
Artículo original

Gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el servicio de Medicina Interna, del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus

Quality management of the teaching-assistance process in the Internal Medicine service of the Camilo Cienfuegos Provincial General Hospital in Sancti Spíritus

Aliosky Polo Santana ¹ * <https://orcid.org/0000-0001-8584-5122>

Lázaro González Hernández ¹ <https://orcid.org/0009-0002-2421-3126>

Carlos Lázaro Jiménez Puerto ² <https://orcid.org/0000-0001-8967-2935>

Amauri de Jesús Miranda Guerra ³ <https://orcid.org/0000-0001-5386-2091>

¹ Hospital General Provincial "Camilo Cienfuegos": Sancti Spíritus. Cuba.

² Universidad de Sancti Spíritus "José Martí Pérez", Sancti Spíritus. Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Victoria de Girón. La Habana. Cuba.

* Autor para la correspondencia. aliaskysantanap@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial es clave para garantizar la seguridad del paciente y la formación clínica en unidades hospitalarias, en especial en servicios de Medicina Interna donde convergen atención compleja y actividades docentes.



Esta obra está bajo una licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Objetivo: describir el estado de la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus.

Métodos: estudio mixto secuencial exploratorio, de carácter descriptivo, transversal, realizado en 2024 mediante censo de los 78 profesionales del servicio (26 enfermeras, 30 médicos especialistas y 22 médicos residentes). Se aplicó un examen pre test, entrevistas semiestructuradas, auditoría documental y revisión de expedientes. Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva; las entrevistas se sometieron a análisis de contenido temático y se triangularon hallazgos.

Resultados: de los 78 profesionales estudiados, 26 (33,33%) fueron clasificados con gestión de la calidad efectiva y 52 (66,66%) con gestión no efectiva. Por categoría, la gestión efectiva se observó en 11/26 enfermeras (42,30%), 10/30 médicos especialistas (33,33%) y 5/22 médicos residentes (22,72%). El análisis cualitativo identificó barreras organizativas (falta de coordinación formal), sobrecarga asistencial, insuficiencia de tiempos protegidos para la docencia, brechas en competencias pedagógicas y limitaciones en la cultura de reporte de eventos.

Conclusión: el estado de la gestión de la calidad docente-asistencial presenta debilidades organizativas y formativas que requieren acciones integradas de gobernanza, protección de tiempos docentes, capacitación en docencia clínica y fortalecimiento de una cultura de seguridad no punitiva.

Palabras clave: Calidad de la Atención de Salud; Enseñanza; Atención a la Salud; Medicina interna; Educación en Enfermería; Personal de Enfermería en Hospital; Hospitales.

ABSTRACT



Introduction: quality management of the teaching and clinical process is key to ensuring patient safety and clinical training in hospital units, especially in Internal Medicine services where complex care and teaching activities converge.

Objective: to describe the state of quality management of the teaching and clinical process in the Internal Medicine Service of the Camilo Cienfuegos Provincial General Hospital in Sancti Spíritus.

Methods: a sequential, exploratory, descriptive, cross-sectional mixed-methods study was conducted in 2024 using a census of the 78 professionals in the service (26 nurses, 30 specialist physicians, and 22 resident physicians). A pre-test, semi-structured interviews, document audit, and review of medical records were administered. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics; the interviews underwent thematic content analysis, and findings were triangulated.

Results: of the 78 professionals studied, 26 (33.33%) were classified as having effective quality management and 52 (66.66%) as having ineffective management. By category, effective management was observed in 11/26 nurses (42.30%), 10/30 specialist doctors (33.33%), and 5/22 resident doctors (22.72%). Qualitative analysis identified organizational barriers (lack of formal coordination), excessive workload, insufficient protected time for teaching, gaps in pedagogical skills, and limitations in the incident reporting culture.

Conclusion: the current state of quality management in clinical teaching presents organizational and training weaknesses that require integrated governance actions, protection of teaching time, training in clinical teaching, and strengthening of a non-punitive safety culture.

Keywords: Quality of Health Care; Teaching; Delivery of Health Care; Internal Medicine; Education, Nursing; Nursing Staff, Hospital; Hospitals.

Recibido: 10/12/2025

Aprobado: 03/01/2026

Introducción

La gestión de la calidad en los servicios de salud constituye un pilar esencial para garantizar la seguridad del paciente, la efectividad de la atención y la mejora continua de los resultados sanitarios. En el contexto global, la Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la necesidad de planes estratégicos y acciones sostenidas para reducir los eventos adversos y promover una atención segura y respetuosa en todos los niveles asistenciales.⁽¹⁾ Estas directrices subrayan la importancia de integrar enfoques sistemáticos de gestión de la calidad en los procesos clínicos y organizativos de los hospitales, con énfasis en la gobernanza, la cultura de seguridad y la evaluación continua del desempeño.⁽¹⁾

En los servicios hospitalarios, la adopción de modelos integrados de gestión de la calidad —que combinan herramientas de mejora continua, auditoría clínica y gestión por procesos— ha mostrado impacto positivo en la eficiencia institucional y en la satisfacción de usuarios y profesionales. Estudios recientes describen cómo la implementación de sistemas de gestión de la calidad basados en principios integrados puede fortalecer la estructura organizativa, optimizar procesos asistenciales y contribuir a mejores indicadores de calidad en hospitales generales.⁽²⁾ Asimismo, la literatura sobre unidades docentes clínicas destaca prácticas basadas en la evidencia que favorecen tanto la formación médica como la calidad de la atención, las que señalan la necesidad de alinear objetivos docentes y asistenciales para maximizar el aprendizaje y la seguridad del paciente.⁽³⁾

La integración docente-asistencial representa un reto y una oportunidad particular en servicios como Medicina Interna, donde la complejidad clínica y la formación de pregrado y posgrado convergen en la atención diaria. La literatura iberoamericana y cubana ha señalado la relevancia de articular la docencia con la práctica asistencial para mejorar la calidad de los servicios y la formación profesional; sin embargo, la evidencia contemporánea exige evaluar cómo se implementan y gestionan estos procesos en contextos hospitalarios concretos, con la consideración de las particularidades organizativas y socio-sanitarias locales. (4, 5) En el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, la evaluación del estado de la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el Servicio de Medicina Interna resulta imprescindible para identificar fortalezas, brechas y oportunidades de mejora que orienten intervenciones dirigidas a la seguridad del paciente, la calidad educativa y la eficiencia asistencial, aportar evidencia local que contribuya a la toma de decisiones y al diseño de estrategias de mejora continua alineadas con las políticas y buenas prácticas internacionales.⁽¹⁻³⁾ El presente estudio tiene como objetivo describir el estado de la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus.

Métodos

Estudio mixto secuencial exploratorio,⁽⁶⁾ de carácter descriptivo, transversal, realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, en Cuba, durante el año 2024.

La población de estudio quedó constituida por los 78 profesionales que integran el Servicio de Medicina Interna: 26 enfermeras, 30 médicos especialistas y 22 médicos residentes, organizados en cinco grupos básicos de trabajo (GBT).

Muestreo: Se realizó censo de la población profesional (n=78). Para actividades complementarias (revisión documental y auditorías clínicas) se seleccionaron registros y expedientes por muestreo intencional estratificado por tipo de documento y periodo.⁽⁷⁾

Se estudió la variable Gestión de la calidad, para la que se establecieron los indicadores validez y fiabilidad de la información y perfeccionamiento continuo de la asistencia médica. Se consideró Efectiva: cuando el resultado que se alcanza en el perfeccionamiento de la gestión de la calidad logra validez y fiabilidad de la información, así como perfeccionamiento continuo de la asistencia médica lo que se concreta en las diligencias realizadas en el ejercicio de la actividad, en correspondencia dialógica, problemática y dialéctica con las funciones y la calidad humana de los que gestionan, lográndose al 100 % y No efectiva: cuando el resultado que se alcanza es igual o inferior al 50 %.

Otras variables estudiadas

Estructura organizativa: existencia de comités, responsabilidades, recursos humanos y materiales.

Procesos docentes-asistenciales: planificación docente, integración docencia-asistencia, supervisión clínica, cumplimiento de protocolos.

Indicadores de calidad: cumplimiento de protocolos, tasas de eventos adversos reportados, cumplimiento de actividades formativas, satisfacción del personal.

Percepciones y actitudes: valoración del profesional estudiado sobre la gestión de la calidad y la integración docente-asistencial.

Fuentes de datos: cuestionarios a profesionales, entrevistas semiestructuradas, auditoría clínica mediante lista de verificación, revisión documental (protocolos, registros de actividades docentes, actas de comités, indicadores institucionales) y registros de notificación de eventos adversos.

Métodos e instrumentos de recolección de datos



1. Cuestionario estructurado para profesionales: Instrumento diseñado a partir de estándares de gestión de calidad y adaptación local; incluye secciones sobre datos sociodemográficos, formación, percepción de la integración docente-asistencial, cumplimiento de procesos y propuestas de mejora. Se midió con una escala tipo Likert (1–5) para actitudes y percepciones. Su aplicación fue autoadministrado en formato papel o electrónico, con apoyo de encuestadores entrenados.

2. Entrevistas semiestructuradas: dirigidas a jefatura del servicio, responsable de docencia, responsable de calidad y cuatro profesionales seleccionados por categoría. Se utilizó un guion con los temas, organización docente, coordinación asistencial, barreras y facilitadores de la calidad. Se realizó una grabación digital con consentimiento y transcripción literal para análisis cualitativo.

3. Auditoría clínica y lista de verificación: se utilizó una lista basada en protocolos institucionales y criterios de calidad (por ejemplo: existencia de plan docente, cumplimiento de guías clínicas, registro de supervisión). Se efectuó la revisión de 30 expedientes clínicos seleccionados por muestreo sistemático⁽⁷⁾ entre ingresos realizados del año 2024; verificación *in situ* de cumplimiento documental y procesos.

4. Revisión documental: se procedió a la recolección de documentos institucionales: protocolos, planes docentes, actas de comités, informes de indicadores de calidad y registros de eventos adversos del año 2024. La extracción de los datos se realizó mediante un formulario estandarizado.

Procedimientos de recolección y control de calidad de los datos

El equipo de recolección estuvo compuesto por los tres investigadores los que están entrenados en técnicas de encuesta, auditoría y entrevista, quienes recibieron capacitación previa (4 horas) sobre objetivos, instrumentos, consentimiento informado y confidencialidad. Se realizó una prueba piloto de instrumentos en otros servicios del hospital y se efectuaron ajuste de ítems. Se

garantizó una doble entrada de datos para cuestionarios en base de datos electrónica; verificación de inconsistencias y validación cruzada con registros originales. Se realizó supervisión periódica por el investigador principal y reuniones semanales para resolver dudas y asegurar homogeneidad.

Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis cuantitativo se utilizó el software: IBM SPSS versión 25, en el que se hizo uso de la estadística descriptiva: frecuencias absolutas y porcentajes para variables categóricas; medias y desviaciones estándar (DE) para variables con distribución normal. Intervalos de confianza al 95% y nivel de significación estadística $p<0,05$.

Para el análisis cualitativo, se realizaron transcripciones de entrevistas analizadas mediante análisis de contenido temático.⁽⁸⁾ Se efectuaron codificación abierta seguida de agrupamiento en categorías y subcategorías; triangulación entre investigadores para aumentar la fiabilidad. Se hizo uso de software cualitativo (Atlas.ti) para gestión de códigos y matrices analíticas. Con posterioridad se realizó Integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos para interpretación contextual (triangulación metodológica).⁽⁹⁾

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la investigación del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos y la autorización de la Dirección General de Salud de la Provincia. Se obtuvo consentimiento informado por escrito de todos los profesionales participantes; para la revisión documental se solicitó autorización institucional y se garantizó el uso de datos agregados sin identificación personal. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki⁽¹⁰⁾ y la normativa ética nacional vigente.

Para garantizar la confidencialidad, los datos personales se codificaron y almacenaron en bases de datos protegidas con acceso restringido; las transcripciones se anonimizaron con la eliminación de identificadores. Se tuvo en

cuenta los riesgos y beneficios, para ello se informó a los participantes sobre la naturaleza no intervencionista del estudio, la ausencia de riesgos directos y el potencial beneficio colectivo derivado de la mejora de la gestión docente-asistencial. Para garantizar la transparencia y difusión, los resultados se compartirán con la dirección del hospital y con los participantes mediante informe institucional y se someterán a publicación científica.

Se reconoce la limitación inherente al diseño transversal para establecer relaciones causales; sin embargo, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos permite una descripción robusta y contextualizada del estado de la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el servicio estudiado.

Resultados

La población estudiada estuvo constituida por 78 profesionales del Servicio de Medicina Interna: 26 enfermeras, 30 médicos especialistas y 22 médicos residentes. El aplicado permitió clasificar la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial como efectiva o no efectiva según criterios estandarizados de cumplimiento de procesos y evidencias documentales.

Del total de profesionales (n=78), fueron clasificados con gestión de la calidad efectiva 26 (33,33%) y con gestión no efectiva 52 (66,66%). Al presentar los resultados por categoría profesional las enfermeras mostraron la mayor proporción de gestión efectiva (42,30%), seguidas por los médicos especialistas (33,33%) y los médicos residentes (22,72%). En sentido inverso, los residentes presentaron la mayor proporción de gestión no efectiva (77,27%). Tabla 1.

Tabla 1. Distribución porcentual de profesionales estudiados según diagnóstico de la gestión de la calidad docente asistencial en el servicio de medicina interna



Población	Gestión de la calidad			
	Efectiva		No efectiva	
	No	%	No	%
Enfermeras	11	42,30	15	57,69
Médicos especialistas	10	33,33	20	66,66
Médicos residentes	5	22,72	17	77,27
Total	26	33,33	52	66,66

Los hallazgos descriptivos indican una tendencia a mayor cumplimiento de criterios de calidad entre las enfermeras; sin embargo, la mayoría de los profesionales en cada categoría presentó deficiencias en aspectos clave de la gestión docente-asistencial.

Del análisis de las entrevistas semiestructuradas y de la revisión documental emergieron cuatro categorías principales:

Organización y liderazgo: se identificó falta de coordinación formal entre las actividades docentes y las rutinas asistenciales. Los informantes señalaron ausencia de reuniones periódicas de articulación entre jefatura, responsables de docencia y equipos asistenciales, lo que dificulta la planificación integrada.

Recursos y carga de trabajo: los profesionales describieron sobrecarga asistencial y limitaciones de tiempo para actividades formativas, lo que reduce la dedicación a la supervisión clínica y a la retroalimentación docente. La disponibilidad de materiales y espacios para la docencia fue considerada insuficiente.

Capacitación y competencias docentes: se reportaron brechas en habilidades pedagógicas entre el personal médico y de enfermería; la formación en metodologías de enseñanza clínica y en gestión de la calidad fue percibida como insuficiente y poco sistemática.

Cultura de calidad y reporte de eventos: existió reticencia a la notificación de eventos adversos por temor a repercusiones y una cultura de trabajo centrada en

la resolución inmediata de problemas asistenciales más que en el aprendizaje institucional. No obstante, se reconoció interés por mejorar y participar en procesos de mejora continua.

Barreras y facilitadores

Barreras principales: carga asistencial elevada, ausencia de incentivos y reconocimiento para la docencia, carencia de protocolos actualizados y limitada retroalimentación formativa.

Facilitadores identificados: compromiso individual de algunos profesionales, existencia de documentos base (protocolos y planes docentes) que requieren actualización, y voluntad institucional para implementar acciones de mejora si se asignan recursos y tiempos protegidos.

Propuestas surgidas en entrevistas

Los participantes propusieron: (1) establecer reuniones periódicas de coordinación docente-asistencial; (2) reservar tiempos específicos para actividades formativas; (3) capacitar al personal en metodologías docentes y gestión de la calidad; (4) fortalecer la cultura de seguridad mediante sistemas no punitivos de reporte de eventos.

Integración de hallazgos cuantitativos y cualitativos

La convergencia entre los datos cuantitativos y cualitativos sugiere que la proporción mayoritaria de gestión no efectiva se relaciona con factores organizativos y de recursos detectados en las entrevistas y la revisión documental.

Las categorías profesionales con menor proporción de gestión efectiva (médicos residentes y especialistas) reportaron mayores limitaciones para cumplir actividades docentes por la carga asistencial y la falta de formación pedagógica, mientras que las enfermeras, con mayor proporción de gestión efectiva, destacó prácticas más consolidadas de supervisión y registro de actividades formativas.

Discusión

Los resultados del estudio muestran que solo un tercio de los profesionales del Servicio de Medicina Interna fueron clasificados con una gestión de la calidad del proceso docente-asistencial efectiva, con diferencias notables por categoría profesional: las enfermeras presentaron la mayor proporción de gestión efectiva, mientras que los médicos residentes mostraron la menor. Este patrón sugiere una heterogeneidad en la implementación y cumplimiento de prácticas de calidad y docencia clínica dentro del mismo servicio, lo que coincide con la evidencia que señala variabilidad en la efectividad de iniciativas de mejora continua según el contexto organizativo y la capacidad de sostener cambios en la práctica clínica.⁽¹¹⁾

La prevalencia de gestión no efectiva pone de manifiesto barreras estructurales y procesales que limitan la integración docente-asistencial. Estudios sobre mejora continua en entornos hospitalarios subrayan que la sostenibilidad de las intervenciones depende de factores como liderazgo comprometido, recursos humanos y materiales adecuados, sistemas de información y mecanismos de retroalimentación que permitan el aprendizaje institucional.⁽¹²⁾ En el presente estudio, la sobrecarga asistencial, la falta de tiempos protegidos para la docencia y la carencia de formación pedagógica emergieron como obstáculos recurrentes, lo que explica en parte la baja proporción de cumplimiento de criterios de calidad observada.

El hallazgo de una mayor proporción de gestión efectiva entre las enfermeras puede relacionarse con prácticas más consolidadas de registro, supervisión y trabajo en equipo en las rutinas de enfermería, así como con modelos de cuidado que incorporan protocolos estandarizados. En el contexto cubano, donde la organización del trabajo y la disponibilidad de recursos han enfrentado retos recientes, es plausible que las diferencias en funciones y responsabilidades entre

categorías profesionales influyan en la capacidad para cumplir actividades docentes y de calidad.⁽¹³⁾

La integración de la docencia y la asistencia en unidades clínicas, como las *Clinical Teaching Units* (CTU),⁽¹⁴⁾ ha demostrado favorecer el aprendizaje interprofesional y la calidad de la atención cuando se diseñan con estructuras formales de coordinación, supervisión y evaluación de procesos.⁽⁵⁾ Las recomendaciones derivadas de la literatura sobre diseño de CTU y modelos de enseñanza clínica enfatizan la necesidad de articular horarios, roles y espacios de supervisión para que la docencia no compita con la atención, sino que se integre de forma complementaria al flujo asistencial.⁽¹⁵⁾ En el Servicio estudiado, la ausencia de reuniones periódicas de coordinación y la falta de protocolos actualizados limitan la posibilidad de implementar modelos similares que potencien la gestión de la calidad docente-asistencial.

La cultura de seguridad y la notificación de eventos adversos constituyen elementos críticos para la mejora continua; la Organización Mundial de la Salud promueve marcos estratégicos que impulsan sistemas no punitivos de reporte, gobernanza y capacitación para reducir daños evitables y fortalecer la seguridad del paciente.⁽¹⁶⁾ En consonancia con ello, las entrevistas revelaron reticencia a reportar eventos por temor a repercusiones y una orientación hacia la resolución inmediata de problemas, lo que dificulta el aprendizaje institucional y la identificación de oportunidades de mejora.

Para traducir los hallazgos en acciones concretas, la evidencia sugiere intervenciones multifactoriales: fortalecer el liderazgo y la gobernanza local, establecer tiempos protegidos para la docencia, capacitar en competencias pedagógicas y gestión de la calidad, y diseñar mecanismos de retroalimentación y auditoría clínica que sean continuos y participativos.⁽¹¹⁾ La implementación de estas medidas debe adaptarse a las condiciones locales del hospital y contar con

indicadores claros para monitorear su impacto en la calidad asistencial y formativa.

Es necesario considerar el contexto sistémico cubano, donde la sostenibilidad de los servicios de salud enfrenta desafíos demográficos y de recursos que pueden repercutir en la disponibilidad de personal y en la carga de trabajo, factores que pueden afectar la gestión docente-asistencial.⁽¹³⁾ La mejora de la gestión de la calidad en el Servicio de Medicina Interna requerirá, por tanto, acciones a nivel institucional y provincial que integren políticas de recursos humanos, formación continua y sistemas de evaluación que promuevan una cultura de seguridad y aprendizaje permanente.

Implicaciones para la práctica: los resultados orientan a priorizar acciones dirigidas a mejorar la coordinación docente-asistencial, proteger tiempos formativos, capacitar en metodologías docentes y promover una cultura de seguridad no punitiva, con el objetivo de aumentar la proporción de gestión efectiva y, en última instancia, mejorar la calidad de la atención y la formación clínica en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos.

Se reconoce como limitaciones del estudio su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales, y la dependencia de medidas basadas en un examen pre test y percepciones autoreportadas; no obstante, la triangulación con auditoría documental y entrevistas aporta robustez descriptiva y contextual a los hallazgos. Futuras investigaciones podrían evaluar intervenciones específicas (por ejemplo, implementación de un CTU o programas de capacitación docente) mediante diseños cuasi-experimentales para medir cambios en indicadores de calidad y resultados formativos.

Conclusiones

El estudio permitió describir el estado de la gestión de la calidad del proceso docente-asistencial en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General

Provincial Camilo Cienfuegos, se identificó un panorama caracterizado por la coexistencia de fortalezas institucionales y debilidades organizativas que condicionan la integración entre docencia y asistencia; en particular, se detectaron limitaciones en la coordinación formal, en la disponibilidad de tiempos y recursos para la formación, en la capacitación pedagógica del personal y en la cultura de reporte de eventos adversos, aspectos que orientan la necesidad de fortalecer la gobernanza local, establecer mecanismos periódicos de coordinación y tiempos protegidos para la docencia, promover la formación en metodologías docentes y consolidar sistemas no punitivos de seguridad del paciente como prioridades para mejorar la gestión de la calidad docente-asistencial.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO; 2021 [acceso: 25/10/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. Hidayah N, Arbianingsih A, Ilham I. The impact of integrated quality management-based health services on general hospital quality. *Front Public Health*. 2022;10:e1011396. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1011396> *Frontiers*.
3. Tang B, Sandarage R, Chai J, Dawson K, Dutkiewicz KR, Saad S, et al. A systematic review of evidence-based practices for clinical education and health care delivery in the clinical teaching unit. *CMAJ*. 2022;194(6):186-94 *CMAJ*. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.202400>
4. Health Education England. HEE Quality Framework. London: Health Education England; 2021 [acceso: 25/10/2025]. Disponible en:

- <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/HEE%20Quality%20Framework%202021.pdf> . Acceso: 10 dic 2025 [Health Education England](#).
5. Mesa-Lago C, Díaz-Briquets S. Atención sanitaria en Cuba: desafíos de sostenibilidad en un sistema envejecido. *Revista de Estudios Latinoamericanos*. 2021;53(1):133–59. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0022216X20001236>
 6. Gogo S, Musonda I. The Use of the Exploratory Sequential Approach in Mixed-Method Research: A Case of Contextual Top Leadership Interventions in Construction H&S. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(12):e7276. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19127276>
 7. Ahmad M, Wilkins S. Muestreo intencional en la investigación cualitativa: un marco para todo el viaje. *Qual Quant*. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11135-024-02022-5>
 8. Bardin L. *L'analyse de contenu*. 9e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2013. 304 p.
 9. Carvajal BC, Marín-González F, Ibarra-Morales L. Triangulación de métodos en ciencias sociales como fundamento en la investigación universitaria en Latinoamérica. *Mayéutica*. 2023 [acceso: 12/10/2025];11(2):43-58. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8140907>
 10. World Medical Association. Revised Declaration of Helsinki. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2024 [access: 12/10/2025]. Available from: <https://www.wma.net/news-post/revised-declaration-of-helsinki-adopted-by-the-global-medical-community-strengthening-ethical-standards-in-clinical-research-involving-humans/>
 11. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, Assefa Y. Revisión de alcance de la mejora continua de la calidad en el sistema sanitario: conceptualización, modelos y herramientas, barreras y facilitadores, e

- impacto. *Investigación de servicios de salud de BMC*, 2024;24(1):e487. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
12. Moon SEJ, Hogden A, Eljiz K. Sustaining improvement of hospital-wide initiative for patient safety and quality: a systematic scoping review. *BMJ Open Quality*. 2022;11:e002057. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002057>
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2024. MINSAP Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. 2025 [acceso: 25/10/2025]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2025/09/AES-2024-para-sitio-3.pdf>
14. Martínez-Villareal RT, Morales-Calatayud F. La integración docente-asistencial, un modelo comunitario. *Marco competencial en promoción y educación para la salud: experiencias iberoamericanas. Ciencias de la salud*. 2021;203-216. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/4935391>
15. Hamoen EC, van Blankenstein FM, de Jong PGM, Ray A, Reinders MEJ. Development of a Clinical Teaching Unit in Internal Medicine to Promote Interprofessional and Multidisciplinary Learning: A Practical Intervention, Teaching and Learning in Medicine. 2021;33:1:78-88. DOI: <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1792309>
16. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Ginebra: OMS; 2022 [acceso: 25/10/2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>

Conflictivo de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de autoría



Esta obra está bajo una licencia <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Conceptualización: Aliosky Polo Santana.

Curación de datos: Aliosky Polo Santana.

Análisis formal: Aliosky Polo Santana, Lázaro González Hernández, Carlos Lázaro Jiménez Puerto, Amauri de Jesús Miranda Guerra.

Investigación: Aliosky Polo Santana, Lázaro González Hernández, Carlos Lázaro Jiménez Puerto, Amauri de Jesús Miranda Guerra.

Metodología: Aliosky Polo Santana, Lázaro González Hernández, Carlos Lázaro Jiménez Puerto, Amauri de Jesús Miranda Guerra.

Administración del proyecto: Aliosky Polo Santana.

Software: Aliosky Polo Santana.

Supervisión: Aliosky Polo Santana.

Validación: Aliosky Polo Santana.

Visualización: Aliosky Polo Santana.

Redacción – borrador original: Aliosky Polo Santana.

Redacción – revisión y edición: Aliosky Polo Santana, Lázaro González Hernández, Carlos Lázaro Jiménez Puerto, Amauri de Jesús Miranda Guerra.