Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

MÁS ALLÁ DE LOS INDICADORES: CONSTRUCCIÓN METODOLÓGICA DE UN MODELO INTEGRADOR PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD

BEYOND INDICATORS: METHODOLOGICAL DEVELOPMENT OF AN INTEGRATIVE MODEL FOR ASSESSING QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Yer Orlando Monsalve Ospina
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

Maria Fernanda Càrdenas Arèvalo
Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5.26437

Más allá de los Indicadores: Construcción Metodológica de un Modelo Integrador para la Evaluación de la Gestión de la Calidad en Instituciones de Salud

Yer Orlando Monsalve Ospina[1]
yer.monsalve@uniminuto.edu
https://orcid.org/0000-0001-5411-2444
Corporación Universitaria Minuto de Dios
UNIMINUTO, Colombia

Maria Fernanda Càrdenas Arèvalo
maria.cardenas-ar@uniminuto.edu
https://orcid.org/0009-0009-5359-8986
Corporación Universitaria Minuto de Dios
UNIMINUTO, Colombia

RESUMEN

La evaluación de la gestión de la calidad en las instituciones de salud requiere instrumentos que integren dimensiones estructurales, organizacionales, asistenciales y de resultados, superando los enfoques centrados exclusivamente en indicadores aislados. El objetivo de este estudio fue construir una propuesta metodológica para un modelo integrador de evaluación de la gestión de la calidad en instituciones de salud. Se desarrolló un estudio documental de carácter descriptivo y analítico, sustentado en la revisión de literatura científica y documentos técnicos relacionados con la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la gestión institucional y la mejora continua. Mediante un proceso de identificación, análisis y organización conceptual de los componentes relevantes, se establecieron dimensiones orientadas a articular los procesos de gestión con los resultados de la atención. Como resultado, se consolidó una propuesta estructurada en diez dimensiones: gobernanza y liderazgo; estructura y capacidad institucional; talento humano; gestión del riesgo y seguridad del paciente; experiencia y atención centrada en la persona; eficiencia y gestión de recursos; efectividad clínica y resultados; acceso, oportunidad y equidad; continuidad y coordinación; e información y mejora continua. Se concluye que esta estructura constituye una base metodológica para orientar el diseño de un instrumento de evaluación integral, cuya validez y confiabilidad deberán establecerse mediante etapas posteriores de validación y aplicación empírica.

Palabras clave: gestión de la calidad, indicadores de calidad, seguridad del paciente, evaluación institucional, modelo integrador

[1] Autor principal.
Correspondencia: yer.monsalve@uniminuto.edu

Beyond Indicators: Methodological Development of an Integrative Model for Assessing Quality Management in Healthcare Institutions

ABSTRACT

The evaluation of quality management in healthcare institutions requires instruments that integrate structural, organizational, care-related, and outcome dimensions, moving beyond approaches focused exclusively on isolated indicators. This study aimed to develop a methodological proposal for an integrative model to evaluate quality management in healthcare institutions. A descriptive and analytical documentary study was conducted, based on a review of scientific literature and technical documents addressing healthcare quality, patient safety, institutional management, and continuous improvement. Through a process of identification, analysis, and conceptual organization of relevant components, dimensions were established to link management processes with healthcare outcomes. As a result, a framework comprising ten dimensions was developed: governance and leadership; institutional structure and capacity; human resources; risk management and patient safety; patient experience and person-centered care; efficiency and resource management; clinical effectiveness and outcomes; access, timeliness, and equity; continuity and coordination of care; and information management and continuous improvement. It is concluded that this framework provides a methodological foundation for designing a comprehensive evaluation instrument. Its validity and reliability should be established through subsequent validation procedures and empirical application.

Keywords: healthcare quality management, quality indicators, patient safety, institutional assessment, integrative model

Artículo recibido 20 agosto 2026
Aceptado para publicación: 25 setiembre 2026

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención sanitaria constituye un componente estratégico de los sistemas de salud, debido a su relación con la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la oportunidad de la atención, la experiencia de las personas y el uso responsable de los recursos institucionales. Su gestión requiere comprender la organización sanitaria como un sistema complejo en el que interactúan capacidades estructurales, procesos asistenciales, decisiones directivas, competencias del talento humano y resultados en salud. En consecuencia, evaluar la calidad supone superar las aproximaciones exclusivamente normativas o centradas en indicadores aislados, para avanzar hacia esquemas de análisis que permitan interpretar de manera articulada el desempeño institucional.

El modelo de estructura, proceso y resultado propuesto por Donabedian,(1966) constituye uno de los referentes clásicos para comprender la evaluación de la calidad asistencial. Este enfoque permite relacionar las condiciones en las que se presta la atención, las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos. Sin embargo, la gestión contemporánea de las instituciones sanitarias también demanda incorporar dimensiones relacionadas con el liderazgo, la cultura de seguridad, la experiencia del paciente, la equidad, la continuidad asistencial, la transformación digital y la mejora continua.

Estos componentes adquieren relevancia porque el desempeño de una organización no depende exclusivamente de sus recursos disponibles o del cumplimiento de procedimientos, sino también de la manera en que sus capacidades se articulan para producir atención segura y efectiva.

En las últimas décadas, las organizaciones sanitarias han adoptado diversos modelos de gestión y evaluación, entre ellos los sistemas de acreditación, los marcos de excelencia organizacional, la gestión por procesos y las metodologías de optimización como Lean Healthcare y Six Sigma.

En el caso de Breyer et al. (2019), la revisión identificó 248 indicadores; solo el 10,2 % aparecía en más de un artículo o documento y el 47 % especificaba cómo se calculaba u obtenía. Estos datos permiten sustentar la dificultad de comparar indicadores entre instituciones.

Para Alanazi et al. (2022), la revisión se centró en las actitudes de seguridad del personal de enfermería y su relación con los resultados de los pacientes. El trabajo respalda especialmente la relevancia del trabajo en equipo, la comunicación y la cultura de seguridad; conviene evitar atribuirle conclusiones específicas sobre liderazgo si no se confirma en el texto completo.

Estos enfoques ofrecen herramientas para estandarizar procedimientos, identificar desperdicios, disminuir la variabilidad y fortalecer el control de los procesos. No obstante, responden a propósitos y niveles de intervención diferentes. Mientras algunos se concentran en el cumplimiento de estándares, otros priorizan el mejoramiento de procesos específicos o la medición de resultados. Su utilización desarticulada puede dificultar la construcción de una visión institucional compartida.

La fragmentación de la evaluación de la calidad representa un problema conceptual y operativo. Una institución puede presentar resultados favorables en oportunidad o eficiencia y, al mismo tiempo, mantener debilidades en seguridad del paciente, continuidad asistencial, bienestar del personal o experiencia del usuario.

De igual manera, la multiplicidad de indicadores no garantiza por sí misma una evaluación integral, especialmente cuando existen diferencias en sus definiciones, denominadores, periodicidades, fuentes de información y criterios de interpretación. Por ello, el desafío no consiste únicamente en aumentar la cantidad de mediciones, sino en establecer una estructura conceptual coherente que permita seleccionar, relacionar e interpretar los indicadores pertinentes.

Los antecedentes sobre evaluación de la calidad, acreditación y optimización de procesos permiten identificar aportes complementarios. Arah et al. (2006) examinaron marcos de evaluación del desempeño sanitario; Kruk et al. (2018) plantearon una visión de sistemas de salud de alta calidad; Araujo et al. (2020) y Hussein et al. (2021) abordaron aspectos relacionados con la acreditación y sus efectos; mientras que Rathi et al. (2022) estudiaron aplicaciones de metodologías de mejora de procesos. En conjunto, estos enfoques ofrecen elementos para la construcción de una arquitectura de evaluación, aunque sus alcances no son equivalentes y deben analizarse según el contexto, el propósito y la unidad de análisis de cada propuesta.

En el ámbito institucional colombiano, esta discusión también comprende la gestión de la información, la trazabilidad de los registros, la interoperabilidad y el seguimiento de los procesos de mejoramiento. La calidad de los datos condiciona la confiabilidad de los indicadores y, por tanto, la utilidad de la información para orientar decisiones gerenciales. En consecuencia, una propuesta integradora debe considerar tanto los componentes clínicos y organizacionales como las capacidades informacionales necesarias para realizar seguimiento sistemático al desempeño.

A partir de esta problemática, se identifica la necesidad de estructurar un modelo que articule las principales dimensiones de la gestión de la calidad y facilite su traducción en variables, indicadores y criterios de verificación. La contribución esperada no consiste en reemplazar los modelos existentes, sino en organizar sus componentes convergentes dentro de una estructura metodológica que facilite la evaluación institucional y el desarrollo posterior de un instrumento de medición.

La relevancia del estudio se sitúa en dos planos. En el plano científico, busca aportar una organización conceptual que reduzca la superposición de categorías y mejore la trazabilidad entre los constructos y su expresión operacional. En el plano práctico, pretende ofrecer una base para que las instituciones de salud identifiquen brechas, prioricen acciones de mejora y articulen información procedente de diferentes procesos.

En concordancia con lo anterior, la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las dimensiones, variables e indicadores que debería contener un modelo integrador de calidad para instituciones de salud?

El objetivo general fue contribuir a la construcción del instrumento institucional para la evaluación de la gestión de la calidad en instituciones de salud, mediante el análisis de evidencia científica y documental, la consolidación de dimensiones y variables de un modelo integrador y la estructuración de indicadores e ítems sustentados en referentes científicos y metodológicos. Como objetivos específicos se plantearon: 1. Analizar la evidencia científica y documental sobre modelos y enfoques de gestión de la calidad aplicables a instituciones de salud, identificando sus principales componentes, aportes y limitaciones. 2. Consolidar las dimensiones y variables que conforman un modelo integrador de gestión de la calidad en instituciones de salud, depurando duplicidades conceptuales y estableciendo su fundamentación científica. 3. Estructurar los indicadores e ítems asociados a las dimensiones y variables identificadas, como aporte a la construcción del instrumento institucional para la evaluación de la gestión de la calidad en instituciones de salud.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

Se desarrolló un estudio documental de alcance descriptivo-exploratorio, orientado al desarrollo metodológico preliminar de un modelo integrador para la evaluación de la gestión de la calidad en instituciones de salud.

El análisis se centró en la identificación de constructos, la comparación de enfoques y la organización de dimensiones, variables e indicadores potencialmente pertinentes para la evaluación institucional.

El trabajo se ubicó en una fase de construcción conceptual y operacional. Por tanto, su alcance comprendió la estructuración del modelo y la propuesta de una matriz de operacionalización, sin asumir que el instrumento resultante contara con validación psicométrica o evidencia empírica de confiabilidad.

Fuentes de información

La unidad documental estuvo constituida por publicaciones científicas, marcos conceptuales y documentos técnicos relacionados con la gestión de la calidad, la seguridad del paciente, la acreditación, la evaluación del desempeño sanitario y la mejora de procesos. Entre las fuentes previstas en el protocolo de investigación se incluyeron PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS, además de documentos de organismos y entidades vinculados con la calidad de la atención sanitaria.

La selección de fuentes consideró su pertinencia temática, la claridad de sus fundamentos metodológicos, su contribución a la evaluación de instituciones de salud y su utilidad para identificar dimensiones, variables e indicadores. Se contempló literatura publicada entre 2006 y 2024, junto con trabajos seminales necesarios para fundamentar el modelo.

Criterios de selección documental

Se consideraron pertinentes los documentos que abordaran explícitamente modelos de gestión de la calidad, marcos de evaluación institucional, indicadores de desempeño, seguridad del paciente, acreditación o metodologías de mejoramiento aplicadas a organizaciones sanitarias. Se excluyeron documentos duplicados, publicaciones sin relación directa con el objeto de estudio y textos que no proporcionaran información suficiente para identificar su contribución conceptual o metodológica.

Cuando se incorporaron documentos normativos o manuales técnicos, su función fue complementar la fundamentación científica y contextualizar las exigencias institucionales. Estos documentos se diferenciaron de los estudios empíricos para evitar atribuirles resultados que no hubieran sido evaluados directamente.

Procedimiento de análisis

El procedimiento se organizó en cinco etapas metodológicas.

Primera etapa

Identificación y extracción documental. Se organizó la información relevante de las fuentes en una matriz bibliográfica, registrando autores, año, propósito, enfoque, dimensiones abordadas, indicadores y contribución al estudio.

Segunda etapa

Comparación de modelos y enfoques. Se contrastaron los componentes de los modelos de estructura, proceso y resultado, los marcos de evaluación del desempeño, los sistemas de acreditación y las metodologías de optimización de procesos. El análisis buscó reconocer convergencias, diferencias de alcance y posibles áreas de complementariedad.

Tercera etapa

Depuración conceptual. Se revisaron las categorías identificadas para reconocer sinónimos, constructos superpuestos y diferencias conceptuales relevantes. La consolidación consideró la pertinencia para la gestión institucional, la relación con la calidad asistencial y la posibilidad de distinguir las categorías durante su operacionalización.

Cuarta etapa

Construcción de la matriz de operacionalización. Los constructos consolidados se organizaron en una secuencia jerárquica: dimensión, variable, definición conceptual, definición operacional, indicador sugerido y fuente de verificación. Esta estructura se diseñó para conservar la trazabilidad entre el fundamento teórico y su posible expresión empírica.

Quinta etapa

Revisión de consistencia. Se examinó la correspondencia entre las dimensiones y las variables, procurando evitar duplicidades, ambigüedades y formulaciones que combinaran varios atributos en un mismo indicador. La revisión se orientó a establecer una estructura preliminar susceptible de evaluación posterior por expertos.

Criterios para la organización de las dimensiones

La consolidación de las dimensiones se fundamentó en cuatro criterios: relevancia para la gestión de la calidad en salud; diferenciación conceptual; capacidad para integrar variables relacionadas sin perder especificidad; y posibilidad de traducción en indicadores observables o verificables.

Las diez dimensiones se consideraron componentes complementarios de un sistema de evaluación, no factores estadísticamente independientes ni categorías cuya validez discriminante hubiera sido demostrada. Su estructura deberá someterse a revisión especializada antes de establecer la versión definitiva del instrumento.

Consideraciones éticas

El estudio se fundamentó en el análisis documental y no contempló, en la fase descrita, intervención sobre pacientes ni recolección directa de información clínica identificable. Se mantuvo el reconocimiento de la autoría intelectual mediante citación de las fuentes consultadas. La clasificación ética formal del proyecto y cualquier requisito de aprobación o exención deberán ajustarse a las disposiciones institucionales aplicables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Organización conceptual de los enfoques de gestión de la calidad

El análisis conceptual permitió organizar los enfoques de gestión de la calidad según el nivel de intervención al que contribuyen. Los marcos de evaluación del desempeño ofrecen una visión amplia de los componentes y resultados del sistema; los modelos clásicos de calidad facilitan la relación entre condiciones estructurales, procesos y resultados; los sistemas de acreditación promueven la estandarización de requisitos; y las metodologías de optimización se orientan a identificar oportunidades de mejora en procesos determinados.

Esta diversidad constituye una fortaleza cuando los enfoques se utilizan de forma complementaria. Sin embargo, puede convertirse en una limitación cuando cada marco se implementa con categorías, indicadores y mecanismos de seguimiento aislados. Por ello, el desarrollo del modelo se orientó a organizar los elementos convergentes en una estructura común.

Tabla 1. Enfoques conceptuales y contribuciones a la evaluación de la calidad en salud

Enfoque o referente	Contribución principal	Aspecto que debe articularse en el modelo
Estructura, proceso y resultado	Relaciona recursos, atención y resultados	Incorporar factores transversales de liderazgo, cultura y experiencia
Marcos de evaluación del desempeño sanitario	Organizan dominios de desempeño y calidad	Traducir los dominios generales en variables institucionales observables
Acreditación y certificación	Promueven estándares y prácticas organizacionales	Vincular el cumplimiento con indicadores y seguimiento de resultados
Gestión por procesos	Permite describir actividades, responsables y puntos de control	Relacionar procesos asistenciales y administrativos con resultados de calidad
Lean Healthcare y Six Sigma	Facilitan el análisis de variabilidad, desperdicios y oportunidades de mejora	Integrar la optimización local con las prioridades estratégicas institucionales
Seguridad del paciente	Orienta la identificación y gestión de riesgos asistenciales	Articular cultura de seguridad, reporte, análisis y acciones correctivas
Gestión de información y mejora continua	Favorece la trazabilidad y el seguimiento de decisiones	Establecer fuentes de verificación y reglas de cálculo consistentes

Nota. La tabla constituye una síntesis conceptual de los enfoques que deben contrastarse con las fuentes originales utilizadas en el estudio. No representa una evaluación comparativa cuantitativa de su efectividad.

Consolidación de las dimensiones del modelo integrador

A partir de la comparación conceptual se estructuró una propuesta de diez dimensiones. La finalidad de esta organización fue reducir la dispersión de categorías y proporcionar una estructura común para vincular los componentes organizacionales, asistenciales, estratégicos e informacionales de la calidad.

Tabla 2. Dimensiones propuestas para el modelo integrador

Dimensión	Alcance conceptual	Variables orientadoras
1. Gobernanza y liderazgo	Dirección estratégica, responsabilidades y cultura institucional	Planeación de la calidad, liderazgo directivo, rendición de cuentas y cultura organizacional
2. Estructura y capacidad institucional	Condiciones y recursos necesarios para prestar los servicios	Infraestructura, dotación tecnológica, disponibilidad de recursos y capacidad instalada
3. Talento humano	Disponibilidad, competencias y condiciones organizacionales del personal	Suficiencia de personal, formación, competencias, bienestar y desarrollo profesional
4. Gestión del riesgo y seguridad del paciente	Prevención, detección y gestión de riesgos asistenciales	Identificación de riesgos, notificación de incidentes, análisis de eventos y acciones preventivas
5. Experiencia y atención centrada en la persona	Respuesta a necesidades, preferencias y expectativas de los usuarios	Satisfacción, comunicación, trato digno, participación y experiencia de atención
6. Eficiencia y gestión de recursos	Uso adecuado de recursos humanos, financieros, físicos y tecnológicos	Productividad, utilización de recursos, tiempos de proceso y desperdicios operativos
7. Efectividad clínica y resultados	Correspondencia entre la atención prestada y los resultados esperados	Adherencia a prácticas basadas en evidencia, resultados clínicos y desenlaces pertinentes
8. Acceso, oportunidad y equidad	Disponibilidad de atención y ausencia de barreras injustificadas	Tiempos de espera, acceso efectivo, barreras y diferencias entre grupos de población
9. Continuidad y coordinación	Articulación de la atención entre servicios, profesionales y niveles asistenciales	Referencia y contrarreferencia, seguimiento, transiciones asistenciales y coordinación
10. Información y mejora continua	Calidad de los datos, seguimiento de indicadores y aprendizaje institucional	Integridad de registros, oportunidad de reportes, auditoría, acciones correctivas y seguimiento

Nota. Las variables son orientadoras y deben contrastarse con la matriz documental definitiva. Su inclusión no implica que hayan sido validadas por expertos ni confirmadas mediante análisis estadístico.

La propuesta distingue entre dimensiones que describen capacidades organizacionales, como gobernanza y estructura; dimensiones relacionadas con la prestación de la atención, como seguridad, efectividad, experiencia y continuidad; y dimensiones transversales, como eficiencia, equidad e información. Esta organización facilita reconocer las interdependencias entre los componentes sin reducir la calidad a una sola categoría.

Matriz preliminar de operacionalización

Para traducir las dimensiones en componentes susceptibles de evaluación, se elaboró una estructura que vincula las variables con indicadores sugeridos y fuentes de verificación. Los indicadores incluidos a continuación son ejemplos metodológicos para ilustrar la arquitectura de la matriz. Su selección definitiva requiere respaldo documental, definición de reglas de cálculo y evaluación de pertinencia.

Tabla 3. Operacionalización de variables e indicadores

Dimensión	Variable	Indicador sugerido	Fuente de verificación
Gobernanza y liderazgo	Seguimiento directivo de la calidad	Porcentaje de objetivos de calidad con seguimiento documentado en el periodo	Planes de calidad, actas e informes
Estructura y capacidad institucional	Disponibilidad de recursos críticos	Proporción de recursos críticos disponibles respecto de los requeridos	Inventarios, registros de mantenimiento y auditorías
Talento humano	Formación en calidad y seguridad	Porcentaje de personal objetivo que completó la formación definida en el periodo	Registros de capacitación
Gestión del riesgo y seguridad del paciente	Análisis de incidentes notificados	Porcentaje de incidentes seleccionados para análisis que cuentan con análisis documentado	Sistema institucional de reporte y registros de seguimiento
Experiencia y atención centrada en la persona	Percepción de la atención recibida	Resultado de una encuesta institucional con instrumento y método de cálculo definidos	Encuestas y bases de resultados
Eficiencia y gestión de recursos	Cumplimiento de tiempos de proceso	Proporción de procesos que cumplen el tiempo de referencia establecido	Registros de operación y sistemas de información

Efectividad clínica y resultados	Cumplimiento de prácticas clínicas definidas	Porcentaje de casos elegibles que cumplen el criterio clínico seleccionado	Historias clínicas y auditorías clínicas
Acceso, oportunidad y equidad	Oportunidad de atención	Mediana del tiempo entre la solicitud y la atención, según el servicio evaluado	Sistemas de asignación de citas y registros asistenciales
Continuidad y coordinación	Seguimiento posterior a la transición asistencial	Proporción de pacientes elegibles con seguimiento documentado en el plazo establecido	Registros de egreso, remisión y seguimiento
Información y mejora continua	Cumplimiento de acciones correctivas	Porcentaje de acciones correctivas cerradas dentro del plazo definido	Planes de mejora e informes de auditoría

Nota. Los indicadores son ejemplos propuestos, no resultados medidos en instituciones de salud. Antes de utilizarlos, deben definirse con precisión su numerador, denominador, periodo de observación, criterios de inclusión y exclusión, fuente de datos, responsable y sentido esperado.

Estructura metodológica del instrumento

La matriz permite establecer una secuencia de trazabilidad entre el constructo conceptual y su posible medición. En términos operativos, cada dimensión debe contener variables delimitadas, definiciones observables y criterios verificables. Para los indicadores cuantitativos, la ficha técnica debe especificar fórmula, unidad, periodicidad, fuente de información, responsable y reglas de interpretación. Para los reactivos orientados a valorar prácticas organizacionales, la formulación debe ser clara, unidimensional y pertinente para el tipo de informante.

Una posible escala de madurez institucional comprende cinco niveles: no implementado, inicial, en desarrollo, implementado y consolidado con mejora continua. Esta escala constituye una alternativa preliminar de diseño y no debe interpretarse como una escala validada. Sus categorías requieren definiciones operativas, criterios de asignación y evaluación por expertos antes de su aplicación.

La distinción entre indicadores objetivos y reactivos de percepción o madurez resulta esencial. Los primeros requieren datos verificables y reglas de cálculo reproducibles; los segundos necesitan instrucciones claras, categorías de respuesta mutuamente comprensibles y evidencia de validez y confiabilidad. Ambos tipos de medición pueden complementar la evaluación, pero no deben combinarse de manera automática sin una justificación metodológica.

DISCUSIÓN

La principal contribución del modelo propuesto consiste en organizar componentes heterogéneos de la gestión de la calidad en una arquitectura conceptual que facilite su operacionalización. En lugar de concebir los sistemas de acreditación, los indicadores de desempeño y las herramientas de optimización como mecanismos independientes, la propuesta busca relacionarlos mediante dimensiones comunes y criterios explícitos de verificación.

Esta orientación es compatible con el enfoque de Donabedian, en cuanto reconoce la relación entre estructura, proceso y resultado, pero amplía la organización analítica al incorporar de forma explícita el liderazgo, el talento humano, la experiencia de la persona, la equidad y la gestión de la información. La ampliación no supone que las categorías propuestas sean superiores por definición al modelo clásico; representa una adaptación conceptual orientada a las necesidades de evaluación institucional contemporáneas.

La inclusión del talento humano y de la gobernanza permite reconocer que la calidad no depende exclusivamente de infraestructura, tecnología o documentación de procedimientos. La coordinación entre equipos, las competencias profesionales, el liderazgo y las condiciones organizacionales influyen en la implementación de prácticas seguras y en la capacidad de aprender de los resultados. Por ello, estos elementos deben analizarse junto con las variables clínicas y operativas, en lugar de tratarlos como factores periféricos.

La dimensión de gestión del riesgo y seguridad del paciente también requiere una interpretación sistémica. La existencia de protocolos o mecanismos de reporte no demuestra por sí sola que una institución haya reducido los riesgos. Es necesario examinar si los incidentes se analizan, si se implementan acciones correctivas y si se realiza seguimiento a su cumplimiento. Esta distinción permite pasar de una evaluación centrada en la existencia documental a otra que considere la aplicación y el aprendizaje organizacional.

Por su parte, las dimensiones de eficiencia y efectividad clínica deben mantenerse diferenciadas. La eficiencia se relaciona con la utilización de recursos para desarrollar procesos y prestar servicios, mientras que la efectividad se refiere al grado en que la atención logra los resultados esperados. Un resultado favorable en una dimensión no sustituye la evaluación de la otra. De igual forma, la

oportunidad y el acceso deben analizarse junto con la equidad, pues los promedios institucionales pueden ocultar diferencias relevantes entre poblaciones o servicios.

La incorporación de información y mejora continua responde a la necesidad de contar con datos trazables, oportunos y comparables. Las decisiones gerenciales dependen de la calidad de los registros y de la estabilidad de las definiciones utilizadas para calcular indicadores. Si una institución modifica los denominadores, los periodos de observación o los criterios de inclusión sin documentarlo, las comparaciones temporales pueden perder validez. En consecuencia, la estandarización de fichas técnicas es un componente necesario para la interpretación de los resultados

CONCLUSIONES

El estudio permitió estructurar una propuesta metodológica de modelo integrador para la evaluación de la gestión de la calidad en instituciones de salud, organizada en diez dimensiones que abarcan la gobernanza, la capacidad institucional, el talento humano, la seguridad del paciente, la experiencia de atención, la eficiencia, la efectividad clínica, el acceso, la continuidad y la gestión de la información.

Desde la perspectiva de aplicación, la matriz de operacionalización puede facilitar la identificación de brechas, la priorización de acciones y la organización de fuentes de información que habitualmente se encuentran dispersas entre áreas clínicas y administrativas. Su utilidad potencial reside en ofrecer una estructura común de análisis, adaptable a las características de cada institución. La comparabilidad entre organizaciones, sin embargo, exigirá definiciones estandarizadas, criterios de ajuste contextual y procedimientos consistentes de recopilación de datos.

La interpretación de los resultados debe considerar varias limitaciones. En primer lugar, la propuesta se encuentra en una fase conceptual y metodológica preliminar. En ausencia de validación por expertos y aplicación empírica, no es posible afirmar que las diez dimensiones constituyan una estructura definitiva ni que los indicadores propuestos midan de manera válida y confiable todos los componentes de la calidad. En segundo lugar, la solidez de la síntesis depende de la transparencia de la estrategia de búsqueda, la selección de fuentes y el procedimiento de análisis, elementos que deben quedar documentados en la versión definitiva del manuscrito. En tercer lugar, la pertinencia de los indicadores puede variar según el nivel de complejidad, la cartera de servicios, los recursos disponibles y el contexto normativo de cada institución.

Por tanto, las siguientes etapas deberían incluir la revisión sistemática de la matriz por un panel de expertos, la evaluación de la relevancia y claridad de cada dimensión y reactivo, una prueba piloto y la revisión de la factibilidad de obtener los datos. Si el instrumento final utiliza escalas de respuesta y pretende medir constructos latentes, será necesario definir y justificar los análisis de validez y confiabilidad pertinentes. Estas etapas permitirán determinar si la arquitectura conceptual propuesta se traduce en una herramienta de evaluación útil y reproducible.

Declaraciones

Financiación: El presente estudio no recibió financiación externa ni contó con recursos económicos específicos de entidades públicas o privadas para su desarrollo.

Conflictos de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con la investigación, la elaboración del manuscrito ni su posible publicación.

Contribuciones de autoría: Yer Orlando Monsalve Ospina y María Fernanda Cárdenas Arévalo participaron en el desarrollo conceptual y metodológico de la investigación, así como en la revisión y elaboración del manuscrito. Ambos autores contribuyeron a la consolidación del modelo integrador y a la revisión crítica del documento, y aprobaron la versión final para su eventual publicación.

Consideraciones éticas: La investigación se fundamentó en el análisis documental de literatura científica y documentos técnicos de acceso académico o público, sin intervención directa en seres humanos ni recolección de datos personales identificables. Se respetaron los principios de integridad académica, reconocimiento de la autoría intelectual y citación de las fuentes consultadas. La clasificación ética institucional del estudio se sujetará a las disposiciones y procedimientos establecidos por la Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), cuando corresponda.

Disponibilidad de datos: Las matrices de revisión documental y de operacionalización de dimensiones, variables e indicadores constituyen productos metodológicos derivados de la investigación. Podrán solicitarse a los autores para fines académicos, previa evaluación de la solicitud y de las condiciones institucionales aplicables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alanazi, F. K., Sim, J., & Lapkin, S. (2022). Systematic review: Nurses' safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nursing Open, 9*(1), 30–43. https://doi.org/10.1002/nop2.1063

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(Suppl. 1), 5–13. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024

Araujo, C. A. S., Siqueira, M. M., & Malik, A. M. (2020). Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: A systematic review. *Inte*rnational Journal for Quality in Health Care*, 32*(8), 531–544. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa090

Bostrom, R. P., & Heinen, J. S. (1977). MIS problems and failures: A socio-technical perspective. Part I: The causes. MIS Quarterly, 1(3), 17–32. https://doi.org/10.2307/248710

Breyer, J. Z., Giacomazzi, J., Kuhmmer, R., Lima, K. M., Hammes, L. S., Ribeiro, R. A., Kops, N. L., Falavigna, M., & Wendland, E. M. (2019). Hospital quality indicators: A systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 474–487. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2018-0091

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3, Pt. 2), 166–206. https://doi.org/10.2307/3348969

Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research, 21*, Article 1057. https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6

Kelley, E., & Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project: Conceptual framework paper (OECD Health Working Papers No. 23). OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/440134737301

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018).

High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. The Lancet Global Health, 6(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Niñerola, A., Sánchez-Rebull, M.-V., & Hernández-Lara, A.-B. (2020). Quality improvement in healthcare: Six Sigma systematic review. *Health Policy*, 124(4), 438–445. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.002

Rathi, R., Vakharia, A., & Shadab, M. (2022). Lean six sigma in the healthcare sector: A systematic literature review. Materials Today: Proceedings, 50, 773–781. https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.05.534

Wang, R. Y., & Strong, D. M. (1996). Beyond accuracy: What data quality means to data consumers. *Journal of Management Information Systems*, 12(4), 5–33. https://doi.org/10.1080/07421222.1996.11518099

World Health Organization. (2020). Quality health services: A planning guide. https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632