

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

<https://doi.org/10.35381/r.k.v10i1.4796>

## **Estrategia de capacitación continua para optimizar la atención en cruz roja ecuatoriana**

## **Continuous training strategy to optimize care at the Ecuadorian Red Cross**

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo  
[raul.ormaza.74@est.ucacue.edu.ec](mailto:raul.ormaza.74@est.ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca; Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0008-4792-8611>

Edison Javier Ortiz-Andrade  
[edisson.ortiz@ucacue.edu.ec](mailto:edisson.ortiz@ucacue.edu.ec)  
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca; Azuay  
Ecuador  
<https://orcid.org/0009-0003-1991-0688>

Recibido: 20 de junio 2025  
Revisado: 10 de julio 2025  
Aprobado: 15 de septiembre 2025  
Publicado: 01 de octubre 2025

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar una estrategia de capacitación continua para optimizar la atención en cruz roja ecuatoriana. La investigación fue de corte transversal mediante encuestas aplicadas a personal y pacientes, complementado con la revisión de literatura y el diseño de una estrategia de desarrollo profesional continuo. Los resultados indican que una formación más frecuente y alineada con las necesidades del personal mejora el consejo telefónico y la orientación en urgencias; se detectaron obstáculos operativos, como tiempos de espera prolongados, horarios limitados y falta de respuesta inmediata. Se concluye que la efectividad de la capacitación depende menos del contenido teórico y más de su transformación en micro prácticas estandarizadas, sostenidos por gobernanza y métricas claras. Los hallazgos revelan un mecanismo coherente mediante el cual la frecuencia y pertinencia de la capacitación, combinadas con la evaluación sistemática de los cambios, actúan como palancas que amplifican las conductas clínicas.

**Descriptores:** Capacitación; atención; servicio; salud; estrategia. (Tesauro UNESCO).

## ABSTRAC

This research aimed to design an ongoing training strategy to optimize care at the Ecuadorian Red Cross. The research was cross-sectional, using surveys administered to staff and patients, complemented by a literature review and the design of a continuing professional development strategy. The results indicate that more frequent training aligned with staff needs improves telephone counseling and guidance in emergency departments; operational obstacles were identified, such as long wait times, limited hours, and lack of immediate response. It is concluded that the effectiveness of training depends less on theoretical content and more on its transformation into standardized micro-practices, supported by clear governance and metrics. The findings reveal a coherent mechanism through which the frequency and relevance of training, combined with systematic evaluation of changes, act as levers that amplify clinical behaviors.

**Descriptors:** Training; care; service; health; strategy. (UNESCO Thesaurus).

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

## INTRODUCCIÓN

La Calidad de Atención en Salud (CAS) representa un eje prioritario en los sistemas sanitarios contemporáneos. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) instó a integrar y fortalecer la calidad de los servicios de emergencia, críticos y operatorios, con énfasis en acceso oportuno, seguridad y estándares medibles. Pese a ese impulso, la evidencia disponible es fragmentaria. La CAS depende de manera crítica de la Capacitación Continua del Personal (CCP), al ser un mecanismo probado para sostener prácticas seguras, efectivas, centradas en el usuario y con mejor acceso. En el plano internacional, la OMS ubicó la seguridad del paciente como prioridad estratégica y promueve planes de acción que incluyen educación y entrenamiento sistemáticos del equipo de salud, con el fin de reducir eventos adversos evitables y mejorar resultados clínicos y de experiencia (OMS, 2025).

La evidencia reciente refuerza que la formación estructurada produce mejoras medibles en la calidad de atención. En Túnez, un estudio cuasi experimental en un hospital universitario de gineco obstetricia evaluó un programa educativo con talleres y autoestudio con el objetivo de mejorar la cultura de seguridad del paciente. Tras seis meses se observaron mejoras claras en ocho dimensiones, entre ellas reporte de eventos adversos, trabajo en equipo y respuesta no punitiva al error, indicadores vinculados de forma directa con la seguridad del paciente (Lassoued et al., 2024).

Se ha documentado impacto en la satisfacción del usuario. En Arabia Saudita, un estudio pre–post en atención primaria capacitó a personal de primera línea en comunicación, empatía, estándares de servicio y recuperación del servicio, con el objetivo de evaluar cambios en conocimiento, actitudes y experiencia del paciente. Los resultados mostraron incrementos en conocimiento y actitud del personal y un aumento del puntaje global de experiencia de 62% a 72,4% (Alkahtani et al., 2023).

En América Latina, una revisión sistemática con metaanálisis sobre cultura de seguridad en hospitales (2011–2021) mostró un promedio bajo de percepciones positivas (48%), con debilidades en respuesta no punitiva al error y dotación de personal. El trabajo

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

concluye que conviene incorporar contenidos de seguridad del paciente en la formación y el desarrollo profesional de los equipos, con prioridad en comunicación, liderazgo y trabajo en equipo (Camacho et al., 2022).

La iniciativa HEARTS, liderada por la OPS/OMS, integra recursos estandarizados de capacitación, vías clínicas y plataformas de monitoreo para fortalecer el manejo de riesgos cardiovasculares en atención primaria. El objetivo fue mejorar la efectividad y el acceso a servicios esenciales. La implementación por etapas combinó formación, protocolos y evaluación. Entre los resultados relevantes se cuenta la adopción en 22 países y el despliegue de recursos formativos y clínicos que contribuyeron a aumentar la cobertura y el control de hipertensión en los lugares de adopción, lo que vincula la capacitación continua con efectividad y accesibilidad (Ordunez et al., 2022).

En Ecuador, experiencias recientes demuestran la factibilidad de programas de desarrollo profesional continuo (CPD) en contextos con recursos limitados. En dos hospitales rurales se implementó un programa de educación en línea dirigido al personal clínico y no clínico, con el objetivo de describir un piloto de CPD hospitalario como estrategia de mejora de la calidad. Se utilizaron módulos de e-learning adaptados a cada perfil profesional, con evaluaciones repetidas y retroalimentación constante. Los resultados evidenciaron una participación del 100% y el logro del umbral de aprobación establecido, mostrando un potencial significativo para sostener mejoras en las prácticas clínicas y en los procesos organizativos (Gaus et al., 2024).

A pesar de los avances, persisten vacíos de investigación en América Latina y, en particular, en Ecuador. Son escasos los estudios que abordan de forma integral el diseño de programas de capacitación continua enfocados en cuatro dimensiones de la calidad en la atención médica: efectividad, seguridad del paciente, satisfacción del usuario y accesibilidad. Esta limitación se acentúa en entornos fuera del ámbito hospitalario, como servicios prehospitalarios u organizaciones humanitarias. Si bien la literatura regional reconoce la necesidad de formación continua en el sector salud, pocas veces se analiza

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

su impacto articulado con indicadores de acceso, experiencia del usuario, seguridad y efectividad (Camacho et al., 2022).

Un ejemplo de esa brecha es la Cruz Roja del Cañar, que carece de un programa sistemático de capacitación en dichas dimensiones. Esta investigación propone cerrar ese vacío y se alinea con la evidencia internacional y regional sobre formación continua y calidad de atención. Con estos antecedentes, surge la pregunta de investigación: ¿cómo mejorar la calidad de la atención brindada por el personal de salud de la Cruz Roja Ecuatoriana – Junta Provincial del Cañar?

La presente investigación se desarrollará en la provincia del Cañar (Ecuador) con el objetivo de diseñar una estrategia de capacitación continua para el personal y voluntariado de la Cruz Roja provincial, que mejore la calidad de atención brindada.

### **Calidad de la atención en salud: fundamentos teóricos y competencias profesionales para su mejora**

A efectos de esta investigación, CAS se concibe como un constructo que articula resultados clínicos con procesos, competencias y actitudes profesionales. La OMS define la CAS como el grado en que los servicios sanitarios para individuos y colectivos poblacionales mejoran la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y se adecúan a conocimientos profesionales fundamentados en datos probatorios (OMS, 2024). Esta definición resalta la centralidad del conocimiento científico actualizado y su aplicación situada en los servicios médicos. La calidad, a su vez, puede definirse como un cuidado holístico que, en conjunto de la pericia técnica, exige habilidades comunicativas, trabajo en equipo, liderazgo clínico y compromiso personal orientado a resultados, con integración de saberes, destrezas y actitudes profesionales (OMS, 2024). En este marco, la efectividad alude a proporcionar servicios basados en conocimiento científico a todas las personas que puedan beneficiarse y evitar aquellos sin beneficio esperado. Esta dimensión demanda competencias clínicas (dominio de guías y protocolos), pensamiento crítico (valoración de evidencia y realidad del paciente) y

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

destrezas metodológicas para evaluar resultados bajo condiciones reales de práctica. En la literatura hispana, se precisa que la efectividad se vincula con el desempeño competente demostrado en la ejecución de acciones asistenciales, diferenciándola de la eficacia (bajo condiciones ideales) y de la eficiencia (relación resultado y recursos), y ubicándola como rasgo operativo de la calidad de los servicios (Quintero et al., 2021). En términos operativos, la efectividad se potencia con ciclos de mejora continua, equipos multiprofesionales y decisiones basadas en datos que conectan estructura, proceso y resultados.

La seguridad constituye un pilar intrínseco de la calidad e implica, en su formulación normativa, la ausencia de daño prevenible al paciente y la reducción del riesgo de daño innecesario asociado con la atención de salud a un mínimo aceptable. Asimismo, comprende un conjunto de actividades organizadas que crean culturas, procesos, comportamientos y entornos que hacen menos probable el error y mitigan su impacto (OMS, 2023). Bajo esta definición, la seguridad exige conocimientos en gestión del riesgo, habilidades en factores humanos, comunicación efectiva y actitudes que favorecen una cultura justa y de aprendizaje no punitiva. La literatura reciente ubica estos elementos en marcos de gestión de la calidad (Instituto de Medicina: seguro, eficaz, centrado en la persona, oportuno, eficiente y equitativo), con énfasis en actualización continua de competencias y en la coordinación clínica y organizacional como condiciones para reducir eventos adversos (Shenoy, 2021).

En investigaciones actuales, la satisfacción se define como la reacción y evaluación del paciente frente a diversos aspectos de su experiencia de servicio, modulada por expectativas y percepciones sobre atributos de la atención (Ferreira et al., 2023). Esta definición reconoce su dimensión cognitiva y emocional y la posiciona como indicador autónomo de la calidad que integra dimensiones relacionales (comunicación, empatía, trato digno) y técnicas (claridad de información, prontitud, continuidad), que exigen habilidades blandas, juicio profesional y cultura de servicio. Estudios latinoamericanos recientes describen la satisfacción como evaluación cognitiva y reacción emocional ante

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

la calidad percibida, con implicancias directas en adherencia, continuidad del cuidado y reputación institucional; para gestionarla se requieren procesos válidos de medición (encuestas estandarizadas, SERVQUAL/SERVPERF adaptados) y formación continua en competencias comunicativas (Ferreira et al., 2023).

Como dimensión de la calidad, la accesibilidad se entiende, de acuerdo con Jindal et al. (2023), como la oportunidad de identificar necesidades de salud, buscar servicios, llegar a ellos, obtenerlos o utilizarlos y satisfacer con efectividad la necesidad de atención. Esta formulación, basada en el marco de Levesque e incorporada a la agenda de equidad de AHRQ, traduce la accesibilidad en seis atributos interrelacionados: approachability (servicios visibles y comprensibles), aceptabilidad (cultural/ética), disponibilidad y acomodación (recursos y organización), asequibilidad (costos) y adecuación/pertinencia (calidad clínica y adecuación al territorio).

En términos operativos, esta definición exige articular conocimientos sobre determinantes sociales, habilidades de rediseño de procesos (horarios, tiempos de espera, logística de turnos, tele salud), competencias interculturales y pensamiento crítico para identificar barreras geográficas, económicas, lingüísticas y digitales que limitan el uso oportuno de servicios.

En consecuencia, la accesibilidad no se reduce al ingreso al sistema; expresa la capacidad integral del servicio para ser alcanzado, entendido y utilizado con calidad por poblaciones diversas. Puede operarse con indicadores de oportunidad, continuidad, cobertura efectiva y uso apropiado.

Las cuatro dimensiones definidas; efectividad, seguridad del paciente, satisfacción del usuario y accesibilidad, proveen una base teórica coherente con las metas de calidad y con el enfoque de mejora continua. Cada una requiere una combinación de conocimientos (guías, evidencia, factores humanos), habilidades (clínicas, comunicativas, analíticas), actitudes (ética del cuidado, cultura justa, orientación al usuario) y procesos metodológicos (monitoreo de resultados, auditorías, PDSA, medición estandarizada). Este andamiaje conceptual resulta consistente con la literatura

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

internacional y regional reciente y fundamenta el diseño de una estrategia de capacitación continua orientada a optimizar la calidad de la atención en servicios médicos (Ferreira et al., 2023; Jindal et al., 2023).

### **Capacitación continua del personal (CPD)**

En el campo de la salud, la capacitación continua; o desarrollo profesional continuo (CPD, por sus siglas en inglés), se define como un proceso sostenido mediante el cual los profesionales actualizan y amplían conocimientos, habilidades y actitudes, integran métodos de aprendizaje (presenciales, en servicio y virtuales), reflexionan sobre su práctica y aplican lo aprendido para mejorar el desempeño clínico y los resultados en pacientes. En términos operativos, la CPD abarca actividades formales e informales, interprofesionales, y se orienta a cerrar brechas entre saber y hacer en condiciones reales de atención (Al-Omary et al., 2024). Esta conceptualización muestra la adquisición de competencias técnicas y el desarrollo de cualidades profesionales (comunicación, liderazgo, juicio clínico) necesarias para una atención segura y efectiva.

La evidencia reciente considera la frecuencia como un componente de la carga de entrenamiento que, junto con la dosis (tiempo/duración), influye en la retención de habilidades críticas. En entornos clínicos de alto riesgo, los modelos de baja dosis y alta frecuencia (LDHF) muestran que sesiones breves y repetidas, con espaciado planificado e integradas al trabajo, conservan mejor el desempeño que cursos aislados. Un estudio prospectivo multicéntrico en simulación neonatal identificó umbrales prácticos: realizar cinco o más sesiones en nueve meses predijo puntajes globales altos de competencia; la frecuencia se comportó como el mejor predictor de varios elementos de la habilidad técnica, mientras que la dosis influyó en otros subcomponentes (Al-Omary et al., 2024). La definición operacional propuesta para esta dimensión es la periodicidad planificada de sesiones que, por su cadencia y espaciado, sostiene conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para la calidad asistencial, minimiza la decadencia del aprendizaje y favorece práctica deliberada y reflexión.



Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

La pertinencia se refiere al grado en que los contenidos de la capacitación se fundamentan en un análisis sistemático de necesidades, considerando competencias críticas del rol, tareas específicas y problemas del servicio. Además, los contenidos se contextualizan según guías y flujos locales, promoviendo el pensamiento crítico y la resolución de problemas reales. La literatura sobre evaluación de necesidades de capacitación (Training Needs Assessment, TNA), incluida la herramienta *Hennessy-Hicks* respaldada por la OMS, muestra que, al alinear contenidos con brechas identificadas en conocimiento, habilidades y actitudes a nivel individual, de equipo y organizacional, se optimiza el uso de recursos y el aprendizaje se traduce en mejoras de práctica. Una revisión de 2024 sobre TNA en personal de salud pública concluye que combinar evaluaciones individuales y organizacionales, con métodos mixtos y participación de actores, eleva la relevancia curricular y su aplicabilidad (Czabanowska y Rodríguez, 2024).

En términos operativos, esta dimensión se define por la selección y el diseño de contenidos basados en TNA válidos, centrados en competencias y problemas del servicio, con metodologías activas que facilitan la transferencia al puesto.

Para un programa de CPD con impacto en calidad, no basta con ofertar capacitación; importa cuántas y cuáles personas participan. La cobertura se entiende aquí como el alcance (reach): número, proporción y representatividad de los miembros del personal objetivo que participan, junto con las razones de participación/no participación. Esta definición, propia del marco RE-AIM, permite operativizar cobertura como porcentaje del personal elegible entrenado y su representatividad por cargo, turno, sede y variables de equidad (RE-AIM, 2023). El uso iterativo de RE-AIM durante la implementación facilita monitorear y adaptar estrategias (por ejemplo, horarios, formatos, incentivos) para aumentar alcance y equidad (Glasgow et al., 2022). En suma, la definición operacional es la proporción y representatividad del personal objetivo que completa actividades de CPD, con seguimiento desagregado para decisiones de mejora.

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

La evaluación de competencias en CPD es un proceso sistemático y formativo que triangula evidencias de conocimientos, habilidades, actitudes y desempeño en el lugar de trabajo. En educación basada en competencias, las evaluaciones para el aprendizaje (no solo del aprendizaje) ofrecen evidencias más sólidas de logro que las pruebas escritas aisladas y favorecen retroalimentación específica y autorreflexión (Lee y Chiu, 2022). La definición operacional de esta dimensión es el conjunto programático de métodos de evaluación centrados en el desempeño real, con retroalimentación estructurada y criterios explícitos, que documenta la adquisición y aplicación situada de competencias clínicas y no técnicas.

## **MÉTODO**

El estudio empleó un diseño no experimental, sin manipulación de variables de interés. Se adoptó un enfoque cuantitativo para medir, mediante indicadores numéricos, problemas vinculados con la capacitación continua del personal y la calidad de la atención en los servicios de la Cruz Roja Ecuatoriana; Junta Provincial del Cañar. El alcance fue descriptivo, orientado a identificar y caracterizar los problemas relacionados con la capacitación y la calidad de atención (Hernández et al., 2014).

Se aplicó un diseño transversal, con recolección de datos en un único momento temporal (Hernández et al., 2014). Los métodos teórico-metodológicos empleados incluyeron el histórico-lógico, utilizado para reconstruir la trayectoria institucional de la capacitación y de las prácticas de calidad y seguridad en la provincia del Cañar, valorando los condicionantes organizacionales y de servicio; el analítico-sintético, aplicado tanto en la construcción del marco teórico como en el análisis de resultados, mediante la desagregación de fenómenos en sus componentes y su posterior integración para establecer relaciones; y la combinación inductivo-deductiva, empleada en el análisis del problema, que partió de observaciones particulares para generar generalizaciones sobre capacitación y calidad (inducción) y, a partir de referentes conceptuales y empíricos,

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

permitió derivar inferencias aplicables al contexto operativo de la Cruz Roja del Cañar (deducción) (Rodríguez y Pérez, 2017).

Los sujetos de análisis se conformaron por dos unidades. Primero, el personal y voluntariado activos en la Junta Provincial del Cañar (50 personas). En segundo lugar, los pacientes/usuarios atendidos en los servicios de la Cruz Roja durante el mismo periodo (60 personas). El muestreo fue probabilístico aleatorio simple con 95% de confiabilidad, con una muestra de 47 personas del personal (incluido el voluntariado) y 55 pacientes evaluados en el mismo periodo.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Se diseñaron y aplicaron dos cuestionarios validados por criterio de expertos, diferenciados según la subpoblación de interés, ambos con escalas tipo Likert de 5 puntos. La validación mostró un índice de acuerdo inter-expertos del 0,92, indicando alta consistencia y relevancia de los ítems para medir percepciones y experiencias sobre capacitación continua y calidad de la atención. Esta decisión metodológica permitió recopilar información precisa, con criterios de comparabilidad entre grupos y garantizando la pertinencia de los indicadores evaluados. El cuestionario dirigido a personal y voluntariado se organizó en tres bloques. Primero, evaluó seguridad del paciente mediante indicadores de comunicación abierta sobre errores, notificación y aprendizaje a partir de incidentes, así como mejora continua de procesos. Segundo, abordó capacitación continua que considera frecuencia de actividades formativas (horas acumuladas en el periodo), participación reciente, pertinencia de contenidos y transferencia a la práctica, satisfacción con la oferta formativa y cobertura/representatividad del programa por perfiles, turnos y sedes. Tercero, incorporó evaluación de competencias, con observación de conductas de práctica basada en evidencia (formulación de preguntas, búsqueda, interpretación y aplicación) y de práctica centrada en la persona (comunicación clara, decisiones compartidas, continuidad y coordinación del cuidado).

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

La encuesta aplicada a pacientes midió la calidad percibida mediante una escala Likert de cinco puntos (Siempre a Nunca), evaluando tres dimensiones principales. En efectividad, se consideraron la fijación de metas, opciones terapéuticas, planificación para adherencia, seguimiento entre visitas, claridad en la interpretación de pruebas, minuciosidad del examen y las instrucciones sobre medicamentos, incluyendo un ítem inverso relativo a dudas diagnósticas. En satisfacción, se valoraron la satisfacción global, la intención de regresar y la recomendación del servicio. En accesibilidad, se indagó la oportunidad y continuidad de la atención, incluyendo aspectos como la disponibilidad de cita el mismo día, consejo telefónico, horarios extendidos, puerta de entrada habitual, prontitud para obtener citas y respuestas a consultas, tiempo de espera en sala, posibilidad de programar citas fuera del horario laboral y atención oportuna de llamadas. Los formularios se elaboraron en *Google Forms* y se difundieron por medios digitales. Para el cuestionario dirigido a personal y voluntariado, se usaron los canales internos de comunicación institucional y se fijó un plazo de una semana para responder. En el caso de los pacientes, se aplicó modalidad de auto aplicación asistida: los participantes completaron el formulario en áreas comunes y de tránsito de la Cruz Roja, con guía y supervisión de los encuestadores para resolver dudas y asegurar comprensión adecuada de los ítems. Los datos se consolidaron y se analizaron en Jamovi. Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medidas) con el propósito de identificar áreas de mejora en la capacitación del personal y medir la percepción de la calidad de la atención.

## RESULTADOS

### Encuesta aplicada a pacientes de la cruz roja periodo 8 a 12 septiembre

La muestra se compone de 52.9% solteros y un rango de edad entre 18 a 35 años (60.0%). La distribución por sexo se configura como masculino 57.1% y femenino 42.9%. En profesión, sobresale médico/área de salud con 28.6%, seguido por ingeniero/tecnologías 22.9% y categorías minoritarias (desempleo, estudiante, labores

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

del hogar, psicología) con 2.9% cada una. En servicios utilizados, la ambulancia (25.7%) y banco de sangre (22.9%) concentran la mayor demanda de la cruz roja.

La dimensión de efectividad presenta un desempeño global entre medio y alto, con predominio de respuestas en los niveles 4–5 para E1 (metas claras), E3 (planificación de barreras), E5 (explicación del propósito de las pruebas) y E8 (instrucciones sobre medicamentos), todas con mayorías favorables que oscilan entre 66% y 77%. En contraste, E2 (ofrecer opciones reales) y E4 (seguimiento entre visitas) se sitúan un nivel por debajo.

En la dimensión de satisfacción del usuario, los indicadores principales muestran resultados sólidos: S1 (satisfacción global) y S3 (recomendación) concentran aproximadamente tres cuartas partes de respuestas en los niveles 4 y 5, configurando una base de promotores del servicio. El indicador S2 (intención de regresar al servicio) se encuentra por debajo del resto, lo que señala un aspecto a reforzar. Convertir la satisfacción en lealtad requiere garantizar continuidad pos-atención mediante recordatorios y seguimiento entre 48 y 72 horas, así como implementar pequeñas mejoras operativas que reduzcan fricciones entre visitas, favoreciendo la intención de retorno mediante acuerdos de servicio claros y comunicación proactiva.

**Tabla 1**  
Resultados del formulario aplicados a pacientes de la Cruz Roja

| Dimensión   | Variable | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Niel 4 | Nivel 5 |
|-------------|----------|---------|---------|---------|--------|---------|
| Efectividad | E1       | 2.9%    | 5.7%    | 20.0%   | 34.3%  | 37.1%   |
|             | E2       | 5.7%    | 20.0%   | 17.1%   | 28.6%  | 28.6%   |
|             | E3       | 2.9%    | 11.4%   | 8.6%    | 45.7%  | 31.4%   |
|             | E4       | 5.7%    | 11.4%   | 20.0%   | 45.7%  | 17.1%   |
|             | E5       | 0.0%    | 14.3%   | 17.1%   | 28.6%  | 40.0%   |
|             | E6       | 0.0%    | 11.4%   | 25.7%   | 34.3%  | 28.6%   |
|             | E7       | 5.7%    | 28.6%   | 31.4%   | 17.1%  | 17.1%   |
|             | E8       | 0.0%    | 5.7%    | 28.6%   | 31.4%  | 34.3%   |
|             | S1       | 0.0%    | 5.7%    | 20.0%   | 31.4%  | 42.9%   |

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

|                          |     |      |       |       |       |       |
|--------------------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|
| Satisfacción del usuario | S2  | 0.0% | 8.6%  | 31.4% | 22.9% | 37.1% |
|                          | S3  | 0.0% | 11.4% | 14.3% | 28.6% | 45.7% |
| Accesibilidad            | A1  | 0.0% | 8.6%  | 25.7% | 25.7% | 40.0% |
|                          | A2  | 0.0% | 14.3% | 20.0% | 34.3% | 31.4% |
|                          | A3  | 0.0% | 11.4% | 22.9% | 31.4% | 34.3% |
|                          | A4  | 2.9% | 11.4% | 20.0% | 31.4% | 34.3% |
|                          | A5  | 0.0% | 8.6%  | 25.7% | 28.6% | 37.1% |
|                          | A6  | 0.0% | 8.6%  | 25.7% | 31.4% | 34.3% |
|                          | A7  | 2.9% | 11.4% | 28.6% | 20.0% | 37.1% |
|                          | A8  | 2.9% | 11.4% | 42.9% | 20.0% | 22.9% |
|                          | A9  | 2.9% | 11.4% | 34.3% | 22.9% | 28.6% |
|                          | A10 | 2.9% | 8.6%  | 28.6% | 28.6% | 31.4% |

#### **Elaboración:** Los autores

La dimensión de accesibilidad muestra fortalezas en A1 (citas el mismo día), A5 (primera opción), A6 (citas prontas) y en A2, A3 y A4 (consejo telefónico, horarios extendidos y orientación en urgencias), todas con predominio de respuestas en niveles altos. Se identifican cuellos de botella: A8 (espera menor a 15 minutos) es el indicador más débil; A9 (posibilidad de agendar fuera del horario laboral) y A7 (respuesta telefónica/mensajes el mismo día) requieren atención; A10 (atención de llamadas sin largas esperas) presenta desempeño aceptable. Las prioridades para mejorar incluyen la gestión eficiente de colas, la extensión de franjas horarias y el establecimiento de acuerdos de nivel de servicio (SLA) para garantizar respuestas el mismo día (ver tabla 1).

#### **Encuesta aplica a empleados de la cruz roja**

El grupo etario se ubica en 31–35 años (36.4%). La distribución por sexo se configura mayoritariamente masculino 54.5%. En profesión: paramédico 45.5%, médico 27.3%, administrador 18.2% y enfermería 9.1%. La distribución por servicio mantiene equilibrio entre Administración, Banco de sangre y Ambulancia (27.3% cada uno), con Laboratorio clínico y Medicina general en 9.1% cada uno. En tipo de contrato prevalecen modalidades

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

no permanentes (72.7%). La jornada se concentra en esquema mixto (63.6%) frente a diurna fija (36.4%). En experiencia laboral predomina 1 a 5 años (54.5%).

La dimensión de seguridad del paciente refleja una cultura sólida: SP1 y SP2 alcanzan 90,9% y 81,8% en el nivel 5, mientras que la implementación y evaluación de mejoras (SP6, SP7) también se ubican en 90,9% en el mismo nivel. La notificación entre pares (SP4) y la acción proactiva (SP5) mantienen mayorías en niveles altos, entre 63,6% y 81,8% en nivel 5. El único matiz se observa en SP3, relativo a cuestionar decisiones de mayor autoridad, con 27,3% en nivel 3 y 54,5% en nivel 5, lo que indica un margen para fortalecer la seguridad psicológica.

En la dimensión de capacitación continua, el impacto percibido es alto. CC5, que evalúa la capacidad para resolver problemas del servicio, se destaca con 81,8% en nivel 5. La calidad de las últimas actividades (CC7 a CC10) presenta mayorías en niveles 4 y 5, con contenidos claros y recomendación a colegas, alcanzando entre 36,4% y 54,5% en nivel 5. También se observan fortalezas en las horas completadas (CC1: 63,6% nivel 5) y en los cambios aplicados a la práctica profesional (CC6: 45,5% nivel 4; 36,4% nivel 5). Las áreas de mejora incluyen participación reciente (CC2), pertinencia respecto a las tareas (CC4), convocatoria (CC11) y asistencia efectiva (CC12), con respuestas más dispersas.

**Tabla 2**

Resultados del formulario aplicados a empleados de la Cruz Roja.

| Variable | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Niel 4 | Nivel 5 |
|----------|---------|---------|---------|--------|---------|
| SP1      | 0.0%    | 0.0%    | 0.0%    | 9.1%   | 90.9%   |
| SP2      | 0.0%    | 0.0%    | 0.0%    | 18.2%  | 81.8%   |
| SP3      | 0.0%    | 0.0%    | 27.3%   | 18.2%  | 54.5%   |
| SP4      | 0.0%    | 0.0%    | 9.1%    | 27.3%  | 63.6%   |
| SP5      | 0.0%    | 0.0%    | 0.0%    | 18.2%  | 81.8%   |
| SP6      | 0.0%    | 0.0%    | 0.0%    | 9.1%   | 90.9%   |
| SP7      | 0.0%    | 0.0%    | 0.0%    | 9.1%   | 90.9%   |
| CC1      | 0.0%    | 0.0%    | 18.2%   | 18.2%  | 63.6%   |
| CC2      | 9.1%    | 9.1%    | 18.2%   | 18.2%  | 45.5%   |

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

|      |       |       |       |       |       |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| CC3  | 9.1%  | 0.0%  | 9.1%  | 36.4% | 45.5% |
| CC4  | 9.1%  | 0.0%  | 27.3% | 27.3% | 36.4% |
| CC5  | 0.0%  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 81.8% |
| CC6  | 9.1%  | 0.0%  | 9.1%  | 45.5% | 36.4% |
| CC7  | 9.1%  | 0.0%  | 18.2% | 18.2% | 54.5% |
| CC8  | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 36.4% | 54.5% |
| CC9  | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 45.5% | 45.5% |
| CC10 | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 45.5% | 45.5% |
| CC11 | 9.1%  | 0.0%  | 27.3% | 36.4% | 27.3% |
| CC12 | 0.0%  | 0.0%  | 36.4% | 45.5% | 18.2% |
| CC13 | 27.3% | 18.2% | 27.3% | 27.3% | 0.0%  |
| EC1  | 0.0%  | 0.0%  | 27.3% | 36.4% | 36.4% |
| EC2  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 27.3% | 54.5% |
| EC3  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 27.3% | 54.5% |
| EC4  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 27.3% | 54.5% |
| EC5  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 27.3% | 54.5% |
| EC6  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 18.2% | 63.6% |
| EC7  | 0.0%  | 0.0%  | 18.2% | 18.2% | 63.6% |
| EC8  | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 27.3% | 63.6% |
| EC9  | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 27.3% | 63.6% |
| EC10 | 0.0%  | 0.0%  | 9.1%  | 18.2% | 72.7% |

**Elaboración:** Los autores.

En la dimensión de evaluación de competencias, el desempeño es consistente y alto en prácticas basadas en evidencia. La coordinación para garantizar continuidad (EC10) lidera con 72,7% en nivel 5, mientras que registro de cambios (EC6), enfoque individual (EC7), información comprensible (EC8) y decisiones compartidas (EC9) alcanzan 63,6% en nivel 5. La búsqueda e interpretación de evidencia (EC2 a EC5) mantiene mayorías en niveles 4 y 5, con 54,5% en nivel 5. El único aspecto a reforzar es EC1 (formulación PICO), con 36,4% en nivel 5 y 27,3% en nivel 3, lo que sugiere la necesidad de capacitación específica (ver tabla 2).

**Propuesta de capacitación continua orientada a optimizar la calidad de los servicios en la Cruz Roja Provincial**



Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

## **Propósito y alcance**

La estrategia busca fortalecer cinco dimensiones principales de la atención: comunicación clínica con decisión compartida y verificación de comprensión, continuidad pos-atención en 48 a 72 horas, gestión del acceso reduciendo esperas, garantizando respuesta el mismo día y ampliando horarios, cultura de seguridad con seguridad psicológica para alertar riesgos y práctica basada en evidencia mediante formulación PICO (Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome Paciente/Problema, Intervención, Comparación, Resultado) y uso ágil de guías. El alcance incluye a todo el personal clínico y no clínico que interactúa con usuarios en Ambulancia, Banco de Sangre, Medicina General, Laboratorio y Admisión. La implementación será gradual, priorizando los servicios de mayor demanda y luego el resto de las áreas.

## **Competencias y cómo desarrollarlas**

La decisión compartida y la verificación de comprensión se trabajarán con talleres breves basados en casos para construir opciones con pros y contras y acordar planes, práctica en servicio de *teach-back* (decir con sus palabras) con registro obligatorio en historia clínica, fichas visuales para explicar pruebas, tratamientos y señales de alarma, y supervisión entre pares con observación de tres atenciones por profesional al mes y retroalimentación breve. El seguimiento a 48–72 horas usará un protocolo de llamada de cierre de bucle para casos priorizados, con guion estandarizado, hoja de derivación clara (a quién acudir, cuándo y cómo), agenda de micro citas telefónicas o por mensajería para resolver barreras y una bitácora por servicio, y su cumplimiento lo verifica el responsable de turno.

La gestión del acceso contará con un puesto de coordinación de flujo por turno que monitorea colas, reasigna consultorios y activa triaje rápido; estándares de tiempo: espera menor a 15 minutos para prioridad baja, respuesta a mensajes o llamadas en  $\leq 2$  horas en la jornada y una franja de atención extendida una tarde a noche por semana; a su vez, admisión aplicará una lista de verificación de datos, motivo, preferencias horarias

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

y necesidades de intérprete o acompañante, con un tablero visible de tiempos en sala y recepción para actuar ante picos. La seguridad psicológica se afianzará con un pacto de equipo que autoriza detener procesos inseguros sin sanción y define rutas de escalamiento, mini casos mensuales de comunicación asertiva para cuestionar con respeto y rondas de aprendizaje sin culpa de 20 minutos para revisar incidentes o casi incidentes y acordar barreras preventivas. La práctica basada en evidencia se impulsará con un micro taller de 40 minutos para formular PICO, buscar en fuentes confiables y sintetizar en cinco líneas aplicables; se usará una tarjeta PICO de bolsillo y un repositorio común de respuestas rápidas por temas frecuentes, y ateneos bimensuales presentarán un caso, su PICO y la decisión compartida resultante.

### **Frecuencia e integración con el programa existente**

Sin interferir con la capacitación técnica mensual, se añadirá un bloque de 60 minutos al mes dedicado a calidad de atención, rotando una competencia por mes en ciclos de cinco meses. En los servicios se realizarán cápsulas semanales de 10 a 15 minutos al inicio de turno para practicar una micro habilidad, y de forma trimestral se harán simulacros de flujo y de advertencia de riesgo para reforzar la seguridad psicológica. La inducción del personal nuevo incluirá un módulo de dos horas con los cinco temas y la entrega de materiales (fichas, guiones y tarjetas PICO).

### **Medición e indicadores principales**

Se aplicará medición mixta con registros clínicos, sistemas de citas y llamadas y encuestas breves, más una auditoría mensual por muestra de historias y reportes de turno. En decisión compartida se medirá el porcentaje de historias con registro de opciones y preferencias y el de atenciones con verificación de comprensión documentada. En seguimiento 48–72 horas se registrará el porcentaje de pacientes priorizados contactados, el porcentaje de contactos efectivos y las consultas evitables detectadas y resueltas. En acceso se controlará el tiempo promedio y mediano de espera,

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

el porcentaje atendido en menos de 15 minutos, el porcentaje de mensajes o llamadas respondidos el mismo día, la tasa de abandono de llamadas y el porcentaje de citas fuera de horario laboral.

En seguridad psicológica se observará la tendencia del número de reportes de incidentes y casi incidentes, el porcentaje de casos escalados sin sanción y la percepción de poder cuestionar en encuesta interna. En evidencia se contará el número de PICO formuladas por servicio al mes, el porcentaje de decisiones clínicas con referencia explícita a guías y el tiempo desde la pregunta clínica hasta la respuesta resumida. Las metas a seis meses son: al menos 80% de verificación de comprensión, 70% de contacto en 48–72 horas en priorizados, mediana de espera menor a 15 minutos, 80% de respuestas en el día, aumento de reportes de seguridad de 30% o más y dos PICO por servicio al mes como mínimo.

### **Mejora continua (ciclo PHVA)**

El Comité de Capacitación y Calidad planificará el foco mensual según indicadores; los servicios ejecutarán cápsulas, talleres y simulacros; se verificará el desempeño con un tablero mensual que integre historias, tiempos y encuestas, dejando lecciones aprendidas en un acta breve; y se actuará ajustando materiales, modificando flujos, reforzando equipos con brechas y reconociendo buenas prácticas. Un piloto de cuatro semanas en Ambulancia y Banco de Sangre permitirá afinar herramientas antes de escalar.

### **DISCUSIÓN**

El contraste entre la presente investigación y dos referentes internacionales: una revisión sistemática sobre *teach-back* al alta hospitalaria (Oh et al., 2019) y un ensayo por conglomerados sobre capacitación breve para el triaje telefónico fuera de horario (Lindberg et al., 2023), evidencia coincidencias en los mecanismos que conectan la formación con la calidad, así como diferencias en los desenlaces. En el estudio local, una mayor frecuencia y pertinencia de la capacitación continua se relacionan con una mejor

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

accesibilidad percibida (consejo telefónico, orientación en urgencias), mientras que una cultura de seguridad que evalúa cambios de manera sistemática se asocia con prácticas educativas más efectivas para favorecer la adherencia. Este patrón coincide con la evidencia externa y respalda la estrategia de desarrollo profesional continuo propuesta. En cuanto a las coincidencias, tanto la revisión sobre *teach-back* como la evidencia local muestran que las prácticas formativas más eficaces no se limitan a la transferencia de información; verifican la comprensión, corrigen malentendidos y mantienen un seguimiento estructurado, incluyendo llamadas telefónicas. Este conjunto de acciones fortalece el autocuidado posterior y mejora indicadores proximales de calidad percibida, con mayor impacto en accesibilidad y efectividad educativa. En el servicio analizado, la formación reciente y alineada a tareas se vincula con una mejor orientación por teléfono y mayor claridad sobre rutas ante urgencias, mientras que los equipos que miden si los cambios mejoran la seguridad refuerzan la educación para la adherencia.

Respecto a las diferencias, el servicio local alcanza niveles medio-altos de calidad percibida, con cuellos de botella en tiempos de espera, extensión de horarios y respuesta en el mismo día. Los efectos de la capacitación se muestran heterogéneos según el aspecto evaluado. Por su parte, el ensayo sobre triaje telefónico no registra cambios consistentes en la utilización de servicios fuera de horario tras una capacitación breve, indicando que intervenciones acotadas en tiempo y alcance resultan insuficientes para modificar patrones poblacionales de demanda, los cuales siguen determinados por factores organizacionales y sociales. La literatura sobre *teach-back*, en cambio, vincula la verificación de comprensión y el seguimiento con mejoras tanto clínicas como de proceso, mostrando que la forma de implementar la capacitación resulta decisiva.

La evidencia reunida respalda una tesis común: la capacitación no incrementa la calidad únicamente por acumulación de contenidos; el progreso se logra cuando la institución traduce el aprendizaje en prácticas verificables, como *teach-back* en cada contacto, guiones y estándares de tiempo para el triaje telefónico, seguimiento con acuerdos de servicio y ciclos PDSA. La frecuencia y pertinencia del desarrollo profesional continuo

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

activan conductas de comunicación clínica y orientación que la persona usuaria percibe, mientras que la medición sistemática consolida la educación para la adherencia. Las intervenciones más prometedoras combinan LDHF, verificación de comprensión y un andamiaje de mejora continua capaz de sostener cambios.

## CONCLUSIONES

La literatura y los resultados convergen en que la formación eleva la calidad cuando se convierte en hábitos observables con retroalimentación. Los enfoques más sólidos combinan competencias técnicas y comunicacionales con rutinas estandarizadas de verificación de comprensión y un clima de mejora continua. En ese marco, el desarrollo profesional continuo funciona como medio y no como fin; su valor aparece cuando ancla prácticas verificables y ciclos sistemáticos de ajuste.

Los hallazgos revelan un mecanismo coherente mediante el cual la frecuencia y pertinencia de la capacitación, combinadas con la evaluación sistemática de los cambios, actúan como palancas que amplifican las conductas clínicas valoradas por los usuarios. Las principales fortalezas se observan en los procesos de educación y orientación, mientras que los cuellos de botella identificados reflejan limitaciones operativas más que deficiencias en el conocimiento.

Las relaciones observadas entre la capacitación, la cultura de seguridad y los resultados inmediatos evidencian coherencia interna. La variabilidad entre indicadores sugiere que la formación impacta principalmente en la comunicación clínica y la orientación al usuario, mientras que aspectos como los tiempos de espera y la capacidad de respuesta dependen de decisiones organizativas.

La estrategia de capacitación continúa propuesta permitirá consolidar competencias críticas en comunicación clínica, continuidad pos-atención, gestión del acceso, cultura de seguridad y práctica basada en evidencia mediante PICO. Al combinar talleres, micro prácticas, supervisión entre pares y ciclos de mejora continua, se espera que la formación se traduzca en acciones verificables, sostenibles y medibles. La integración de

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

indicadores operativos y metas claras facilitará ajustes oportunos, fortaleciendo procesos, reduciendo tiempos de espera y promoviendo una cultura de seguridad sólida.

## CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

## AGRADECIMIENTO

A todos los factores sociales involucrados en el desarrollo de esta investigación.

## REFERENCIAS CONSULTADAS

- Al-Omary, H., Soltani, A., Stewart, D., y Nazar, Z. (2024). Implementing learning into practice from continuous professional development activities: A scoping review of health professionals' views and experiences. *BMC Medical Education*, 24(1), 1031. <https://n9.cl/3vy57>
- Camacho, D., Carrasquilla, D., Domínguez, K., y Palmieri, P. (2022). Patient safety culture in Latin American hospitals: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14380. <https://n9.cl/z8nip>
- Czabanowska, K., y Rodríguez, P. (2024). Training needs assessment tools for the public health workforce at an institutional and individual level: A review. *European Journal of Public Health*, 34(1), 59–68. <https://n9.cl/80renz>
- Ferreira, D., Vieira, I., Pedro, M., Caldas, P., y Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. *Healthcare*, 11(5), 639. <https://n9.cl/erasl>
- Gaus, D., Conway, J., y Herrera, D. (2024). Continuing professional development at two rural hospitals in Ecuador. *Annals of Global Health*, 90(1), 4. <https://n9.cl/ggbz2>
- Glasgow, R., Battaglia, C., McCreight, M., Ayele, R., Maw, A., Fort, M., Holtrop, J., Gomes, R., y Rabin, B. (2022). Use of the RE-AIM framework to guide iterative adaptations: Applications, lessons learned, and future directions. *Frontiers in Health Services*, 2. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.959565>

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

- Hernández, R., Fernández, C. & Batista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª ed.). México: McGraw- HILL Interamericana., S.A. <https://n9.cl/b11a1>
- Jindal, M., Chaiyachati, K., Fung, V., Manson, S., y Mortensen, K. (2023). Eliminating health care inequities through strengthening access to care. *Health Services Research*, 58(Suppl 3), 300–310. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14202>
- Lassoued, L., Gharssallah, I., Tlili, M., Sahli, J., Kouira, M., Abid, S., Chaieb, A., y Khairi, H. (2024). Impact of an educational intervention on patient safety culture among gynecology-obstetrics' healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 24, 704. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11152-3>
- Lee, G., y Chiu, A. (2022). Assessment and feedback methods in competency-based medical education. *Annals of Allergy, Asthma y Immunology*, 128(3), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.12.010>
- Ordunez, P., Campbell, N., Giraldo, G., Angell, S., Lombardi, C., Brettler, J., Rodríguez, Y., Connell, K., Gamarra, A., DiPette, D., Rosende, A., Jaffe, M., Rodríguez, L., Piñeiro, D., Martínez, R., y Sharman, J. (2022). HEARTS en las Américas: Innovaciones para mejorar el manejo de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e197. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.197>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Servicios de salud de calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Integrated emergency, critical and operative care for universal health coverage and protection from health emergencies (WHA76.2) [Resolución]*. <https://n9.cl/xaf44>
- Quintero, R., Gámez, Y., Matos, D., González, I., Labori, R., y Guevara, S. (2021). Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los servicios de salud. *Infodir*, 35. <https://n9.cl/tzqs2>
- RE-AIM. (2023). *Reach of health behavior interventions*. <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/reach/>

Raúl Andrés Ormaza-Arévalo; Edison Javier Ortiz-Andrade

Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*(82), 1-26. <https://n9.cl/3c27y>

Shenoy, A. (2021). Patient safety from the perspective of quality management frameworks: A review. *Patient Safety in Surgery*, 15(1), 12. <https://n9.cl/9bffh>

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).