

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), Noviembre-Diciembre 2025,
Volumen 9, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6

**SIGNIFICADOS Y APRENDIZAJES SOBRE LA
IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO
DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD:
EXPERIENCIAS DE UN HOSPITAL RURAL
EN MIRAFLORES, GUAVIARE**

MEANINGS AND LESSONS FROM THE IMPLEMENTATION OF THE
MANDATORY HEALTH QUALITY ASSURANCE SYSTEM: EXPERIENCES
OF A RURAL HOSPITAL IN MIRAFLORES, GUAVIARE

Yer Orlando Monsalve Ospina

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

Jorly Daniel Arias Tafur

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

Yenni Esmeralda Nova Melo

Corporación Universitaria Minuto de Dios, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i6.20902

Significados y Aprendizajes sobre la Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud: Experiencias de un Hospital Rural en Miraflores, Guaviare

Yer Orlando Monsalve Ospina¹

yer.monsalve@uniminuto.edu

<https://orcid.org/0000-0001-5411-2444>

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

Jorly Daniel Arias Tafur

Jorly.arias@uniminuto.edu.co

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

Yenni Esmeralda Nova Melo

Yenni.nova@uniminuto.edu.co

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Colombia

RESUMEN

El presente estudio cualitativo analiza las percepciones de los actores del sistema de salud respecto a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del municipio de Miraflores, Guaviare. A través de entrevistas semiestructuradas, observación no participante y análisis documental, se exploraron experiencias, significados y barreras percibidas en torno a la gestión de la calidad. Los resultados evidencian una valoración positiva de los esfuerzos institucionales en humanización de la atención y cumplimiento normativo, aunque persisten limitaciones asociadas a la comunicación, la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos. Se identificaron cinco dimensiones principales: estrategias de mejora, seguridad del paciente, satisfacción del usuario, eficiencia de recursos y gestión administrativa. La triangulación de resultados permitió correlacionar percepciones de profesionales y usuarios, destacando coherencia en la valoración de la calidad, aunque con diferencias críticas entre personal técnico y beneficiarios. Se concluye que la consolidación del SOGCS requiere fortalecer los procesos de retroalimentación, la formación continua, la participación comunitaria y la apropiación de la cultura de calidad en contextos rurales. Este estudio contribuye a la comprensión integral de la calidad en salud desde la voz de sus protagonistas y ofrece insumos para la formulación de políticas locales que promuevan servicios más seguros, eficientes y humanizados.

Palabras clave: calidad en salud, SOGCS, percepciones, enfoque cualitativo, Miraflores

¹ Autor principal

Correspondencia: yer.monsalve@uniminuto.edu

Meanings and Lessons from the Implementation of the Mandatory health Quality Assurance System: Experiences of a Rural Hospital in Miraflores, Guaviare

ABSTRACT

This qualitative study examines the perceptions of health system actors regarding the implementation of the Mandatory Health Quality Assurance System (SOGCS) in Health Service Provider Institutions (IPS) in Miraflores, Guaviare. Through semi-structured interviews, non-participant observation, and documentary analysis, experiences, meanings, and perceived barriers in quality management were explored. Findings show positive evaluations of institutional efforts in humanized care and regulatory compliance, with ongoing challenges related to communication, staff training, and resource availability. Five dimensions emerged: improvement strategies, patient safety, user satisfaction, resource efficiency, and administrative management. Triangulation of data revealed coherence between professionals' and users' perceptions, although notable differences were observed between technical staff and beneficiaries. The study concludes that consolidating the SOGCS requires strengthening feedback mechanisms, continuous education, community involvement, and the internalization of a quality culture in rural contexts. The findings provide insights into health quality from the perspective of its main actors and inform local policies aiming to promote safer, more efficient, and humanized services.

Keywords: health quality, SOGCS, perceptions, qualitative approach, Miraflores

*Artículo recibido 20 octubre 2025
Aceptado para publicación: 15 noviembre 2025*



INTRODUCCIÓN

La calidad en los servicios de salud constituye un eje central en la consolidación de sistemas sanitarios eficientes, seguros y centrados en las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) resalta que garantizar atención de calidad no solo implica cumplir protocolos clínicos, sino también garantizar derechos de los usuarios y experiencias seguras, confiables y humanizadas. En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se estableció con el propósito de promover la mejora continua de procesos asistenciales y administrativos, asegurando la satisfacción y seguridad del usuario (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

El municipio de Miraflóres, Guaviare, representa un contexto rural con características geográficas y sociales que condicionan la implementación efectiva de lineamientos del SOGCS: dispersión territorial, limitada infraestructura, dificultades de conectividad y escasez de recursos humanos especializados. Estas condiciones generan retos específicos en la gestión de la calidad, desde la disponibilidad de protocolos hasta la formación continua del personal y la humanización de la atención.

Estudios previos sobre calidad en salud han enfatizado la importancia de enfoques situados, que permitan comprender cómo las políticas y normas se viven en la práctica cotidiana (Donabedian, 1990; González Valencia, 2021). Sin embargo, se evidencia una brecha en la investigación cualitativa que explore percepciones de profesionales y usuarios en contextos rurales, donde las barreras logísticas y culturales afectan la aplicación efectiva del SOGCS.

En este sentido, el presente estudio busca aportar una comprensión integral sobre la implementación del SOGCS en Miraflóres, resaltando experiencias, significados y desafíos desde la voz de los protagonistas del sistema de salud. El enfoque cualitativo permite ir más allá de los indicadores cuantitativos, interpretando la forma en que la calidad se construye cotidianamente en un hospital rural, evidenciando tanto fortalezas como limitaciones y proponiendo vías de mejora contextualizadas.

Objetivo general

Comprender las percepciones y experiencias de los actores del sistema de salud frente a la implementación del SOGCS en las IPS de Miraflóres, Guaviare, identificando significados, avances y desafíos en la gestión de la calidad y el impacto en la atención y bienestar de la comunidad.



Objetivos específicos:

1. Identificar percepciones y experiencias de profesionales y usuarios sobre la aplicación del SOGCS.
2. Reconocer fortalezas y dificultades en la gestión de la calidad y humanización del servicio.
3. Explorar oportunidades de mejora para fortalecer la cultura de calidad y el bienestar en la atención en salud.

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES:

La calidad en salud se conceptualiza tradicionalmente bajo el modelo de Donabedian (1990), quien propone tres dimensiones fundamentales:

Estructura: recursos físicos, humanos, tecnológicos y administrativos disponibles para prestar servicios.

Proceso: actividades clínicas y administrativas que constituyen la atención.

Resultado: efectos sobre la salud, satisfacción y seguridad del paciente.

Este enfoque permite evaluar la calidad de manera integral, reconociendo que la existencia de protocolos y estándares no garantiza automáticamente la eficacia, si no se consideran factores humanos, contextuales y culturales.

La humanización de la atención se ha consolidado como un componente clave de la calidad, enfocándose en la empatía, el respeto a la dignidad del usuario y la construcción de relaciones de confianza entre profesionales y pacientes (Ministerio de Salud, 2021). La literatura evidencia que la percepción de calidad está directamente asociada a la comunicación efectiva, la disponibilidad de información y la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones (Revista Ciencias Biomédicas, s.f.; Programa AMAR PARA CURAR, s.f.).

Estudios nacionales sobre la implementación del SOGCS destacan avances en la estandarización de protocolos, sistemas de información y estrategias de mejora continua, pero también identifican barreras recurrentes en contextos rurales: escasez de personal, infraestructura limitada, rotación laboral y dificultades en la gestión de recursos (González Valencia, 2021; Ministerio de Salud, 2019). A nivel internacional, investigaciones en entornos rurales muestran que la efectividad del sistema de calidad depende de la adecuación a las realidades locales, la capacitación continua del personal y la participación comunitaria en los procesos de evaluación (OMS, 2020).



El presente estudio se enmarca en este contexto, reconociendo que la calidad en salud es un constructo social, que se construye tanto desde los procesos institucionales como desde la percepción de los actores que interactúan en la atención. La integración de un enfoque cualitativo permite identificar barreras invisibles, significados emergentes y estrategias de mejora adaptadas a las necesidades de una población rural.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se adoptó un diseño cualitativo-descriptivo, orientado a comprender percepciones, experiencias y significados atribuidos a la implementación del SOGCS en la E.S.E. Hospital Albert Schweitzer, única IPS de Miraflores. Este diseño permitió analizar fenómenos tal como se presentan en el contexto natural, sin manipular variables, favoreciendo una comprensión profunda y situada.

Contexto del estudio

Miraflores, Guaviare, es un municipio rural con infraestructura sanitaria limitada, dispersión geográfica y recursos tecnológicos escasos. La E.S.E. Hospital Albert Schweitzer, hospital de primer nivel, enfrenta desafíos logísticos y administrativos, pero cuenta con un personal comprometido que busca garantizar atención segura y humanizada.

Población y muestra

La población incluyó profesionales de salud y usuarios de la institución. Se seleccionó una muestra intencional de 100 participantes: 40 profesionales (personal asistencial y administrativo) y 60 usuarios de los servicios de salud.

Instrumentos

Encuesta tipo Likert: 25 ítems en cinco dimensiones: estrategias de mejora, seguridad del paciente, satisfacción del usuario, eficiencia de recursos y gestión administrativa. Validada por expertos ($\alpha = 0,91$).

Análisis documental: revisión de normatividad, auditorías, indicadores institucionales (SUA, PAMEC) y reportes internos.

Observación no participante: registro de dinámicas del servicio, comunicación, humanización y barreras operativas.



PQRS: análisis de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en los últimos 12 meses.

Procedimiento

Se aplicaron encuestas a todos los participantes, se realizaron entrevistas semiestructuradas y observaciones sistemáticas. La información se codificó temáticamente para identificar patrones, categorías y relaciones. La triangulación entre instrumentos garantizó la validez y confiabilidad de los hallazgos.

Análisis de la información. Se empleó codificación temática y matrices de datos para organizar información cuantitativa y cualitativa. Se aplicaron criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad según Lincoln y Guba (1985). Se generaron tablas de frecuencias, gráficos de barras y radar, y correlaciones entre dimensiones.

Consideraciones éticas. El estudio fue clasificado como sin riesgo. Se respetó voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado de los participantes. Aval institucional otorgado por la E.S.E. Hospital Albert Schweitzer y la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes

Se aplicaron 100 encuestas válidas entre profesionales de salud y usuarios del Hospital Albert Schweitzer de Miraflores, Guaviare.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	<18	8	8.0
	18–30	38	38.0
	31–45	26	26.0
	46–60	18	18.0
	>60	10	10.0
Sexo	Femenino	55	55.0
	Masculino	45	45.0
Nivel educativo	Primaria	8	8.0
	Secundaria	15	15.0
	Técnico	35	35.0
	Tecnólogo	10	10.0
	Pregrado	22	22.0
	Posgrado	10	10.0

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.



La muestra refleja un equilibrio de género y diversidad formativa, predominando participantes jóvenes con formación técnica o universitaria, coherente con las funciones asistenciales y administrativas de la institución.

Confiabilidad del instrumento

El cuestionario tipo Likert de 25 ítems mostró alta consistencia interna:

Tabla 2. Alfa de Cronbach por dimensión

Dimensión	α
Estrategias de mejora	0.89
Seguridad del paciente	0.86
Satisfacción del usuario	0.88
Eficiencia de recursos	0.84
Gestión administrativa	0.83
Total	0.91

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.

Gráfico 1. Alfa de Cronbach por dimensión

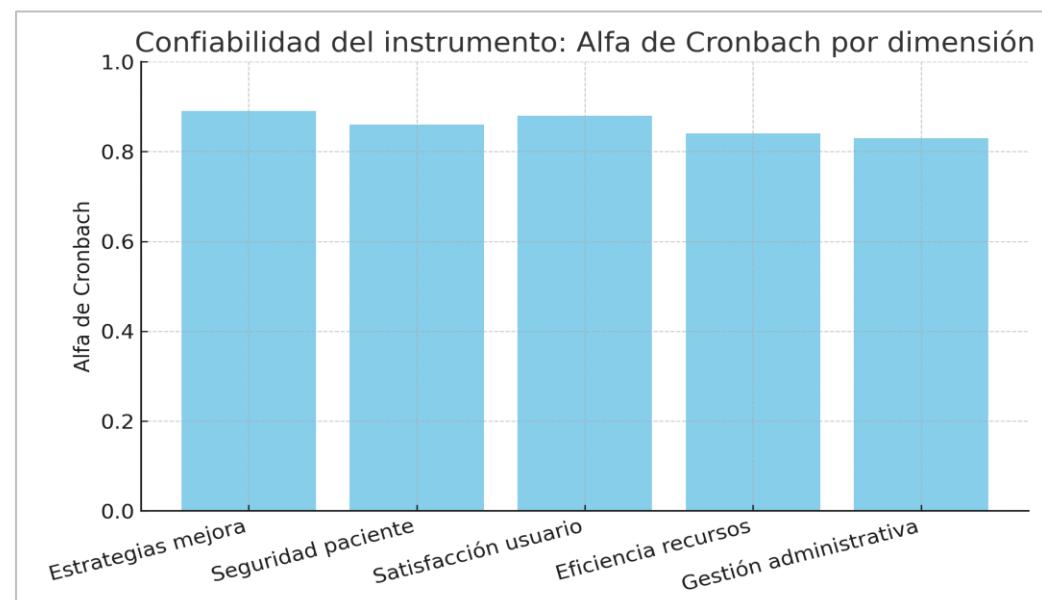


Grafico 1. Confiabilidad del instrumento. Alfa de Cronbach

Fuente. Elaboración propia

Gráfico de barras mostrando las cinco dimensiones con sus respectivos valores α ; todas superiores a 0.80, indicando excelente confiabilidad.

Análisis de Likert por dimensión

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las dimensiones evaluadas

Dimensión	Media	DE	Mín	Máx
Estrategias de mejora	4.05	0.74	2	5
Seguridad del paciente	3.88	0.81	2	5
Satisfacción del usuario	4.15	0.69	3	5
Eficiencia de recursos	3.76	0.85	2	5

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.

Análisis de Likert por dimensión

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las dimensiones evaluadas

Dimensión	Media	DE	Mín	Máx
Estrategias de mejora	4.05	0.74	2	5
Seguridad del paciente	3.88	0.81	2	5
Satisfacción del usuario	4.15	0.69	3	5
Eficiencia de recursos	3.76	0.85	2	5
Gestión administrativa	3.82	0.77	2	5
Puntaje total de calidad percibida	23.66	3.41	15	30

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.

Correlaciones entre dimensiones

Se identificaron correlaciones significativas:

Tabla 4. Correlaciones principales

Variables	r	p
Satisfacción ↔ Eficacia	0.74	<0.01
Satisfacción ↔ Seguridad	0.68	<0.01
Satisfacción ↔ Eficiencia	0.59	<0.01
Puntaje total ↔ Estrategias	0.81	<0.01

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.

Estos resultados evidencian coherencia interna y vínculo estrecho entre satisfacción del usuario, eficacia, seguridad y estrategias de mejora continua.



Comparativos usuarios vs. personal de salud

Tabla 5. Diferencias por tipo de usuario

Dimensión	Usuarios (n=60)	Profesionales (n=40)	t	p
Seguridad del paciente	3.95	3.72	2.31	0.023
Eficiencia de recursos	3.85	3.63	2.10	0.038

Nota: Elaboración propia. Datos procesados en SPSS.

Resultados cualitativos: categorías emergentes

A partir de entrevistas abiertas, observación y análisis de PQRS, emergieron **cuatro categorías principales:**

Cultura organizacional y compromiso institucional

- Personal comprometido con atención centrada en el usuario.
- Limitaciones en comunicación interprofesional.
- Ejemplo: *“El personal es amable y comprometido, pero no siempre hay claridad en los procesos de referencia y contra-referencia.”*

Barreras de implementación

- Limitaciones de infraestructura, insuficiencia de personal, alta rotación y carga administrativa.
- Ejemplo: *“A veces no hay suficientes insumos o personal para cubrir los turnos, y eso retrasa la atención.”*

Eficacia de protocolos y procesos de calidad

- Valoración positiva de protocolos claros, especialmente en atención segura y manejo de crónicos.
- Brechas entre formulación y aplicación práctica debido a recursos y tiempo.
- Ejemplo: *“Sabemos que hay guías y procedimientos, pero muchas veces no se aplican igual.”*

Percepción del paciente sobre atención y calidad

- Trato humanizado, empatía y accesibilidad destacan como fortalezas.
- Usuarios reconocen limitaciones, pero valoran acompañamiento y claridad en la información.
- Ejemplo: *“A veces toca esperar, pero siempre nos explican bien y nos tratan con respeto.”*



Triangulación de resultados

La combinación de datos cuantitativos y cualitativos permitió validar hallazgos y confirmar que la calidad se construye desde procesos institucionales y experiencias humanas.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la calidad en salud trasciende indicadores formales y protocolos; se construye en la interacción diaria entre personal y usuarios. La valoración positiva de satisfacción y estrategias de mejora refleja compromiso institucional y orientación al usuario, mientras que los hallazgos sobre eficiencia de recursos y gestión administrativa evidencian desafíos estructurales comunes en contextos rurales, como escasez de insumos, rotación de personal y dificultades de comunicación interprofesional.

El análisis cualitativo complementa estas conclusiones, revelando que la humanización del servicio es un factor diferenciador en la percepción de calidad. Estudios previos (Ministerio de Salud, 2021; González Valencia, 2021) coinciden en que la empatía, la atención centrada en el paciente y la formación continua son elementos críticos para consolidar la calidad en entornos con limitaciones logísticas.

La comparación entre usuarios y profesionales muestra diferencias significativas en seguridad del paciente y eficiencia de recursos, reflejando que los profesionales poseen una mirada más crítica y técnica, mientras los usuarios enfatizan la experiencia vivida. Este hallazgo coincide con la literatura que sugiere que las evaluaciones técnicas y experienciales de calidad pueden diferir, pero son complementarias para orientar mejoras integrales.

La triangulación de resultados evidencia que, aunque existen logros importantes, la consolidación del SOGCS en Miraflores requiere estrategias adaptadas al contexto, incluyendo capacitación continua, retroalimentación efectiva, participación comunitaria y fortalecimiento de la cultura de calidad. La evidencia respalda que la sostenibilidad del sistema depende no solo de cumplimiento normativo, sino de cómo las políticas se traducen en prácticas sensibles a la realidad local (OMS, 2020).

En síntesis, el estudio aporta una visión integral de la implementación del SOGCS en un contexto rural, mostrando que la calidad se construye colectivamente y que los elementos humanos, culturales y estructurales son determinantes para lograr servicios seguros, eficientes y humanizados.



CONCLUSIONES

El estudio permitió comprender, desde un enfoque cualitativo, las percepciones de usuarios y trabajadores de salud sobre la implementación del SOGCS en la E.S.E. Hospital Albert Schweitzer de Miraflores, Guaviare. Se identificaron avances significativos en la cultura organizacional, humanización del servicio y adopción de protocolos de calidad.

No obstante, persisten limitaciones estructurales, especialmente en infraestructura, disponibilidad de recursos y articulación interprofesional. La evidencia indica que la consolidación de la calidad en contextos rurales requiere estrategias sostenibles de capacitación, comunicación efectiva y participación activa de la comunidad.

La investigación confirma que la calidad no depende únicamente del cumplimiento de indicadores, sino de la experiencia cotidiana de usuarios y personal, la apropiación de la cultura de calidad y la capacidad institucional para adaptarse a contextos específicos.

Estos hallazgos proporcionan insumos para la gestión estratégica del SOGCS, orientando la formulación de políticas locales que fortalezcan la equidad, la eficiencia y la humanización de la atención.

Recomendaciones

1. Fortalecer la articulación entre niveles asistenciales y administrativos del hospital, mejorando coordinación y comunicación interprofesional.
2. Diseñar estrategias diferenciales de gestión adaptadas a contextos rurales, considerando limitaciones de infraestructura y recursos.
3. Optimizar la dotación y estabilidad del personal, priorizando la formación continua en protocolos y humanización de la atención.
4. Implementar mecanismos de seguimiento y retroalimentación permanentes, con participación activa de usuarios y profesionales.
5. Fomentar cultura institucional basada en empatía, cooperación y respeto, promoviendo prácticas sostenibles que consoliden la calidad en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Donabedian, A. (1990). *The quality of care: How can it be assessed?* JAMA, 260(12), 1743–1748.



González Valencia, Y. (2021). *Calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia*. Universidad de Antioquia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Política nacional de humanización en salud 2021–2031*.

OMS. (2020). *Delivering quality health services: a global imperative*.

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Creswell, J. W. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.

Avedis Donabedian revisited

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press. (Complementa el marco clásico de calidad). Calidad en salud en zonas rurales

Frenk, J., & Gómez-Dantés, O. (2018). Rethinking institutional quality in rural health systems. *Health Policy and Planning*, 33(2), 187–194. Seguridad del paciente y cultura organizacional

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Percepción de usuarios y humanización*

Hernández, M., & Roldán, I. (2020). Humanización del cuidado en servicios rurales de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19(38), 1–15. Calidad en sistemas fragmentados como el colombiano

Yepes, F. J., Ramírez, M., & Sánchez, L. (2019). Fragmentación y segmentación en los sistemas de salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(e16), 1–9.

Barreras para implementar sistemas de calidad en hospitales pequeños

Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. Participación comunitaria en la construcción de calidad

Rifkin, S. B. (2018). Community participation in health systems strengthening. *Health Policy and Planning*, 33(1), 95–106. Aprendizaje organizacional y calidad



- Senge, P. (2005). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. Random House. Evaluación cualitativa en salud
- Minayo, M. C. (2017). Técnicas cualitativas para evaluar servicios de salud. *Ciêncie & Saude Coletiva*, 22(5), 1461–1470. Percepción de la calidad por profesionales de salud
- Arrieta, J., Suárez, M., & Barrera, L. (2020). Percepción de la calidad de la atención en profesionales de salud pública en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22(3), 1–12. Humanización y trato digno en Colombia
- Acosta-Ramírez, N., & Cárdenas, W. (2022). Humanización del servicio en instituciones prestadoras de salud en Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 27(2), 135–150. Limitaciones de infraestructura y brechas rurales
- OECD. (2021). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2021*. OECD Publishing. Gestión administrativa y calidad
- Hernández, J., & Díaz, P. (2019). Gestión por procesos y calidad en instituciones de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1–15. Satisfacción del usuario como indicador de calidad
- Batbaatar, E., et al. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2), 89–101. Implementación del SOGCS en Colombia (estudio reciente)
- Suárez, A. & Gómez, M. (2023). Avances y desafíos del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia. *Revista de Gestión en Salud*, 21(1), 45–58.

