

Chapter 04 / Capítulo 04

Health 4.0: management, technology, and transformation of the healthcare sector in Latin America (Spanish version)

ISBN: 978-9915-704-08-1







DOI: 10.62486/978-9915-704-08-1.ch04

Pages: 65-83

©2025 The authors. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY) 4.0 License.

Quality in health care: models and evaluation

Calidad en la atención en salud: modelos y evaluación

Carlos David Boris Miclín¹  , María Eugenia García Céspedes²  , Yonathan Estrada Rodríguez³  

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Saturnino Lora”, Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Juan Guiteras Gener”. Matanzas, Cuba.

Autor para la correspondencia: Carlos David Boris Miclín 

ABSTRACT

This chapter analyzes the theoretical foundations and practical tools for ensuring and evaluating quality in healthcare services. Based on the growing demand for clinical excellence and patient safety, the manuscript aims to analyze the most relevant quality models, as well as the methods and indicators used for their systematic evaluation. Among the most significant findings, it identifies that the main challenges include providing high-quality healthcare services and maintaining high levels of user satisfaction. These goals are based on the importance of patient and family satisfaction in improving patients' psychological and social well-being. It is confirmed that effective quality assessment requires a multidimensional approach, integrating clinical indicators, patient perceptions, and efficiency parameters. It is concluded that implementing a robust quality system is a strategic factor for the sustainability of healthcare organizations. Furthermore, it is emphasized that evaluation is not an end in itself, but rather the starting point for continuous improvement cycles, and that the success of any initiative depends on committed leadership and an organizational culture focused on patient value.

Keywords: Healthcare Quality; Health Assessment; Continuous Improvement; Quality Models; Patient Safety.

RESUMEN

El presente capítulo analiza los fundamentos teóricos y las herramientas prácticas para garantizar y evaluar la calidad en los servicios de salud. Partiendo de la creciente demanda de excelencia clínica y seguridad del paciente, el manuscrito tiene como objetivo principal analizar los modelos de calidad más relevantes, así como los métodos e indicadores utilizados para su evaluación sistemática. Entre los resultados más destacados, se identifica que los principales retos incluyen brindar servicios de salud con elevada calidad y mantener niveles elevados de satisfacción de los usuarios de los servicios. Estas metas se basan en la importancia que tiene la satisfacción de los pacientes y familiares en el mejoramiento de los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes. Se constata que la evaluación efectiva de la calidad requiere un enfoque multidimensional, integrando indicadores clínicos, percepciones de los pacientes y parámetros de eficiencia. Se concluye que la implantación de un sistema de calidad robusto es un factor estratégico para la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias. Asimismo, se subraya que la evaluación no es un fin en sí misma, sino el punto de partida para ciclos de

mejora continua, y que el éxito de cualquier iniciativa depende de un liderazgo comprometido y una cultura organizacional centrada en el valor para el paciente.

Palabras clave: Calidad Asistencial; Evaluación Sanitaria; Mejora Continua; Modelos de Calidad; Seguridad del Paciente.

INTRODUCCIÓN

Contextualización de la calidad en la atención en salud

La búsqueda de la calidad es referente obligado en la práctica habitual de todas las profesiones sanitarias, siendo un principio ético que ha guiado la tan noble labor de médicos, enfermeras, tecnólogos de la salud y otros involucrados en la atención sanitaria a lo largo de la historia. Sin embargo, en el complejo medio de la salud contemporánea, caracterizado por recursos limitados, tecnologías en constante evolución y poblaciones con demandas cada vez más crecientes, la calidad ha trascendido su dimensión moral individual para erigirse como un pilar rector de la gobernanza, la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas de salud en todo el mundo. Ya no es suficiente con la intención de hacerlo bien; es menester e imperativo demostrarlo, sistematizarlo y mejorarlo de forma continua.^(1,2)

El derecho a la salud de calidad es uno de los principios esenciales de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de ahí la importancia que se les atribuye a los servicios de salud de calidad. Además de ser un derecho universal, la salud es uno de los componentes del bienestar individual y colectivo. Adicionalmente, se ha identificado la salud de una persona como un elemento determinante del capital humano al lograr un incremento de la capacidad de producir y consumir de cada persona, expandiendo su cantidad y calidad de vida y que es fundamental en contextos complejos como el impuesto por la pandemia, siendo crucial el reconocimiento de la importancia de la evaluación de la calidad de los servicios médicos como prioridad para atender a los pacientes.⁽²⁾

Resulta indispensable reconocer que el servicio de salud con la mejor calidad resulta aquél que cumple con los objetivos médicos y no médicos que se establecen por el paciente previamente asesorado por un médico. De igual manera, destaca la diferencia que implica la calidad de la salud a un nivel social y a nivel individual. En esta última se considera la accesibilidad que un usuario pueda tener para recibir el servicio de salud que se ofrece y la efectividad que este pueda llegar a tener en dicho individuo.⁽³⁾

El concepto de calidad en la atención en salud ha evolucionado de ser una aspiración ética implícita a constituirse en un imperativo estratégico y operativo para cualquier sistema de salud. Lejos de ser una noción abstracta, la calidad se materializa en dimensiones concretas —como la eficacia, la seguridad, la oportunidad o la orientación al paciente— que demandan marcos de referencia sólidos para su comprensión y gestión. Es aquí donde radica la relevancia de los modelos de calidad: estructuras conceptuales que, al ofrecer una visión sistemática, permiten desglosar, analizar y dirigir los esfuerzos de mejora. Sin embargo, un modelo por sí solo es insuficiente si no va acompañado de una evaluación rigurosa.⁽⁴⁾

La evaluación, a través de indicadores y herramientas de medición, es el mecanismo que transforma la teoría en acción, proporcionando la evidencia necesaria para diagnosticar, comparar y, en última instancia, transformar los procesos asistenciales. Este capítulo se propone, por tanto, explorar los fundamentos teóricos de los principales modelos de calidad y

desentrañar las metodologías de evaluación que permiten asegurar que la atención sanitaria no solo sea técnicamente correcta, sino también integral, segura y centrada en las necesidades reales de las personas.⁽⁵⁾

No obstante, un modelo conceptual, por muy fortalecido que llegue a estar, permanece en el plano de las ideas si no se acompaña de una evaluación sistemática y rigurosa. La evaluación es el puente entre la teoría y la práctica, el mecanismo que dota de significado a los conceptos. Implica la selección de indicadores precisos, la recolección fiable de datos y el análisis crítico de la información resultante. Es a través de la evaluación que podemos responder preguntas cruciales como son: ¿Nuestro hospital es seguro? ¿Nuestros tratamientos son efectivos? ¿Nuestros pacientes están satisfechos? La evaluación provee la evidencia necesaria para la toma de decisiones basada en datos, la rendición de cuentas y la identificación de áreas de oportunidad.

Por lo tanto, el propósito central de este capítulo es servir como una guía integral que conduzca al lector desde los cimientos teóricos de la calidad en salud hasta las herramientas prácticas para su evaluación. Aspiramos a que, al final de esta lectura, el profesional, el gestor o el estudiante no solo conozca los modelos más influyentes, sino que también sea capaz de comprender e interpretar los procesos de medición, entendiendo que la evaluación no es un fin en sí misma, sino el motor que impulsa el ciclo virtuoso de la mejora continua. En un mundo donde la excelencia en la atención es una demanda social creciente, dominar la intrincada relación entre modelos y evaluación se convierte no solo en una competencia deseable, sino en una responsabilidad inexcusable para todos aquellos comprometidos con la salud de las personas.

Impacto de la calidad en los resultados de la atención en salud

En la actualidad, la atención de la salud es una parte importante de la sociedad, porque la calidad en la gestión sanitaria es una prioridad. Para lograrlo, es necesario implementar modelos de atención profesional para fortalecer y mejorar los servicios de salud brindados a los pacientes. Por lo tanto, la gestión hospitalaria necesita mejoras a nivel institucional, fortaleciendo procesos en los diferentes componentes, desarrollando planes o proyectos de actividades para todo el sistema. Para ello se debe realizar un diagnóstico actualizado y veraz del entorno externo e interno y considerar planes de mejora.⁽⁶⁾

De esta manera, la descripción de atención médica de calidad incluye promoción, prevención, tratamiento, recuperación y cura, y significa que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente brindando atención basada en evidencia que refleje las necesidades y deseos de los usuarios del servicio. La atención sanitaria es esencial para la salud y el bienestar de las personas. Una atención sanitaria eficiente no sólo previene, diagnostica y trata enfermedades, sino que también promueve la salud y el bienestar general. Un sistema sanitario bueno y de alta calidad es esencial para garantizar una sociedad sana y próspera, de allí la importancia de fortalecer la calidad de servicio a través de una gestión institucional eficiente y humanitaria. De allí que, los modelos de atención requieren generalmente de eficiencia y de la implementación de una política de calidad y humana.⁽⁷⁾

Por otro lado, la gestión sanitaria o gestión sanitaria es una ciencia social y tecnológica relacionada con la planificación, gestión, dirección y gestión de empresas públicas y privadas del sector salud mediante la optimización de las finanzas, la tecnología y los recursos humanos. En otras palabras, la gestión de la salud es una organización empresarial que se aplica a las empresas que restablecen o mejoran la salud de los usuarios proporcionando productos o

servicios de salud.

La calidad de la atención en salud es un determinante fundamental que impacta de manera directa y multifacética en los resultados sanitarios, trascendiendo la mera aplicación de tratamientos para convertirse en el eje sobre el cual giran la eficacia, la seguridad y la experiencia del paciente.⁽⁸⁾ Una atención de alta calidad, caracterizada por la basada en evidencia científica, la seguridad del paciente, la puntualidad, la eficiencia, la equidad y la orientación al paciente, se correlaciona directamente con resultados sanitarios positivos, tales como una mayor tasa de supervivencia y curación, una reducción en las complicaciones y reingresos hospitalarios, una mejora significativa en la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud, y una mayor satisfacción y adherencia a los tratamientos por parte de los usuarios.

Por el contrario, una atención de calidad deficiente no solo genera resultados clínicos adversos, sufrimiento evitable y pérdida de confianza en el sistema, sino que también conlleva una enorme carga económica debido a los costos asociados a la gestión de complicaciones, litigios y la ineficiencia en el uso de los recursos, demostrando que invertir en calidad no es un gasto, sino una estrategia esencial para la sostenibilidad de cualquier sistema de salud y el bienestar de la población.

DESARROLLO

Para la validación del marco integrador propuesto, se diseñó un estudio de corte transversal analítico, cuya población de referencia estuvo constituida por profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de hospitales de segundo nivel de atención en el Sistema Nacional de Salud. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo aleatorio estratificado, con afijación proporcional, tomando como estratos la categoría profesional (médico/enfermera) y la antigüedad en el servicio (<5 años, 5-15 años, >15 años). El tamaño muestral final se calculó en $N = 350$ participantes, determinado para un nivel de confianza del 95 %, un poder estadístico del 80 % y una precisión del 5 %, asumiendo una heterogeneidad máxima ($p=0,5$) en las percepciones sobre calidad.

Este enfoque de muestreo se adoptó para garantizar la representatividad y permitir la comparabilidad de subgrupos de interés, minimizando los sesgos de selección. Respecto al análisis de los datos, se empleó un análisis estadístico mixto que comprendió, en una primera fase, estadísticos descriptivos (frecuencias, medias, desviaciones estándar) para caracterizar la muestra y las variables principales, seguido de técnicas inferenciales para contrastar hipótesis: la prueba t-Student para la comparación de medias entre dos grupos, el ANOVA de un factor para más de dos grupos, y el coeficiente de correlación de Pearson para examinar las relaciones lineales entre las dimensiones de los modelos de calidad evaluados.

Cabe señalar como una potencial limitación metodológica la posibilidad de un sesgo de no-respuesta, a pesar de las rondas de recordatorio implementadas, así como la inherente limitación de los estudios transversales para establecer relaciones causales, las cuales deberán ser exploradas en futuras investigaciones con diseños longitudinales.

En el último siglo, los sistemas de salud del mundo han evolucionado a pasos agigantados con el fin de brindar y promover servicios de salud que respondan a las necesidades básicas del ser humano; en tal sentido, ha sido primordial adaptar los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia a nuestras características intrínsecas.⁽⁹⁾ Ante todo, integrando

conocimiento, educación, financiamiento y producción de insumos; tomando como base las contribuciones que han tenido a lo largo del tiempo grandes científicos. Destacando, además, la necesidad de medición de las mejoras de calidad de los servicios de salud, la importancia de la documentación adecuada y presentación de resultados; sin dejar de lado el valor que genera el apoyo externo para verdaderamente ratificar las intervenciones con calidad. Así se sientan bases robustas para el mejoramiento constante desde cualquier arista, de manera que el cuidado de la salud sea efectivo, universal y sin distinciones.

La protección de la salud de la población es un deber constitucional que debe tutelar el Estado, constituye un derecho inalienable de bien individual y colectivo; esto implica generar condiciones de vida lo más saludables posible por medio de la disponibilidad de servicios de salud, mejores condiciones de trabajo físicas, medioambientales y organizativas, vivienda adecuada y alimentos nutritivos; para que todo eso sea una realidad, se debe romper las desigualdades y consolidar la equidad, así se orienta la construcción de un sistema de salud fundamentado en la accesibilidad para todos y todas, sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural.^(10,11)

La calidad, eficiencia, eficacia, efectividad, reconocimiento de la dignidad humana, calidez y los servicios amigables centrados en la persona, familia y comunidad, que garantizan la continuidad de la atención integral e integrada, son los ejes fundamentales para la construcción social y de los servicios de salud, autónomos, auténticos, creativos que conducen la práctica de las funciones esenciales de la Salud Pública.⁽¹²⁾

La formación de profesionales en salud, tanto de grado como posgrado, debe incorporar en el proceso, y como un eje curricular, el pensamiento crítico sobre la calidad y calidez que favorezca el resultado final de personas con compromiso social, comprometidas en la promoción de la atención calificada, oportuna, humanizada, activa para la participación social, conductora del fortalecimiento de alianzas para la salud como producto social.

El sistema de salud es un medio para establecer el contacto con la población y satisfacer su necesidad de atención médica. Una de las cualidades que debe prevalecer en la prestación de los servicios es la equidad, de tal manera que ayude de manera no excluyente ni desigual a las personas. En ese sentido, se habla de que exista la condición para que, sin distinción, las personas puedan satisfacer su necesidad de atención médica; lo que hace pensar en que la preocupación, por sí misma, es la de cumplir con la disponibilidad del servicio de salud; es decir, contar con centros de atención médica y personal que atienda las necesidades de la población.^(13,14)

En términos de la concepción integral de la accesibilidad, se puede señalar que ya no es suficiente contar con las unidades de salud; sino que se valora la posibilidad de las personas de acceder a ese espacio tomando en cuenta el costo para desplazarse y lo que deja de percibir por acudir a esa atención; se encuentran diferencias entre quienes se ven limitados por no contar con medios para hacer efectivo el acceso y los que, por ejemplo, dejaron de recibir ingresos al acudir al servicio.⁽¹⁵⁾

A nivel latinoamericano se enfrenta el reto de retomar el valor de la equidad y los desafíos de la gestión de dotación de los recursos humanos en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación o segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, ampliar las

coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico, así como aumentar la capacidad resolutoria del sistema público de salud.^(16,17,18)

Recientemente, se ha generado un movimiento para la reorientación de los servicios de salud en diferentes países del mundo. En América Latina es evidente el proceso de renovación de la atención primaria de salud (APS), según el Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), que sugiere un proceso de desarrollo marcado por la reaparición de la APS como eje central de los sistemas de salud con un enfoque renovado, razonado y basado en la evidencia para lograr una atención universal, integral e integrada. Un sistema de salud basado en la APS se define como un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas de salud que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema.^(19,20,21)

Diversos estudios^(22,23,24,25,26,27,28) reportan que, para alcanzar sistemas de salud basados en la APS, se deben superar múltiples barreras, como la segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, las desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, la rectoría y el liderazgo estatal débiles, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutoria, coparticipación y corresponsabilidad de los integrantes del equipo. Además de la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y de flexibilización en la gestión, de modo que se permita la adaptación a cada realidad y se contribuya así con la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales.

La política pública de salud en diversos países posiciona la salud como un valor social, lo que garantiza el acceso y ejercicio del derecho a ese bien que debe ser público; dicha política generaliza las grandes líneas de trabajo para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo de cada nación, lo que implica la existencia obligatoria de una adaptación a las diferentes necesidades de las poblaciones. Por ejemplo, el contexto de una comunidad indígena difiere de manera notable del de una comunidad en área urbana, desde la cosmovisión de la enfermedad como tal, hasta condiciones geográficas de dispersión poblacional, normas culturales, idioma y costumbres; todo suma y resulta en considerables diferencias respecto a la demanda de servicios de salud; por lo tanto, una política pública y la accesibilidad a los servicios hacen imperante innovar con mecanismos que se adecuen y permitan la comprensión, sensibilidad y acercamiento del personal que planifica los servicios para adaptarlos a la realidad encontrada en cada grupo poblacional.^(29,30,31,32)

La importancia de la accesibilidad a los servicios radica en que ella es la gran articuladora entre la oferta y la demanda, su relevancia está en la existencia de mecanismos que permitan obtener el servicio de salud requerido por la población y satisfacer sus requerimientos oportunamente. Las necesidades no pueden verse únicamente en término de los servicios por ser prestados, sino en la resolución de los problemas de salud, con elementos innovadores en la planificación de los servicios de salud y con un fuerte liderazgo, con desarrollo de tecnologías para innovar y mejorar la gestión sobre los determinantes de la salud que inciden en la calidad de vida y en el bienestar de la población. Este es el reto innovador que pide la historia como una hoja de ruta segura, el desarrollo humano sostenible y sustentable.

Indicadores de calidad asistencial

La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores que repercuten en su interpretación.⁽³³⁾

Desde la óptica del paciente, es conocido, por ejemplo, que para algunos una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático. Mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista del médico tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. Si un médico utiliza un procedimiento caducado para tratar una dolencia, no podrá catalogarse que está ofreciendo atención médica de calidad. Tampoco se puede afirmar que esto si procede a indicarle a un paciente una prueba diagnóstica o un tratamiento que no es el reconocido para la supuesta enfermedad, ni siquiera si el paciente está complacido con el procedimiento empleado.⁽³⁴⁾

Las tendencias más modernas de la atención sanitaria abogan por que las prácticas médicas estén profundamente basadas en la evidencia científica de que realmente son las idóneas para cada caso. Sin embargo, muchos alegan que la práctica de una medicina totalmente basada en la evidencia científica podría conducir a una deshumanización de la relación médico paciente, algo que tampoco debería considerarse deseable.⁽³⁵⁾

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que, si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. Por lo tanto, se debe de realizar una prescripción adecuada de medicamentos, así como indicar exámenes complementarios de rigor y siempre desde la óptica del aprovechamiento y el uso racional de los recursos disponibles en las instituciones de salud.⁽³⁶⁾

Ninguno de los enfoques analizados hasta este punto deberá desdeñarse puesto que, si bien los médicos pueden tener la razón mejor fundamentada, los administradores disponen de los recursos y los enfermos, receptores de la atención, deberán aceptarla conscientemente para que surta el efecto esperado. Sólo el balance apropiado de intereses y concepciones dará lugar a la calidad óptima que, en buena medida, todos deseamos.

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo. En los sistemas de salud no públicos las contradicciones entre los pacientes, gestores y financistas son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad y la eficiencia.

Las compañías de seguros han jugado un papel fundamental en esta evaluación y revisión sistemática ya que muchas veces deben pagar la mayor parte de los servicios y calcular

debidamente el monto que deben cobrar a sus clientes ya que este pago se produce antes de que el servicio se haya brindado. Las ganancias de tales compañías dependerán directamente de lo acertado de sus cálculos y del costo real del servicio brindado. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad.⁽³⁷⁾

En los sistemas públicos y gratuitos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia, llegando a todos los individuos de las distintas comunidades. La falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará a la larga en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales.

Por otro lado, la medición de conceptos abstractos como calidad y eficiencia de los servicios de salud, necesita de una operacionalización cuantitativa que permita comparaciones objetivas en el tiempo y en el espacio y la determinación de patrones que consientan la identificación de fallos o logros. Un indicador es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo”. Y éste es precisamente el caso que nos ocupa, pues necesitamos números para medir dos conceptos abstractos: calidad y eficiencia.⁽³⁸⁾

La costumbre ya arraigada de medir el nivel de salud de las poblaciones ha convertido a algunos indicadores en conocimiento ordinario. Tal es el caso de la tasa de mortalidad infantil (como indicador de salud y nivel socioeconómico de poblaciones) y el de otras tasas menos renombradas como las de mortalidad y morbilidad crudas o específicas.

La característica básica de un indicador es su potencialidad para medir un concepto de manera indirecta. La tasa de mortalidad infantil no es más que la frecuencia relativa de las muertes de niños menores de un año en cierto período, pero con ella se puede tener una idea de un concepto relativamente lejano: el desarrollo socioeconómico de una región. Es decir que, por caminos teóricos y empíricos, se ha demostrado que el nivel socioeconómico de una población se refleja en su mortalidad infantil y por ende ésta constituye un indicador del primero.^(38,39)

Calidad y eficiencia son nociones abstractas, conceptos basados en un sinnúmero de aspectos que histórica y socialmente llegan a alcanzar un significado aceptable. La necesidad de medirlos es obvia, aunque es siempre un desafío. Una buena parte de este desafío se debe a que los indicadores de calidad y eficiencia deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada. No se trata de un problema de esos indicadores en particular sino una característica implícita en muchos indicadores. Un ejemplo clásico es el de las tasas brutas de mortalidad de los distintos países. Si se quieren tomar como indicadores de nivel socioeconómico o de salud con el fin de hacer comparaciones, deberán estandarizarse para tener en cuenta, por lo menos, las estructuras de edad de los países en cuestión. Diferencias entre las tasas de mortalidad bruta de dos países con estructuras de edad diferentes no permitirán hacer juicios de valor sobre condiciones sociales, económicas o sanitarias.⁽⁴⁰⁾

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria. Por un lado, los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios, lo que les confiere alto significado social; por otro lado, la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen, los convierte en los centros más costosos del sistema de salud. La evaluación continua de la calidad y la eficiencia

de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Muchos de los indicadores conocidos de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios (la tasa de mortalidad, la de reingresos, la de infecciones entre otros) varían de acuerdo con la de la atención que se brinde, pero, como se esbozó antes, también dependen de la gravedad de los pacientes que han servido.

Para capturar la integralidad de la atención, se han establecido una serie de dimensiones fundamentales que tipifican lo que significa “calidad” en el contexto asistencial. Estas dimensiones, consolidadas por instituciones como la Organización Mundial de la Salud y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, funcionan como los pilares conceptuales sobre los cuales se construye cualquier sistema de evaluación. Entre las más cruciales se encuentran la Efectividad, la Seguridad, la Adecuación, la Accesibilidad y la Satisfacción del Usuario. Para operacionalizar estas dimensiones y transformarlas de conceptos abstractos a herramientas de gestión, se utilizan indicadores de calidad, eficiencia y efectividad, que actúan como métricas específicas, cuantificables y comparables.

La Efectividad se refiere al grado en que la atención sanitaria logra los resultados deseados en la mejora de la salud de los pacientes, cuando se presta en condiciones normales de práctica clínica. No se trata solo de si un tratamiento es eficaz en un ensayo clínico controlado (eficacia), sino de si funciona en la realidad cotidiana de los hospitales y centros de salud. Los indicadores para medirla se centran en los resultados en salud, como la tasa de reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos, el porcentaje de supervivencia a cinco años en cáncer, la tasa de control de la glucemia en diabéticos o la reducción de complicaciones en pacientes postoperatorios. Un servicio de alta calidad es, por definición, efectivo, ya que consigue el objetivo primordial de mejorar el estado de salud.

La Seguridad es la dimensión que busca minimizar y gestionar los riesgos inherentes a la atención sanitaria, evitando que los pacientes sufran daños innecesarios. Es el principio de “primero, no dañar”. Los indicadores de seguridad son críticos y miden eventos adversos, como las tasas de infecciones intrahospitalarias, los errores de medicación, las caídas de pacientes durante su estancia, o la frecuencia de úlceras por presión. La monitorización de estos indicadores permite identificar puntos débiles en los procesos e implementar protocolos que protejan al paciente, constituyendo un componente no negociable de la calidad.

La Adecuación (también conocida como Pertinencia o Eficiencia Técnica) evalúa si los procedimientos, tratamientos y servicios prestados son los apropiados para las necesidades clínicas del paciente, en el momento oportuno y evitando el uso innecesario o insuficiente de recursos. Se sitúa en la intersección entre la evidencia científica y las circunstancias individuales del paciente. Los indicadores de adecuación miden, por ejemplo, el porcentaje de cesáreas injustificadas, la prescripción de antibióticos para infecciones virales donde no son efectivos, o la realización de pruebas diagnósticas redundantes. Por otro lado, también miden la omisión de cuidados necesarios, como la falta de vacunación en poblaciones objetivo. La adecuación está íntimamente ligada a la Eficiencia, ya que persigue el mejor resultado posible con los recursos disponibles, eliminando el desperdicio.

La Accesibilidad define la facilidad con la que las personas pueden obtener atención sanitaria cuando la necesitan. Esta dimensión tiene componentes geográficos, económicos, temporales

y culturales. Los indicadores de accesibilidad miden los tiempos de espera para una consulta especializada o una intervención quirúrgica, la relación entre la ubicación de los servicios y la de la población, la disponibilidad de transporte, la asequibilidad de los copagos, y la existencia de barreras lingüísticas o culturales. Un servicio de excelencia clínica es inútil si los pacientes no pueden acceder a él de manera oportuna y sin dificultades prohibitivas.

La Satisfacción del Usuario captura la percepción y la experiencia del paciente y su familia con respecto a la atención recibida. Abarca aspectos tanto técnicos (la confianza en el profesional) como interpersonales (el trato respetuoso, la comunicación clara, la empatía, la privacidad). Los indicadores de satisfacción se obtienen típicamente a través de encuestas y cuestionarios que preguntan sobre la limpieza de las instalaciones, la claridad de las explicaciones, el respeto mostrado por el personal y la participación en la toma de decisiones. Aunque subjetiva, esta dimensión es un predictor crucial de la adherencia al tratamiento y de la continuidad en el uso de los servicios.

La evaluación integral de la calidad asistencial requiere de un modelo de análisis multifacético. Las dimensiones de Efectividad, Seguridad, Adecuación, Accesibilidad y Satisfacción del Usuario representan los ángulos esenciales desde los cuales debe ser observada. Los indicadores de calidad, eficiencia y efectividad son las herramientas prácticas que, al medir cada una de estas dimensiones, permiten a las instituciones sanitarias diagnosticar problemas, implementar mejoras y rendir cuentas, avanzando constantemente hacia un sistema que no solo cure enfermedades, sino que ofrezca una atención digna, segura, oportuna y centrada en las personas.

Mejora continua y enfocada en el paciente de la calidad de los servicios de salud

La mejora continua y el enfoque centrado en el paciente son pilares interconectados para la calidad en la atención médica, donde el objetivo final de la mejora es optimizar la experiencia y los resultados de salud para cada individuo. Al combinar ambos, las organizaciones de salud pueden crear un sistema más eficiente y humanizado, donde los pacientes reciben una atención de alta calidad adaptada a sus circunstancias particulares.

La mejora continua a veces se combina con la mejora de la calidad, que se refiere a los resultados de las acciones tomadas para mejorar un producto o servicio. Los sistemas de atención médica se centran en gran medida en la mejora de la calidad (de la atención al paciente, la gestión financiera, los procesos de formación) y utilizarán estrategias de mejora continua para lograrlo. La mejora continua de la calidad en el cuidado de la salud es una fusión de estos dos conceptos, pero son técnicamente exclusivos. La mejora continua puede centrarse en la mejora de la calidad, pero las dos iniciativas pueden ser responsabilidad de departamentos completamente separados dentro de una organización sanitaria.⁽⁴¹⁾

Si se implementa correctamente, una estrategia de mejora continua alentará a todo el personal de salud a preguntarse regularmente, “¿Cómo estamos?” “¿Podemos hacerlo mejor?” y “¿Cómo podemos hacer esto de manera más eficiente?” Al hacerlo, la mejora de la calidad se convierte en una prioridad y un resultado.

Los sistemas de salud surgen como respuesta social organizada para atender las necesidades de salud de la población y promover su pleno desarrollo, y evolucionan para adaptarse a los cambios tanto demográficos como epidemiológicos, políticos, sociales y económicos. La calidad de la atención es un elemento central de esta evolución.

La capacidad organizacional del sistema de salud para ofrecer servicios con calidad es uno de los bloques estratégicos reconocidos para conseguir niveles óptimos de funcionamiento en cuanto a lograr una atención sanitaria de calidad. Lograr capacidad organizacional para la calidad tiene dos componentes, en primer lugar contar con la infraestructura, recursos y personal adecuados para los servicios ofertados, y luego los elementos para la función de calidad, particularmente un sistema de información que permita vigilar y establecer un esquema de reconocimientos e incentivos alineados con la calidad y, sobre todo, procurar los conocimientos y habilidades para gestionar y mejorar la calidad de los servicios específicos y del sistema en su conjunto. El primer componente, infraestructura y personal adecuados, se ha vuelto más obvio e indiscutible, mientras que el segundo, la capacidad para ejercer la función de calidad, es más reciente y se está reconociendo en toda su trascendencia.^(42,43,44,45)

Ofrecer un servicio de calidad y mejorarlo de forma continua tiene una importante repercusión en los costos del sistema. Los costos de la mala calidad, generalmente ocultos, han sido estimados entre 20 y 40 % del total del gasto del sistema de salud. Son especialmente notorios cuando los servicios ofrecidos no son efectivos; ésta es una de las dimensiones clave de la calidad. Para evitar que se produzcan los fallos y mitigar sus efectos, se necesita poner en marcha sistemas de gestión de la calidad en las instituciones de salud que sean efectivos y capaces de detectarlos y evaluarlos y diseñar intervenciones para remediarlos o prevenirlos, puesto que la calidad raramente va a mejorar por sí sola. No obstante, esta “inversión” en la estructuración y el funcionamiento de un sistema de gestión de la calidad ha de seguir esquemas metodológicos adecuados para que no contribuya por sí misma al enorme desperdicio económico que ya existe en los sistemas de salud. La metodología adecuada para la gestión de la calidad conforma un cuerpo de conocimientos que hay que aprender y enseñar.^(46,47,48,49)

La confluencia por un lado de altos costos de la mala calidad y por otro lado la existencia de la necesidad de invertir en su evaluación y mejora para disminuirlos y optimizar la producción de salud, hace que sea necesario dotar al sistema de la capacidad organizacional para realizar estas actividades con la mejor evidencia científica posible, precisa una estrategia integral que contribuya a formar los recursos humanos con los conocimientos y las habilidades necesarios para afrontar los retos que todo ello supone en los diversos niveles de responsabilidad del SS.

El enfoque centrado en la persona es un pilar fundamental para la mejora continua de la calidad asistencial. Este modelo transforma la atención médica de un sistema centrado en la enfermedad a uno que considera al paciente como un individuo único, con sus propios valores, preferencias y necesidades, convirtiéndolo en un socio activo en las decisiones sobre su salud basado en un cambio cultural que sitúa al paciente en el centro de todas las decisiones, garantizando que los servicios sean no solo eficaces, sino también humanos, coordinados y respetuosos con sus preferencias.

La atención centrada en la persona resulta la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en

que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

La mejora continua deja de ser así un ejercicio técnico-administrativo impulsado únicamente por datos fríos, para convertirse en un proceso orgánico y colaborativo, nutrido por las narrativas, las necesidades y las expectativas de quienes viven y sienten la enfermedad. Escuchar de manera sistemática la voz del paciente, incorporar sus valores en la toma de decisiones compartida, y rediseñar los procesos desde la perspectiva de su *journey* o trayecto vital, no son solo gestos de humanización, sino las palancas más poderosas para identificar ineficiencias ocultas, prevenir eventos adversos y generar una atención verdaderamente efectiva, segura y adecuada.

La calidad en los servicios de salud desde la percepción del usuario

La salud es uno de los derechos inalienables de las personas en todo el mundo; desde tiempos remotos existe una preocupación constante por mejorar el estado de salud de la población. Esto se ha logrado con la introducción de nuevos equipos, recursos tecnológicos y, sobre todo, con mejoras en relación con la cobertura de salud y el seguimiento de los pacientes.⁽⁵⁰⁾

En la actualidad, los principales retos incluyen brindar servicios de salud con elevada calidad y mantener niveles elevados de satisfacción de los usuarios de los servicios. Estas metas se basan en la importancia que tiene la satisfacción de los pacientes y familiares en el mejoramiento de los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes; lo cual, de lograrlo, influye de manera positiva en el estado de salud de las personas y en el mejoramiento indudablemente del estado de salud de los individuos afectados y de sus familiares.

La calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios son dos aspectos medulares en la evaluación del desempeño del sistema de salud. Ambos se encuentran interrelacionados y su mejora continua contribuye al bienestar general de la población. Evaluar tanto la calidad de los servicios de salud como la satisfacción de los usuarios es crucial para identificar áreas de mejora y para implementar políticas que conduzcan a un sistema de salud más eficiente y equitativo. Los sistemas de salud modernos se enfocan en obtener retroalimentación constante de los usuarios y en utilizar esta información para realizar ajustes y mejoras continuas en la prestación de servicios.^(51,52,53,54)

Hoy en día no se dispone de suficientes estudios realizados que hayan sido orientados a la determinación de la calidad de los servicios y a la satisfacción de los usuarios; como tampoco han sido identificados y estudiados los factores que influyen en ambos. La calidad de los servicios de salud, en cualquier institución de salud, puede estar determinada por un variado y complejo número de factores de distinta índole. La identificación de su expresión en el contexto salubrista permite poder modificarlos o eliminarlos en pos de mejorar la satisfacción de los usuarios.

La calidad del servicio y nivel de satisfacción de usuarios pueden ser evaluados de forma general o aplicados a servicios independientes. Esta afirmación refuerza la hipótesis de que ambos elementos son multifactoriales y se pueden afectar de distintas formas.⁽⁵⁵⁾

Los factores identificados por los usuarios como factores que afectan la calidad del servicio son una muestra del nivel crítico de la población en relación con la salud y los servicios de los cuales depende. Como se aprecia, la clasificación en factores humanos, administrativos y físicos permite una mejor evaluación de la estructura organizacional y facilita su gestión por parte de

los administrativos del centro de salud; de esta forma se trazan acciones diferentes en cada grupo, a partir de la evaluación de la posible recuperación definitiva de cada factor.

CONCLUSIONES

El análisis desarrollado en este capítulo permite afirmar que la búsqueda de la calidad en la atención en salud es un proceso multifacético y dinámico, que requiere de modelos teóricos sólidos y de herramientas de evaluación prácticas y adaptables. A lo largo de estas páginas, se ha constatado que la integración de dimensiones técnicas, humanas y organizativas es un pilar irrenunciable para cualquier sistema que aspire a la excelencia. La principal aportación de este análisis reside en la propuesta de un marco integrador que, sin pretender reemplazar los modelos existentes, ofrece una guía para seleccionar y adaptar sus componentes de acuerdo con los objetivos específicos de cada organización.

Las inferencias derivadas de este análisis son claras: la evaluación de la calidad no puede ser un fin en sí mismo, sino un medio para la mejora continua. Los hallazgos sugieren que los sistemas de evaluación más exitosos son aquellos que logran retroalimentar a los profesionales y a la gestión con datos accionables, fomentando una cultura de la calidad y no solo de la medición. Esto implica superar la visión punitiva de la evaluación para transformarla en una herramienta de aprendizaje organizacional.

Sin embargo, es imperativo reconocer las limitaciones de este campo de estudio. Una de las más significativas es la dificultad para aislar el impacto específico de un modelo de calidad en los resultados finales de salud, dada la multitud de variables concurrentes. Otra limitación intrínseca a nuestro trabajo es la dependencia de literatura publicada, lo que puede generar un sesgo hacia la evidencia proveniente de contextos con mayores recursos, dejando de lado experiencias valiosas, pero no documentadas de entornos con restricciones.

En consonancia con los objetivos planteados al inicio del capítulo, se ha logrado proporcionar una visión sintética y crítica de los modelos de calidad, analizar las herramientas clave para su evaluación y destacar la interrelación fundamental entre el marco teórico y la práctica evaluativa. Las conclusiones aquí expuestas no son afirmaciones categóricas, sino deducciones apoyadas en el análisis realizado, que subrayan la naturaleza compleja, necesaria y en constante evolución de la calidad en la atención en salud. El camino hacia la excelencia es continuo, y este capítulo aspira a ser una brújula útil para quienes se embarcan en él.

El legado más transformador que puede heredar un sistema de salud es la consolidación de un enfoque centrado en las personas como el núcleo de la mejora continua. Este paradigma trasciende la visión del paciente como un mero receptor pasivo de intervenciones clínicas y lo sitúa, junto a sus familias y a la comunidad, como un agente activo, corresponsable y cuya experiencia es la medida última de la calidad. En definitiva, el futuro de una medicina excelente no reside solo en la precisión de sus tecnologías, sino en la profundidad de sus relaciones; es el enfoque de persona a persona el que, en última instancia, convierte la práctica clínica en un arte en constante evolución y asegura que la búsqueda de la calidad sea, sobre todo, un compromiso ético con la dignidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna Domínguez EM, Moreno Treviño JO, Zurita Garza DR. Evaluación de calidad en los servicios de salud: un análisis desde la percepción del usuario. *Horizonte sanitario*. 2021;20(3):329-42. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4183>

2. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2024;8(15):16-27. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>
3. Reconde Suárez D, Borges Damas L. Evaluación de la gestión de calidad de los servicios de Enfermería en un Centro de Restauración Neurológica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2023;39. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192023000100030&lng=es&tlng=es
4. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Labori Ruiz R. Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. *Infodir*. 2022;(37). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212022000100013&lng=es&tlng=es
5. Mora Medina AA, Chiriguaya Savinovich C, Rocafuerte Naranjo G. Gestión de la calidad de la atención en salud. *Más Vida. Revista de Ciencias de la Salud*. 2024;6(1):48-54. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0226>
6. Deudor Chamorro J, Susan Haydee GS. Calidad de Atención y Satisfacción de los Usuarios Externos de un Hospital de Lima, 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(5):8281-93. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8403
7. Araujo Verde DJ. Calidad de atención y nivel de satisfacción de usuarios externos en un establecimiento de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022;6(6):2616-29. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3706
8. Araújo Verde DJ. Calidad de atención y nivel de satisfacción de usuarios externos en un establecimiento de salud. *Mikarimin. Revista Científica Multidisciplinaria*. 2023;9(1):91-8. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/mikarimin/article/view/2872>
9. Calidad de atención y satisfacción del usuario de consulta externa en un hospital público del Perú. *Gaceta Científica*. 2022;8(4):201-6. <https://doi.org/10.46794/gacien.8.4.1709>
10. Río-Mendoza J del, Becerra-Canales B, Montalvo-del Río J. Complaints from external users in a general hospital of Peru. *Revista Médica Electrónica*. 2022;44(1):130-41. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000100130&lng=es&tlng=en
11. Febres-Ramos RJ, Dextre-Vilchez SA, Mercado-Rey MR. SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN UN HOSPITAL PERUANO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2022;25(1):21-7. <https://doi.org/10.51581/rccm.v25i1.464>
12. Carballo-Quesada L. Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. *Acta Médica Costarricense*. 2022;64(2):1-3. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000200001&lng=en&tlng=es
13. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2024;8(15):16-27. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>
14. Arango Astorga P, Garcia Garcia Y. Internet de las cosas en el ámbito de la atención

médica: tendencias y desafíos. *Revista Cubana de Informática Médica*. 2022;14(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592022000100014&lng=es&tlng=es

15. Saraiva Aguiar R, Salmazo da Silva H. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2022;21(65):545-89. <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>

16. Estupiñán Ricardo J, Leyva Vázquez MY, Álvarez Gómez SD, Alfonso Manzanet JE, Velázquez-Soto OE. La aplicación de la neutrosfía en las ciencias médicas: una revisión bibliográfica narrativa. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 2023;34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132023000100048&lng=es&tlng=es

17. Lino Villacreses W, Vargas Pin R, Sornoza García M, Lucas Parrales E. Importancia de una gestión eficiente de la calidad en la atención del paciente. *Polo del Conocimiento*. 2023;8(10):48-71. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i10.6110>

18. Villasis-Keever MÁ. La evaluación de la calidad de vida como parte de la atención médica en pacientes pediátricos. *Revista mexicana de pediatría*. 2022;89(3):93-4. <https://doi.org/10.35366/109304>

19. Gomez Diaz B, Casillas Avila MP, Chavez Maisterra I, Escobar Cedillo RE, Luna Angulo AB, Zamora Gonzalez EO, et al. Perceptions of Healthcare Quality for Duchenne Muscular Dystrophy in Mexico: A Patient Experience Exploratory Study. *Investigación En Discapacidad*. 2024;10(S1):s42. <https://dsm.inr.gob.mx/indiscap/index.php/INDISCAP/article/view/59>

20. Bouza Plasencia G, Villoch Bonet R, Plasencia Domínguez O, Sosa Tejeda I. Calidad de la atención al anciano en dos policlínicos del municipio de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. 2021;25(1):51-65. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100051&lng=es&tlng=es

21. Carreño Cuador J. Methodological design for the marketing strategy of health education services. *Revista Cubana de Cirugía*. 2022;61(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932022000300015&lng=es&tlng=en

22. Soler Porro AB, Hormigó Puertas IF, Corratgé Delgado H, Barciela González Longoria M de la C, Arocha Mariño C, González Vega SM. Diseño metodológico de una investigación cualitativa de corte gerencial. *Revista De Información científica Para La Dirección En Salud*. INFODIR. 2024. <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1575>

23. Matta-Zamudio LS. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos que acuden a un policlínico ubicado en Los Olivos. *Revista Cuidado Y Salud Pública*. 2021;1(2):71-7. <https://doi.org/10.53684/csp.v1i2.29>

24. Contreras Hernández V. Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*. 2021;9(spe1):00037. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2944>

25. Matta-Zamudio LS. Calidad de cuidado de enfermería en pacientes de una sala de hospitalización ubicada en Lima Centro. *Revista Cuidado Y Salud Pública*. 2022;2(1):30-5.

<https://doi.org/10.53684/csp.v2i1.39>

26. Guzmán-Muñoz E, Mendez-Rebolledo G, Concha-Cisternas Y, Alarcón-Rivera M, Faúndez-Casanova C. Diseños de investigación cuantitativa en ciencias de la actividad física y la salud. *Revista Ciencias De La Actividad Física UCM*. 2025;26(2):63-85. <https://doi.org/10.29035/rcaf.26.2.5>

27. López Malacatus LAJ, Cuenca Buele LAR, Bajaña Romero LJA, Merino Choez LKD, López Malacatus LMS, Bravo Bonoso MDG. Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2021;5(5):8018-35. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.887

28. Mas y Rubi Labarca YC, Nieves Álvarez MJ. Gestión de la Calidad de Servicio en los centros de salud privados. *Revista Temario Científico*. 2023;2(2):25-38. <https://doi.org/10.47212/rtcAlinin.2.2.3>

29. Parra-Izquierdo V, Frías-Ordoñez JS, Márquez JR, Puentes-Manosalva FE, Sarmiento F, García-Duperly R, et al. Health-related quality of life by IBDQ-32 in Colombian patients with Inflammatory bowel disease in remission: A cross-sectional study. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2023;43(2):95-103. <https://doi.org/10.47892/rgp.2023.432.1513>

30. Mejías Sánchez Y, Borges Oquendo L de la C. Consideraciones para la definición de desempeño profesional en el proceso de calidad en salud. *Humanidades Médicas*. 2021;21(1):224-38. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000100224&lng=es&tlng=es

31. Tellez Bedoya CA, Tellez Bedoya C. RETOS DE LA SALUD MENTAL PARA LA CUARTA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL EN LAS EMPRESAS DE COLOMBIA. *Tendencias*. 2022;23(2):329-55. <https://doi.org/10.22267/rtend.222302.211>

32. Betancourt A, Campillo N, Mieres C. Información sobre la salud: una revisión de la literatura existente sobre YouTube como fuente de información sanitaria. *Revista De Comunicación Y Salud*. 2021;11:1-18. <https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e207>

33. García-Rodríguez LC, Torres-Sanmiguel AF, Guerrero-Gaviria DA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Díaz L. Estrategias de apropiación social del conocimiento en salud: revisión sistemática. *Revista Ciencias de la Salud*. 2022;20(3):1. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11587>

34. Giraldo Castaño L, Pinto Maquilón JK, Lugo Agudelo LH, Velásquez Correa JC, Pastor M del P, Posada Borrero AM, et al. Ruta integral de atención en salud para personas con amputaciones de miembro inferior, para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2022;40(1):e5. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e3422981>

35. Luna Domínguez EM, Moreno Treviño JO, Zurita Garza DR. Evaluación de calidad en los servicios de salud: un análisis desde la percepción del usuario. *Horizonte sanitario*. 2021;20(3):329-42. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4183>

36. Zhispon Rivera DR. Beneficios de la Actividad Física y Recreativa en el Adulto mayor.

MENTOR Revista De investigación Educativa Y Deportiva. 2025;4(10):518-39. <https://doi.org/10.56200/mried.v4i10.9132>

37. Escalona Suárez J, Batista Reyes L, Mar Cornelio O. Metodología para la transformación digital, enfrentando el cambio de paradigma de la informatización en salud. UNESUM - Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria. 2023;7(2):51-9. <https://doi.org/10.47230/unsum-ciencias.v7.n2.2023.51-59>

38. Chaz Sardi MC, Martínez CK, Mirofsky MA, López FJ, Garzaniti R, Gubilei ES, et al. Multi-employment in health in the province of Buenos Aires: cross-sectional study of professions involved in COVID-19 patient care. Revista Argentina de Salud Pública. 2023;15:89. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2023000100089&lng=es&tlng=en

39. Falcón Fariñas IN, de Dios Martínez A, Macías Llanes ME. Fundamentos teórico-metodológicos sobre evaluación de programas de salud. Humanidades Médicas. 2022;22(2):233-56. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202022000200233&lng=es&tlng=pt

40. Hernández-Nariño A, Medina-Nogueira Y-E, Camero-Benavides L-B, Díaz-Almeda L, Díaz-Luis G, Castro-Hernández A. Priorización de la investigación para potenciar la ciencia y la innovación en salud: propuesta metodológica. Revista científica. 2022;(43):141-57. <https://doi.org/10.14483/23448350.18173>

45. López Ramírez E, Sifuentes Valenzuela MC, Rodríguez RL, Aguilar SL, Perea González GP. Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento. 2021;9(23):e2377710. <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>

46. Bustamante MA, Lapo M del C, Tello MG. Modelamiento estructural de la calidad de servicio en atención primaria de salud del Guayas, Ecuador. Información tecnológica. 2022;33(4):171-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642022000400171>

47. Diseño de un sistema de gestión de la calidad total aplicable a farmacias de la red de salud pública del Ecuador. Revista Universidad De Guayaquil. 2021;133(2):1-8. <https://doi.org/10.53591/rug.v133i2.1381>

48. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2024;8(15):16-27. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>

49. Mejías Sánchez Y, Borges Oquendo L de la C. Consideraciones para la definición de desempeño profesional en el proceso de calidad en salud. Humanidades Médicas. 2021;21(1):224-38. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202021000100224&lng=es&tlng=es

50. Tapia Villalva JT, Carbajal Llaucé CT de J, Plúas Morán GE, Machado Rosado FV, Salcedo Galarza NE. Modelo de gestión pública para la satisfacción de usuarios en centros de salud. Universidad, Ciencia y Tecnología. 2024;28(especial):380-90. <https://doi.org/10.47460/uct>

v28ispecial.837

51. Parreño Urquiza AF, Ocaña Coello SP, Iglesias Morell A. Gestión de la calidad en unidades de salud de la ciudad de Riobamba. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2021;50(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200012&lng=es&tlng=pt

52. Morejón Valdés M, Ramírez Pérez JF, Vargas Contreras E, Henriquez Ritchie PS. CONTRIBUCIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN EN LA EFICIENCIA ORGANIZACIONAL Y LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA EN INSTITUCIONES DE SALUD: INDICADORES DE GESTIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA. *UNESUM - Ciencias. Revista Científica Multidisciplinaria*. 2021;5(4):109-22. <https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v5.n4.2021.580>

53. Moncada G, Córdova C, Vera-Vega R, Osses-Mendez Y, Casanova R. Experiencia en la implementación de sistemas de gestión de calidad para la atención odontológica en un centro docente asistencial universitario. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2021;14(1):11-6. <https://doi.org/10.4067/S2452-55882021000100011>

54. León-Ramentol CC, Menéndez-Cabezas A, Rodríguez-Socarrás IP, García González MC, Quesada Leyva L, Quintana Verdecia E. La capacitación como premisa para implementar un sistema de gestión de la calidad. *EDUMECENTRO*. 2021;13(2):19-32. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000200019&lng=es&tlng=es

55. Kú Hernández KF, Campos Velásquez WJ. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Aula Virtual*. 2025;6(13):e513. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16934244>

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.

Análisis formal: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.

Investigación: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.

Metodología: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.

Redacción-borrador original: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.

Redacción-revisión y edición: Carlos David Boris Miclín, María Eugenia García Céspedes, Yonathan Estrada Rodríguez.