRDT. (2020, marzo 7). *Elaboran Plan de Contingencia para la Prevención y Control del Coronavirus*.

<https://www.hrdt.gob.pe/site/index.php/prensa/notas-de-prensa/216-elaboran-plan-de-contingencia-para-la-prevencion-y-control-de-coronavirus-2>

- HRDT. (2023). *Resolución Directoral N.º 707-2023-HRDT-DG: Plan de contingencia frente a los efectos del Fenómeno el Niño y lluvias intensas 2023-2024*. <https://www.gob.pe/institucion/hrdocente-trujillo/normas-legales/4865904-707-2023-hrdt-dg>
- Hrebiniak, L. G. (2013). *Making strategy work: Leading effective execution and change* (2. ed). Pearson Education.
- INEI. (s. f.). *Población y vivienda*. Recuperado 30 de junio de 2025, de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>
- INEI. (2019). *Producción y Empleo Informal en el Perú: Cuenta Satélite de la Economía Informal 2007-2018*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1701/libro.pdf
- INEI. (2024a). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf?v=1716478980>
- INEI. (2024b). *Evolución de la Pobreza Monetaria 2014-2023*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6578175/5558423-peru-evolucion-de-la-pobreza-monetaria-2014-2023.pdf?v=1720047420>
- INEI. (2024c). *La Libertad. Compendio Estadístico 2024*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7794212/6580311-compendio-estadistico-junin-2024-capitulo-1-al-11.pdf?v=1742335102>

- INEI. (2025, junio). *Estadísticas de las tecnologías de información y comunicación en los hogares. Trimestre Enero-Febrero-Marzo 2025*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8290514/6914428-las-tecnologias-de-informacion-y-comunicacion-en-los-hogares-ene-feb-mar-2025.pdf?v=1751297034>
- Información institucional*. (s. f.). Recuperado 25 de marzo de 2025, de
<https://www.gob.pe/institucion/hrdocente-trujillo/institucional>
- Jeri-De-Pinho, M. (2018). Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud en el Perú: Conocimientos, percepciones y prácticas sobre la protección de sus derechos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 17-21.
<https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14587>
- Jones-Esan, L., Somasiri, N., & Lorne, K. (2024). Enhancing Healthcare Delivery Through Digital Health Interventions: A Systematic Review on Telemedicine and Mobile Health Applications in Low and Middle-Income Countries (LMICs). *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5189203/v1>
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*.
<https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>, <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2>
- Kim, J., Kelley, J., Choi, S., & Weir, P. (2024). Impact of Transportation Barriers on Telehealth Use During the COVID-19 Pandemic. *INQUIRY: The*

Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 61,
00469580241266345. <https://doi.org/10.1177/00469580241266345>

Kotler, P., Keller, K., Brady, M., Goodman, M., & Hansen, T. (2019). *Marketing Management*. Pearson UK.

Kotter, J. P. (2012). *Leading Change*. Harvard Business Press.

Krishnan, A., Ferro, E. G., Weikum, D., Vagenas, P., Lama, J. R., Sanchez, J., & Altice, F. L. (2015). Communication technology use and mHealth acceptance among HIV-infected men who have sex with men in Peru: Implications for HIV prevention and treatment. *AIDS Care*, 27(3), 273-282. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.963014>

Ley del Servicio Civil, No. 30057 (2013).

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/105200/_30057_-_22-07-2013_09_46_37_-30057.pdf?v=1645457366

Ley General de Salud, No. 26842 (1997).

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>

Ley Orgánica de Gobierno Regionales, No. 27867 (2003).

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2089900/Ley%20N%C2%B0%2027867%20Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Gobiernos%20Regionales.pdf.pdf?v=1629296173>

Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (2013).

https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Decretos/Legislativos/2016/01306.pdf

Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarías de los Servicios de Salud, No. 29414 (2009).

<https://www.leyes.congreso.gob.pe/documentos/leyes/29414.pdf>

Ley que modifica la Ley General de Salud N°27842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos (2001).

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/283545/255319_L127604-2001.pdf20190110-18386-ohr4g4.pdf?v=1547176774

Liu, Y., Zhao, S., Yang, L., Aliaga-Linares, L., & He, D. (2022). All-cause mortality during the COVID-19 pandemic in Peru. *IJID Regions*, 5, 177-179. <https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2022.10.005>

Mezones-Holguín, E., Díaz-Romero, R., Castillo-Jayme, J., Jerí-de-Pinho, M., Benites-Zapata, V., Marquez-Bobadilla, E., López-Dávalos, C., & Philipps-Cuba, F. D. M. (2016). Promoción de los derechos en salud en Perú: Una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 520. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2302>

Ministerio de Cultura. (2022). *Encuesta Nacional de Lectura 2022. La Libertad: Informe Departamental de Resultados*. <https://perulee.pe/sites/default/files/Informe%20departamental%20de%20La%20Libertad.pdf>

Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). *Procedimientos para el Cumplimiento de Metas y Los Montos de la Asignación Condicionada de*

Recursos del Tramo II del Incentivo Presupuestario para el Sector Salud (IP Salud) 2024.

[https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/DS007_2024
SA_Procedimientos.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/documentac/DS007_2024_SA_Procedimientos.pdf)

Ministerio de Salud. (s. f.). *Sala Situacional de Enfermedades Metaxénicas.*

Recuperado 30 de junio de 2025, de

https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_metaxenica/

Ministerio de Salud. (2020). *Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025.*

Ministerio de Salud. (2023). *Programa Presupuestal 0002: Salud Materno*

Neonatal. [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-
seguimiento/Reporte%202023-I_PP%200002.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2024/reporte-seguimiento/Reporte%202023-I_PP%200002.pdf)

Municipalidad Provincial de Trujillo. (s. f.). *Municipalidad Provincial de Trujillo.*

Recuperado 25 de marzo de 2025, de

<https://www.munitrujillo.gob.pe/portal/Ciudad>

Norma Técnica de Salud N°021 (2011).

OECD. (2025). *Estudios de la OECD sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025.*

OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/262a739e-es>

OECD & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el*

Caribe 2020. OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

OIT. (1948). *Convenio C087—Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación, 1948 (núm. 87).*

[https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::
P12100_INSTRUMENT_ID:312232](https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312232)

- OIT. (1949). *Convenio C098—Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (núm. 98)*.
https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312243:NO
- OMS. (s. f.). *Global Observatory for eHealth*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth>
- OPS. (2025, octubre 10). *Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Peru Ranking in the Global Innovation Index 2025*. (s. f.). GII 2025 Innovation Ecosystems & Data Explorer. Recuperado 12 de octubre de 2025, de <https://www.wipo.int/gii-ranking/en>
- Porter, M. E. (1998). *Competitive Advantage of Nations*. Free Press.
- Porter, M. E. (2008). The Five Competitive Forces That Shape Strategy. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy>, <https://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy>
- Purohit, A., Smith, J., & Hibble, A. (2021). Does telemedicine reduce the carbon footprint of healthcare? A systematic review. *Future Healthcare Journal*, 8(1), e85-e91. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0080>
- Ramírez Pérez, J. F., López Torres, V. G., Ramírez Pérez, A. D. R., & Morejón Valdés, M. (2022). Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud: Análisis de Componentes Principales en la evaluación del

desempeño competitivo. *Entre Ciencia e Ingeniería*, 15(30), 22-29.

<https://doi.org/10.31908/19098367.2618>

RENIEC. (2023). *La identificación y los registros civiles de peruanas y peruanos en el Bicentenario*. Re.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4668232/DEPARTAMENTO%20DE%20LA%20LIBERTAD.pdf>

República, L. (2019, noviembre 13). *Trujillo: Puntos críticos de acumulación de basura crecerán*. <https://larepublica.pe/sociedad/2019/11/13/trujillo-puntos-criticos-de-acumulacion-de-basura-creceran-lrnd>

RPP. (2016, agosto 4). *Trujillo: Trabajadores de salud del Hospital Regional anuncian paro de 72 horas*. <https://rpp.pe/peru/la-libertad/trujillo-trabajadores-de-salud-del-hospital-regional-anuncian-paro-de-72-horas-noticia-984619>

RPP. (2017, octubre 16). *Hay déficit de 1500 camas en los hospitales Belén y Regional de Trujillo*. <https://rpp.pe/peru/la-libertad/hay-deficit-de-1500-camas-en-los-hospitales-belen-y-regional-de-trujillo-noticia-1082947>

Rubinstein, A., Miranda, J. J., Beratarrechea, A., Diez-Canseco, F., Kanter, R., Gutierrez, L., Bernabé-Ortiz, A., Irazola, V., Fernandez, A., Letona, P., Martínez, H., & Ramirez-Zea, M. (2016). Effectiveness of an mHealth intervention to improve the cardiometabolic profile of people with prehypertension in low-resource urban settings in Latin America: A randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(1), 52-63. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00381-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00381-2)

- Rumelt, R. P. (1979). Evaluation of strategy: Theory and models. En *Strategic Management: A New View of Business Policy and Planning* (pp. 196-212).
- Sabastizagal-Vela, I., Astete-Cornejo, J., & Benavides, F. G. (2020). Condiciones de trabajo, seguridad y salud en la población económicamente activa y ocupada en áreas urbanas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 32-41.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4592>
- Snoswell, C. L., Smith, A. C., Page, M., Scuffham, P., & Caffery, L. J. (2022). Quantifying the Societal Benefits From Telehealth: Productivity and Reduced Travel. *Value in Health Regional Issues*, 28, 61-66.
<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2021.07.007>
- SUSALUD. (s. f.). *Información institucional*. Recuperado 12 de octubre de 2025, de <https://www.gob.pe/institucion/susalud/institucional>
- SUSALUD. (2025, octubre 1). *Obtener información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud—Renipress*.
<https://www.gob.pe/institucion/susalud/pages/10202-obtener-informacion-de-las-instituciones-prestadoras-de-servicios-de-salud-renipress>
- The World Bank. (s. f.). *World Bank Open Data*. World Bank Open Data. Recuperado 12 de octubre de 2025, de <https://data.worldbank.org>
- Trujillo Pajuelo, M. L., Rimapa Navarro, L. R., Pinto Bouroncle, Y. M., Lázaro Ortiz, Y. G., Trujillo Pajuelo, M. L., Rimapa Navarro, L. R., Pinto Bouroncle, Y. M., & Lázaro Ortiz, Y. G. (2024). Walkability legal workers in CAS COVID-to-CAS regular in Peru. Processes and

perspectives. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 39, 267-285.

<https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2024.39.18662>

Vărzaru, A. A. (2022). An Empirical Framework for Assessing the Balanced Scorecard Impact on Sustainable Development in Healthcare Performance Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15155. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215155>

Vega Llerena, H. (2024). Estructura urbana del área de convergencia de la Plaza Mayor en el Centro Histórico de la ciudad de Trujillo. *Llalliq*, 4(2), 265-286. <https://doi.org/10.32911/llalliq.2024.v4.n2.1202>

Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(2), 207-217.

Zade, M., Tiwade, Y. R., Shahu, S., Bandre, G., & Surkar, S. (2024). Marketing Technique in Healthcare Services: A Narrative Review. *National Journal of Community Medicine*, 15(06), 496-502. <https://doi.org/10.55489/njcm.150620243671>

Zavala-Curzo, D. F. (2023). Impacto del Aseguramiento en Salud en la Economía de los Hogares Peruanos, 2010-2019. *Acta Médica Peruana*, 40(2), 91-103. <https://doi.org/10.35663/amp.2023.402.2527>

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52(3), 2-22. <https://doi.org/10.1177/002224298805200302>

Zúñiga Olivares, M. A. (2024). Presupuesto público para la salud en el Perú en el periodo 2019-2024. *Anales de la Facultad de Medicina*, 85(3), 277-286.

<https://doi.org/10.15381/anales.v85i3.27538>

Zúñiga-Olivares, M. A., Mendes, Á., & Carnut, L. (2025). Análisis de los cambios del gasto público en salud en el Perú durante la pandemia de la covid-19. *Saúde e Sociedade*, 33, e240250pt.

<https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240250es>