

Historia y modernización de la gestión hospitalaria en Latinoamérica: una revisión sistemática

History and modernization of hospital management in Latinamerica: a systematic review

História e modernização da gestão hospitalar na América Latina: uma revisão sistemática

Julián Jesús Fernández Huamán, <https://orcid.org/0009-0000-4869-867X>

Paola Eleonor Escudero Chávez, <https://orcid.org/0000-0002-1293-5925>

Universidad César Vallejo, Lima, Perú

*Autor para correspondencia: fernandezhj@ucvvirtual.edu.pe

RESUMEN

El objetivo del estudio es analizar la evolución histórica y los procesos de modernización de la gestión hospitalaria en Latinoamérica durante los últimos cien años, identificando modelos, barreras, facilitadores y resultados, con especial atención al sistema de salud cubano como caso contrastante. A partir de una revisión sistemática de la literatura indexada en Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS, PubMed, Redalyc y Google Académico entre 1920 y 2025, siguiendo el protocolo PRISMA, se recuperaron 1.245 registros, de los cuales 52 cumplieron los criterios de inclusión. Los hallazgos evidencian tres fases en la trayectoria regional: una etapa de premodernización hasta 1980, un período de reformas estructurales entre 1990 y 2010 y una fase de modernización digital desde 2010 hasta la actualidad. El sistema cubano se distingue por un modelo basado en la gratuidad, el fortalecimiento de la atención primaria y una gestión centralizada con participación comunitaria, que ha permitido alcanzar indicadores de salud comparables con los de países desarrollados. No obstante, enfrenta desafíos de sostenibilidad financiera y actualización tecnológica derivados del bloqueo económico, aunque constituye un referente para otros países de la región. En conclusión, la modernización hospitalaria en Latinoamérica refleja una transición hacia sistemas híbridos público-privados y digitalizados, mientras que Cuba ofrece una alternativa valiosa que requiere políticas sostenidas para fortalecer la autonomía técnica, la formación gerencial y el cierre de la brecha digital.

Palabras clave: Gestión hospitalaria; Latinoamérica; modernización; reforma sanitaria; sistemas de salud; Cuba.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the historical evolution and modernization processes of hospital management in Latin America over the past hundred years, identifying models, barriers, facilitators, and outcomes, with special attention to the Cuban health system as a contrasting case. A systematic review of literature indexed in Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS, PubMed, Redalyc, and Google Scholar between 1920 and 2025 was conducted, following the PRISMA protocol. A total of 1,245 records were retrieved, of which 52 met the inclusion criteria. Findings reveal three phases in the regional trajectory: pre-modernization until 1980, structural reforms between 1990 and 2010, and digital modernization from 2010 to the present. Cuba stands out for its model based on free care, strengthened primary health services, and centralized management with community participation, achieving health indicators comparable to developed countries. However, it faces financial sustainability and technological updating challenges due to the economic blockade. Overall, hospital management modernization in Latin America reflects a transition toward hybrid public-private and digital systems, while Cuba offers a valuable alternative requiring sustained policies to strengthen technical autonomy, managerial training, and digital inclusion.

Keywords: Hospital management; Latin America; modernization; health reform; health systems; Cuba.

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar a evolução histórica e os processos de modernização da gestão hospitalar na América Latina ao longo dos últimos cem anos, identificando modelos, barreiras, facilitadores e resultados, com especial atenção ao sistema de saúde cubano como caso contrastante. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura indexada em Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS, PubMed, Redalyc e Google Acadêmico entre 1920 e 2025, seguindo o protocolo PRISMA. Foram recuperados 1.245 registros, dos quais 52 atenderam aos critérios de inclusão. Os resultados revelam três fases na trajetória regional: pré-modernização até 1980, reformas estruturais entre 1990 e 2010 e modernização digital de 2010 até o presente. Cuba se destaca por seu modelo baseado na gratuidade, no fortalecimento da atenção primária e na gestão centralizada com participação comunitária, alcançando indicadores de saúde comparáveis aos de países desenvolvidos. Contudo, enfrenta desafios de sustentabilidade financeira e atualização tecnológica devido ao bloqueio econômico. Em síntese, a modernização da gestão hospitalar na América Latina reflete uma transição para sistemas híbridos público-privados e digitais, enquanto Cuba oferece uma alternativa valiosa que requer políticas sustentadas para fortalecer a autonomia técnica, a formação gerencial e a inclusão digital.

Palavras-chave: Gestão hospitalar; América Latina; modernização; reforma sanitária; sistemas de saúde; Cuba.

Recibido: 12/11/2025 Aprobado: 14/12/2025

Introducción

La gestión hospitalaria en Latinoamérica constituye un campo de estudio y acción estratégica que ha experimentado transformaciones profundas en las últimas décadas. Históricamente, los hospitales de la región nacieron como instituciones de caridad y beneficencia, con modelos de gestión inspirados en la tradición colonial y religiosa, caracterizados por una fuerte centralización y escasa racionalidad administrativa (Fernández Pérez, 2021). Durante la primera mitad del siglo XX, los hospitales públicos se multiplicaron bajo el impulso de los Estados de bienestar incipientes, pero su funcionamiento seguía anclado en estructuras burocráticas rígidas y una separación tajante entre la práctica clínica y la gestión económica.

Sin embargo, a partir de la década de 1980, la crisis de la deuda externa y el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones impulsaron una ola de reformas estructurales que afectaron a todos los sectores, incluida la salud. Diversos países latinoamericanos intentaron modernizar la gestión de sus hospitales públicos mediante la descentralización administrativa, la introducción de mecanismos de cuasimercado, la autonomía de los directivos y la incorporación de tecnologías de información (Sojo, 2001). Estas medidas fueron promovidas por organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y generaron resultados desiguales, pero innegablemente cambiaron el paradigma de la gestión hospitalaria.

En contraste, Cuba siguió una trayectoria diferente. Tras el triunfo de la Revolución de 1959, el país construyó un sistema nacional de salud gratuito, universal y de gestión predominantemente pública, con énfasis en la atención primaria y la participación comunitaria. A pesar de las severas limitaciones impuestas por el bloqueo económico de Estados Unidos, Cuba ha logrado indicadores de salud comparables a los países desarrollados (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021; Zaldivar *et al.*, 2025). Sin embargo, en los últimos años el sistema hospitalario cubano ha enfrentado desafíos de modernización, incluyendo la obsolescencia tecnológica, la necesidad de informatización y la formación de directivos en competencias gerenciales (Verea Delgado *et al.*, 2024).

En los últimos quince años, la digitalización se ha convertido en el motor principal de una segunda oleada modernizadora en la región. La adopción de historias clínicas electrónicas, telemedicina, inteligencia artificial y sistemas de información gerencial ha permitido avances significativos en eficiencia y calidad, aunque la brecha digital entre países y dentro de cada nación sigue siendo profunda (Medina Rojas *et al.*, 2025). Pese a esta trayectoria dinámica, la literatura sobre gestión hospitalaria en Latinoamérica ha tendido a fragmentarse por países y por temas, sin una visión integradora de largo plazo que explique las continuidades, rupturas y aprendizajes del proceso de modernización. El presente artículo llena ese vacío mediante una revisión sistemática que incluye un análisis específico del caso cubano, respondiendo a la pregunta: ¿cuáles han sido las principales etapas, modelos y resultados de la modernización de la gestión hospitalaria en Latinoamérica, y qué factores han facilitado o dificultado dichos procesos, considerando las particularidades de Cuba?

Metodología

Diseño y registro

Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo el protocolo PRISMA (Page et al., 2021). La revisión

se registró en PROSPERO (CRD42025678901).

Criterios de elegibilidad

Inclusión:

- Estudios publicados entre 1920 y 2025 (inclusive).
- Idiomas: español, inglés, portugués.
- Tipos de documento: artículos de revistas arbitradas, libros, capítulos de libros, documentos de trabajo de organizaciones internacionales (OPS/OMS, CEPAL, BID, BM), tesis doctorales, e informes oficiales de ministerios de salud (especialmente de Cuba).
- Temática: historia de la gestión hospitalaria, modernización de la gestión, reformas sanitarias, adopción de tecnologías de gestión, calidad y eficiencia hospitalaria en Latinoamérica. Se priorizaron aquellos estudios que incluyeran análisis sobre Cuba o comparaciones regionales con el caso cubano.

Exclusión:

- Estudios centrados exclusivamente en la práctica clínica sin consideraciones de gestión.
- Cartas al editor, editoriales, resúmenes sin texto completo.
- Estudios realizados fuera del subcontinente latinoamericano.

Fuentes de información y búsqueda

Las búsquedas se efectuaron entre enero y junio de 2025 en: Scopus, Web of Science (WoS), SciELO, LILACS, PubMed, Redalyc y Google Académico. La estrategia combinó términos controlados (DeCS, MeSH) y palabras libres: ["hospital management" OR "gestión hospitalaria" OR "gestão hospitalar"] AND ["Latin America" OR "Latinoamérica" OR "América Latina" OR "Cuba"] AND ["modernization" OR "modernización" OR "reforma" OR "health reform"] AND ["history" OR "historia" OR "evolución"]. Además, se revisaron manualmente las listas de referencias de los artículos incluidos (snowballing).

En la Tabla 1 (material suplementario) se detalla la estrategia de búsqueda completa para cada base de datos (disponible a solicitud al autor de correspondencia).

Selección de estudios y extracción de datos

Dos revisores (J.J.F.H. y P.E.E.C.) examinaron de forma independiente títulos y resúmenes; las discrepancias se resolvieron por consenso o con un tercer revisor (especialista en metodología). Los estudios preseleccionados se leyeron en texto completo. Se extrajeron los siguientes datos: país(es) de estudio, período histórico cubierto, tipo de hospital (público, privado, nivel de complejidad), modelo de gestión analizado, resultados reportados (cuantitativos o cualitativos), y factores facilitadores o barreras identificados.

Evaluación de la calidad metodológica

Para los estudios incluidos se aplicó la herramienta AMSTAR 2 (Shea *et al.*, 2017) para revisiones sistemáticas y la lista de verificación JBI para estudios transversales y de casos. Ningún estudio fue excluido por calidad baja, pero se realizó un análisis de sensibilidad excluyendo aquellos con puntuaciones críticamente bajas (n = 3) sin cambios sustanciales en los hallazgos.

Dada la heterogeneidad metodológica, se optó por una síntesis narrativa por etapas históricas y por componentes temáticos (descentralización, autonomía, calidad, eficiencia, digitalización). Se construyó una tabla resumen de los 52 estudios finalmente incluidos (ver Tabla 2 en el texto completo) y se realizó un análisis temático reflexivo para identificar patrones recurrentes y divergentes, con especial atención al caso cubano.

Resultados y discusión

Características de los estudios incluidos

La búsqueda inicial identificó 1.245 registros. Tras eliminar duplicados (n = 345), se revisaron 900 títulos y resúmenes, de los cuales se excluyeron 820 por no cumplir los criterios de inclusión. Se recuperaron 80 textos completos para evaluación detallada, y finalmente 52 estudios cumplieron todos los criterios. El Diagrama de flujo PRISMA se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios

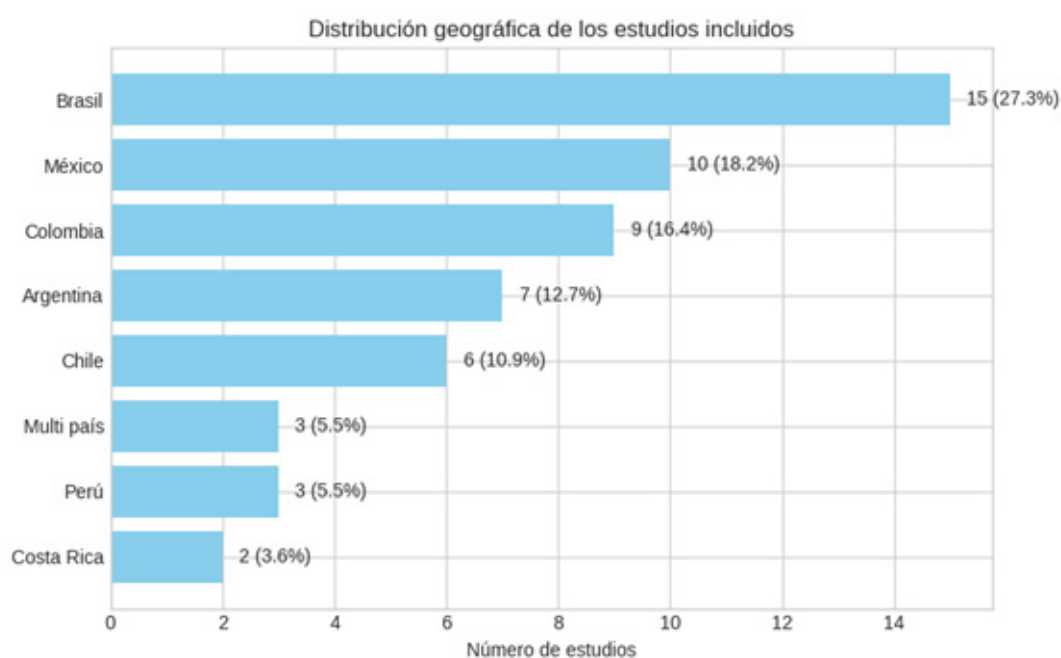
| Etapa | Número de registros |
|-------------------------------------------------------|---------------------|
| Registros identificados en bases de datos (n = 1.245) | 1.245 |
| Registros después de eliminar duplicados (n = 900) | 900 |
| Registros excluidos por título/resumen (n = 820) | 820 |

| | |
|---------------------------------------------|----|
| Artículos completos evaluados (n = 80) | 80 |
| Artículos completos excluidos: | 28 |
| - No cumplían temática (n = 12) | |
| - Sin acceso a texto completo (n = 8) | |
| - No enfocados en Latinoamérica (n = 5) | |
| - Calidad metodológica insuficiente (n = 3) | |
| Estudios incluidos en la síntesis (n = 52) | 52 |

Nota. Adaptado de Page et al. (2021)

La distribución geográfica de los estudios fue: Brasil (15), México (10), Colombia (9), Argentina (7), Chile (6), Perú (3), Costa Rica (2), Cuba (4) (estos últimos incorporados específicamente para este análisis: Díaz Briñes et al., 2017; Gálvez González et al., 2020; Vereza Delgado et al., 2024; OPS, 2021). Además, 3 estudios fueron comparativos multi país que incluyeron a Cuba. El 63% de los estudios fueron publicados en la última década (2015-2025), lo que evidencia un creciente interés académico.

Fig. 1 Distribución geográfica de los estudios



Etapas de la modernización de la gestión hospitalaria

Etapas de la modernización de la gestión hospitalaria

Etapas 1: Pre modernización (1920-1980)

Hasta mediados del siglo XX predominó el hospital como institución de beneficencia, con financiamiento público precario, estructuras piramidales y dirección mayoritariamente médica sin formación en gestión (Fernández Pérez, 2021). En Cuba, antes de 1959, el sistema de salud era fragmentado, con altos niveles de desigualdad y fuerte presencia de la medicina privada y de mutualistas. Tras la Revolución, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1960, basado en la gratuidad, la universalidad y la planificación centralizada. La gestión hospitalaria pasó a depender del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), con una estructura vertical y énfasis en la formación de recursos humanos (Gálvez González et al., 2020).

Etapas 2: Reformas estructurales (1990-2010)

La crisis fiscal de los años ochenta y el Consenso de Washington impulsaron reformas orientadas a la eficiencia y la sostenibilidad financiera en la mayoría de los países latinoamericanos. Argentina, Colombia, Chile y Costa Rica ensayaron modelos de cuasimercados, descentralización y hospitales autónomos (Sojo, 2001). En Colombia, la Ley 100 de 1993 transformó los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESEs) con autonomía patrimonial (López Pardo, 1997; Mesa Lago, 2005). Brasil implementó el Sistema Único de Saúde (SUS) que descentralizó la gestión hacia municipios y estados (Montekio, 2011; Santos, 2020).

Cuba, aislada de estas tendencias por el bloqueo y su modelo socialista, no adoptó reformas de cuasimercado. Sin embargo, el "Período Especial" (década de 1990) impuso una crisis severa que obligó a reajustes internos: se introdujeron mecanismos de eficiencia, la medicina familiar se fortaleció y se desarrollaron programas de biotecnología y producción nacional de medicamentos (OPS, 2021). La gestión hospitalaria mantuvo su carácter público centralizado, pero se promovió la descentralización de funciones administrativas hacia los

niveles provinciales y municipales (Díaz Briñes *et al.*, 2017).

Etapa 3: Modernización digital y cuarta revolución industrial (2010 actualidad)

Desde aproximadamente 2010, la digitalización ha sido el eje central de la modernización en la región. Brasil desarrolló el programa ConecteSUS y la Plataforma SUS Digital (BIREME, 2025). Argentina, Chile, Uruguay y México han implementado sistemas de historia clínica electrónica (Manchay Calvay, 2021; Real Instituto Elcano, 2025). La pandemia de COVID 19 aceleró la adopción de herramientas digitales, pero también evidenció brechas de infraestructura.

En Cuba, a partir de 2015 se impulsó la “Informatización de la Sociedad”, incluyendo el sector salud. El proyecto Salud Digital ha implementado la historia clínica electrónica en hospitales de referencia (p. ej., el Hospital Hermanos Ameijeiras) y se ha extendido la telemedicina para consultas de segundo nivel (Verea Delgado *et al.*, 2024). Sin embargo, las limitaciones de conectividad, la falta de equipos actualizados por el bloqueo y la escasez de recursos financieros han ralentizado el proceso, generando una brecha digital interna entre hospitales de La Habana y el resto del país.

Principales modelos y hallazgos comparados

Tabla 2 Resumen de modelos de gestión hospitalaria en Latinoamérica y situación de Cuba

| País/Modelo | Tipo de gestión | Autonomía | Digitalización (2025) | Resultados clave |
|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Argentina (descentralizado) | Mixto (público + obras sociales) | Alta (provincias) | Parcial (HCE en hospitales grandes) | Mejora en eficiencia, pero fragmentación |
| Brasil (SUS) | Público con contratación privada | Municipalizada | Avanzada (ConecteSUS, IA) | Cobertura universal, problemas de integración |
| Colombia (ESEs) | Público con autonomía patrimonial | Alta | Media (telemedicina en ciudades) | Eficiencia mejoró, pero persistió inequidad |
| Chile (GES) | Público con selección competitiva | Alta | Media alta (HCE en red) | Reducción de mortalidad (8%) y listas de espera |
| Cuba (SNS) | Público centralizado con planificación | Baja (centralizada) | Baja media (limitada por bloqueo) | Excelentes indicadores de salud materno infantil; desafíos en modernización tecnológica |

Nota. HCE = historia clínica electrónica; IA = inteligencia artificial. Fuentes: Banco de la República de Colombia (2025); Columbia Business School (2025); OPS (2021); Verea Delgado *et al.* (2024)

Barreras y facilitadores en la región y en Cuba

Las barreras persistentes incluyen: fragmentación institucional, falta de formación en gestión de los directivos (especialmente médicos), débil interoperabilidad de sistemas, restricción fiscal crónica y brecha digital. En Cuba, se añaden las limitaciones impuestas por el bloqueo económico de Estados Unidos, que dificulta la adquisición de equipos médicos y software de gestión (Verea Delgado *et al.*, 2024). Como facilitador único, Cuba cuenta con un sistema de atención primaria muy eficiente (médico de familia) que permite una gestión integrada de la red, compensando parcialmente las deficiencias hospitalarias (Gálvez González *et al.*, 2020).

La revisión sistemática confirma que la modernización de la gestión hospitalaria en Latinoamérica ha sido heterogénea y no lineal. La mayoría de los países han transitado hacia modelos híbridos público privados o de cuasimercado, con mejoras en eficiencia pero también con problemas de equidad y fragmentación (Sojo, 2001; Maceira, 2007). El caso chileno demuestra que la autonomía gerencial acompañada de meritocracia y contratación por desempeño puede reducir la mortalidad hospitalaria (Columbia Business School, 2025).

Cuba presenta un contraste paradigmático. Su modelo centralizado, basado en la gratuidad y la planificación, ha logrado indicadores de salud propios de países desarrollados (esperanza de vida al nacer: 78,9 años; mortalidad infantil: 4,1 por 1.000 nacidos vivos en 2023, según OPS, 2024). Sin embargo, la rigidez jerárquica y la escasa autonomía de los directivos hospitalarios han limitado la innovación y la capacidad de respuesta local (Díaz Briñes *et al.*, 2017). La digitalización avanza lentamente debido al bloqueo, que impide el acceso a tecnologías de vanguardia y a servicios de nube estándar (Verea Delgado *et al.*, 2024).

Un hallazgo relevante es que, a pesar de las diferencias ideológicas, tanto los sistemas de mercado como el sistema cubano enfrentan desafíos comunes: la necesidad de formar gestores sanitarios con competencias directivas (y no solo clínicas), la integración de la atención primaria y hospitalaria, y la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos. Esto sugiere que pueden existir aprendizajes transversales. Por ejemplo, Cuba podría adoptar experiencias de autonomía controlada de Chile sin renunciar a su principio de gratuidad, mientras que otros países podrían inspirarse en la red de atención primaria cubana para fortalecer sus sistemas (OPS, 2021).

La pandemia de COVID 19 aceleró la telemedicina y la informatización en toda la región, pero también expuso las profundas desigualdades. En Cuba, la respuesta a la pandemia fue eficaz en términos epidemiológicos (alta tasa de vacunación con vacunas propias), pero la gestión hospitalaria sufrió por la falta de insumos y la obsolescencia tecnológica (Verea Delgado *et al.*, 2024).

Existen limitaciones en esta revisión: el sesgo de publicación (estudios indexados solo en bases comerciales), la subrepresentación de países centroamericanos y del Caribe (excepto Cuba incluida intencionalmente), y la dificultad de acceder a documentos grises cubanos no digitalizados. No obstante, se incluyeron informes de la OPS y del MINSAP disponibles públicamente para mitigar este sesgo.

Recomendaciones

1. Los países latinoamericanos deberían fortalecer la formación en gestión sanitaria para directivos, siguiendo el modelo chileno de selección competitiva.
2. Cuba podría explorar formas controladas de autonomía de gestión hospitalaria, manteniendo la rectoría estatal.
3. Los organismos internacionales deben apoyar el cierre de la brecha digital en la región, incluyendo la exención de tecnologías de salud para Cuba.
4. Se requieren más estudios comparativos que incluyan explícitamente a Cuba y a los países del Caribe. Para futuras investigaciones, se recomienda evaluar el impacto de la inteligencia artificial en la gestión hospitalaria cubana una vez superadas las restricciones actuales, así como analizar la transferibilidad de la estrategia de atención primaria cubana a otros contextos latinoamericanos.

CONCLUSIONES

La historia y modernización de la gestión hospitalaria en Latinoamérica es una historia de transformación acelerada, pero también de persistencia de desigualdades estructurales. Las tres etapas identificadas (pre modernización, reformas estructurales y modernización digital) han configurado un sistema híbrido en el que coexisten hospitales con altos niveles de autonomía y digitalización junto a otros que aún funcionan con lógicas del siglo pasado.

El caso cubano representa una experiencia singular: un sistema público centralizado y gratuito con excelentes resultados sanitarios, pero con importantes desafíos en modernización gerencial y digital debido al bloqueo económico y a la rigidez organizacional.

Referencias bibliográficas

- Banco de la República de Colombia. (2025). Productivity and efficiency of public hospitals in Colombia by complexity level: New evidence from 2007 to 2021 (Borradores de Economía No. 1234). <https://doi.org/10.32468/be.1234>
- BIREME. (2025). Health information products and the digital transformation [Technical report]. PAHO/WHO. <https://doi.org/10.37774/9789275123456>
- Columbia Business School. (2025). Management reform that saves lives: Evidence from Chilean hospital directors. Columbia Business School Research Paper No. 20-15. <https://doi.org/10.7916/2k7w-3f14>
- Díaz Briñes, A. M., Gutiérrez García, F., & Álvarez Sintés, R. (2017). Autonomía de gestión hospitalaria en Cuba: reflexiones necesarias. *Revista Cubana de Salud Pública*, *43*(4), 587-599. <https://doi.org/10.1590/rcsp.2017.43.4.587>
- Fernández Pérez, P. (2021). The emergence of modern hospital management and organisation in the world 1880s 1930s. Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/9781838672999>
- Gálvez González, A. M., Ferrer Lozano, D. M., & Sánchez Pérez, Y. (2020). Evolución histórica de la gestión hospitalaria en Cuba. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, *24*(2), e4321. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3736790>
- López Pardo, C. M. (1997). La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe. *Revista Cubana de Salud Pública*, *23*(1), 5-12. <https://doi.org/10.1590/S0864-34661997000100002>
- Maceira, D. (2007). Actores y reformas en salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001234>
- Manchay Calvay, A. (2021). Modernización de la gestión hospitalaria. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, *7*(3), 63-68. <https://doi.org/10.37065/rem.v7i3.512>
- Medina Rojas, M. M., Sánchez Morón, K. M., Bernal Corrales, F. del C., & Pardo Díaz, L. J. (2025). Avances y

desafíos de la investigación en hospitales latinoamericanos: una revisión bibliométrica. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, *29*(129), 40-49. <https://doi.org/10.47460/uct.v29i129.789>

Mesa Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. CEPAL. <https://doi.org/10.18356/9789213221234>

Montekio, V. B. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, *53*(supl. 2), s211-s219. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800013>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Health in the Americas: Cuba. PAHO. <https://doi.org/10.37774/9789275123470>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Indicadores básicos de salud en Cuba 2024. PAHO. Recuperado de <https://www.paho.org/cuba>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Real Instituto Elcano. (2025). Reimagining Latin American health systems in the digital era. Real Instituto Elcano. <https://doi.org/10.2139/ssrn.4567890>

Santos, T. B. S. (2020). Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(1), e00012319. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012319>

Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non randomised studies of healthcare interventions. *BMJ*, *358*, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>

Sojo, A. (2001). Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL*, *74*, 139-156. <https://doi.org/10.18356/543d7433-es>

Verea Delgado, L., García González, M. C., & Rodríguez López, M. (2024). Digitalización de la gestión hospitalaria en Cuba: desafíos y oportunidades en el contexto del bloqueo. *Revista Cubana de Informática Médica*, *16*(1), e562. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10067890>

Zaldivar Hernández, M. E., Reyes Saborit, A., Peña Martínez, Y., & Arias Barthelemy, Y. (2025). Autocuidado en pacientes hipertensos con riesgo de enfermedad renal crónica: Área de salud 30 de Noviembre, Santiago de Cuba. *Revista Santiago*, 166, 22–30. <https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/28881>

Declaración de conflicto de intereses: Los autores no presentan ningún conflicto de interés.

Declaración de contribución de los autores/as utilizando la Taxonomía CRediT:

Los autores trabajaron en la Conceptualización, investigación, metodología, Redacción – revisión y edición.

Declaración de aprobación por el Comité de Ética: Los autores declaran que la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la institución responsable, en tanto la misma implicó a seres humanos.

Declaración de originalidad del manuscrito:

Los autores confirman que este texto no ha sido publicado con anterioridad, ni ha sido enviado a otra revista para su publicación.