

**Diseño de un instrumento para la medición de la cultura de mejoramiento continuo de una
institución de salud acreditada en Floridablanca - Santander**

Wendy Alexandra Gamboa Pinzón y Elsa Gissela Murillo Murillo

Trabajo para optar el título de Magíster en Calidad y Gestión Integral

Directores

Gloria Amparo Cupabán Hernández

Magister en Gestión de Servicios de Salud

Tatiana Alexandra Castañeda Sánchez

Magister en Calidad y Gestión Integral

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ingenierías y Arquitectura

Maestría en Calidad y Gestión Integral

2025

Dedicatoria

A mi familia, por ser el pilar fundamental en este camino. De manera especial, a mis padres y a Carlos, por su amor, por ser mi mayor motivación para seguir adelante, por creer siempre en mí y por estar a mi lado en los momentos desafiantes y en los de alegría. Este logro es tan mío como suyo.

Wendy Alexandra Gamboa Pinzón

A mi madre, por ser mi ejemplo de fortaleza y amor incondicional; gracias por ser mi apoyo y foco de motivación para alcanzar este logro. A mi hermana, por creer en mí y animarme a seguir. A Iván, por su paciencia, su apoyo constante y por caminar conmigo en este proceso. Y a mi padre, que desde el cielo ha sido mi guía silencioso. Gracias por tanto.

Elsa Gissela Murillo Murillo

Agradecimientos

A Dios, por darnos la vida, la fortaleza, la sabiduría y los ánimos necesarios para alcanzar esta meta. Gracias por acompañarnos en cada paso del camino y por ser nuestro guía constante en los momentos de incertidumbre y cansancio.

A nuestras directoras, Gloria y Tatiana, por su valioso acompañamiento, por su disposición permanente, sus orientaciones acertadas y su constante motivación.

Agradecemos también a los profesionales expertos que participaron en la validación del instrumento, por aportar su experiencia, tiempo y conocimientos, permitiendo que este trabajo alcanzara el nivel de rigurosidad necesario.

Y, finalmente, un agradecimiento especial entre nosotras, las autoras de este trabajo, por la paciencia, la persistencia y el compromiso mutuo. Esta meta es el reflejo del trabajo en equipo, la confianza y la voluntad compartida de no rendirse.

Contenido

Introducción	15
1. Diseño de un instrumento para la medición de la cultura de mejoramiento continuo en los colaboradores de institución de salud acreditada en Floridablanca- Santander.....	17
1.1. Planteamiento del problema.....	17
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Sistematización del problema	20
1.4. Justificación	20
1.5. Objetivos.....	22
1.5.1. Objetivo general.....	22
1.5.2. Objetivos específicos	22
2. Marco referencial	23
2.1. Estado del arte.....	23
2.1.1. El mejoramiento continuo en las instituciones de salud en Colombia.....	23
2.2. Antecedentes	28
2.2.1. Antecedentes en el ámbito internacional	28
2.2.2. Antecedentes en el ámbito nacional.....	33
2.2.3. Antecedentes en el ámbito local	37
2.3. Marco teórico	41
2.3.1. Teorías sobre la cultura organizacional y su impacto en el mejoramiento	41

2.3.2.	Mejoramiento continuo.....	43
2.3.3.	Escalonamiento tipo Likert como instrumento de medición	60
2.3.4.	Baremos	62
2.3.5.	Mecanismos de validación de instrumentos de medición.....	63
2.4.	Marco conceptual.....	69
3.	Diseño metodológico	71
3.1.	Tipo y enfoque de investigación.....	71
3.2.	Fuentes de información.....	72
3.3.	Validación de contenido del instrumento de medición: juicio de expertos	72
3.4.	Población y muestra.....	73
3.5.	Confiabilidad del instrumento de medición: prueba piloto.....	74
3.6.	Métodos de recolección de la información	76
3.7.	Metodología	77
3.8.	Consideraciones éticas del estudio de investigación	78
4.	Resultados.....	79
4.1.	Identificación de las dimensiones y variables que permiten evaluar la cultura de mejoramiento continuo	79
4.1.1.	Revisión de la literatura existente y otras fuentes.....	79
4.1.2.	Identificación de dimensiones y variables a través de juicio de expertos.....	85
4.1.3.	Discusión de los resultados para la selección de las dimensiones y variables a usar	

en el diseño del instrumento	89
4.2. Diseño del instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo según las dimensiones y variables identificadas.....	93
4.2.1. Diseño del instrumento según las dimensiones y variables definidas	93
4.3. Validación del instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo.....	102
4.3.1. Selección de los expertos para la validación de contenido	102
4.3.2. Evaluación del instrumento por parte de los expertos	104
4.3.3. Ajuste del instrumento de acuerdo con los resultados de la validación de expertos	114
4.3.4. Aplicación de la prueba piloto	118
4.3.5. Análisis de la información y discusión de resultados	120
5. Balance del presupuesto.....	122
6. Comparación de cronogramas.....	124
7. Dificultades durante el desarrollo de la investigación	127
8. Barreras o limitantes para la aplicación del instrumento de medición en las organizaciones	128
9. Recomendaciones	129
10. Conclusiones.....	131
Referencias.....	133
Apéndices.....	144

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Relación de IPS con Acreditación Nacional con Excelencia y Joint Comission International</i>	26
Tabla 2. <i>Momentos de la investigación</i>	77
Tabla 3. <i>Dimensiones identificadas de la revisión de literatura</i>	80
Tabla 4. <i>Variables identificas de la revisión de la literatura</i>	81
Tabla 5. <i>Dimensiones y variables. Manual de acreditación en salud (2018)</i>	85
Tabla 6. <i>Características de ejercicio de juicio de expertos</i>	85
Tabla 7. <i>Dimensiones y variables del juicio de expertos</i>	86
Tabla 8. <i>Homologación de variables</i>	90
Tabla 9. <i>Variables definidas para el instrumento de medición</i>	92
Tabla 10. <i>Matriz de Operacionalización de la variable</i>	95
Tabla 11. <i>Niveles de interpretación y significación global</i>	101
Tabla 12. <i>Niveles de interpretación y significación por variable</i>	101
Tabla 13. <i>Resultados globales de la validación por criterio de evaluación</i>	106
Tabla 14. <i>Resultados de la validación por ítem</i>	107
Tabla 15. <i>Observaciones de los expertos técnicos frente a los ítems del instrumento</i>	108
Tabla 16. <i>Calificación de pertinencia de los ítems y validez del instrumento</i>	113
Tabla 17. <i>Cambios en los ítems del instrumento de acuerdo con la evaluación de los expertos</i>	115
Tabla 18. <i>Niveles de interpretación y significación</i>	122
Tabla 19. <i>Balance de presupuesto de la investigación</i>	123
Tabla 20. <i>Cronograma planeado</i>	124

Tabla 21.*Cronograma final ejecutado* 126

Lista de figuras

Figura 1. <i>No de IPS acreditadas por Departamento en Colombia</i>	25
Figura 2. <i>Dimensiones y aspectos que componen The Model for Understanding Success in Quality- MUSIQ</i>	54
Figura 3. <i>Secuencia lógica para el proceso de diseño, redacción y validación de un instrumento</i>	64
Figura 4. <i>Información demográfica de los colaboradores del área administrativa</i>	119
Figura 5. <i>Información demográfica de los colaboradores del área asistencial</i>	119
Figura 6. <i>Resultado de las estadísticas de fiabilidad</i>	120
Figura 7. <i>Estadísticas de análisis de confiabilidad del instrumento de medición</i>	121

Lista de apéndices

Apéndice A. <i>Encuestas de prueba piloto</i>	
Apéndice B. <i>Instrumento de medición de la cultura de mejoramiento CUME-22</i>	145
Apéndice C. <i>Ficha técnica del instrumento CUME-22</i>	147

Nota: Apéndice A véase en archivo externo

Resumen

La presente investigación tiene como propósito diseñar un instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo en de una institución de salud acreditada en Floridablanca, Santander. El objetivo se fundamenta en que las instituciones de salud carecen de herramientas específicas que permitan evaluar, desde la percepción de los colaboradores, el grado de apropiación del mejoramiento como parte de la cultura de la organización. El estudio se enmarca en un enfoque descriptivo mixto, y se desarrolla a partir de la identificación de dimensiones y variables extraídas de la literatura, el Manual de Acreditación en Salud y la experiencia de profesionales del sector. El instrumento fue validado a través del juicio de expertos y una prueba piloto, demostrando un alto grado de confiabilidad y fiabilidad para medición de las variables y los ítems propuestos. Los resultados evidencian que esta herramienta permitirá a las instituciones de salud obtener información estratégica para la toma de decisiones, la identificación de brechas y el diseño de intervenciones orientadas al fortalecimiento del sistema de gestión de calidad. En conclusión, el presente proyecto aporta una herramienta innovadora y necesaria para avanzar hacia una cultura de mejoramiento que favorezca el aprendizaje, la excelencia y la sostenibilidad en el tiempo.

Palabras clave: cultura de mejoramiento, mejoramiento continuo, acreditación en salud, instrumentos de medición, juicio de expertos

Abstract

The purpose of this research is to design a measurement instrument for the culture of continuous improvement in an accredited healthcare institution in Floridablanca, Santander. The objective is based on the fact that healthcare institutions lack specific tools to assess, from the perspective of their employees, the degree of appropriation of improvement as part of the organization's culture. The study is framed within a mixed descriptive approach and is developed based on the identification of dimensions and variables extracted from the literature, the Healthcare Accreditation Manual, and the experience of professionals in the sector. The instrument was validated through expert judgment and a pilot test, demonstrating a high degree of reliability and trustworthiness for measuring the proposed variables and items. The results show that this tool will allow healthcare institutions to obtain strategic information for decision-making, identify gaps, and design interventions aimed at strengthening the quality management system. In conclusion, this project provides an innovative and necessary tool for moving toward a culture of improvement that fosters learning, excellence, and sustainability over time.

Keywords: culture of improvement, continuous improvement, health accreditation, measurement instruments, expert judgment

Glosario

Acreditación en salud: se define como un proceso voluntario mediante el cual unos pares realizan una evaluación y verificación del cumplimiento de estándares de proceso y resultado de la atención en salud, orientados en el usuario y su familia. Este proceso se basa en unos principios y estándares internacionales definidos por la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención en Salud (ICONTEC, 2021).

Calidad: este concepto se define como el grado en que un conjunto de características cumple con los requisitos establecidos, con el objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes o usuarios. Según la definición presentada en la NTC-ISO 9000:2015, la calidad de los productos o servicios es definida por el impacto previsto y no previsto sobre las partes interesadas relevantes, lo que incluye el valor percibido y los beneficios para el cliente (ICONTEC, 2015).

Cultura organizacional: la cultura organizacional se concibe como el sistema de valores, normas, creencias y supuestos compartidos por los miembros de una organización. Esta puede originarse a partir de decisiones deliberadas de sus líderes o emerger de forma evolutiva a lo largo del tiempo, constituyendo un componente fundamental del entorno laboral en el que se desarrollan las actividades institucionales. Aunque su naturaleza es intangible, dado que no puede observarse ni medirse directamente, actúa como un sistema mediador que influye de manera significativa en el comportamiento organizacional y en la dinámica interna de la institución (Yopan et ál., 2020)

Estándares de la acreditación en salud: se remite al conjunto de criterios establecidos para fomentar el mejoramiento continuo y garantizar la calidad, además incentiva las buenas prácticas y consolida la competitividad de las organizaciones de salud. En Colombia, los estándares de acreditación en salud se afianzan en tres grandes grupos: estándares asistenciales, estándares de

apoyo y estándares de mejoramiento (ICONTEC, 2021).

Juicio de expertos: se caracteriza por ser la opinión de personas con experiencia y conocimiento en un tema específico. Escobar y Cuervo (2008) determinan que estos profesionales expertos pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones para la estimación de la validez de un contenido determinado; el número de jueces empleados para emitir el juicio se encuentra en coherencia con el nivel de experticia y la diversidad del conocimiento.

Mejoramiento continuo: es una práctica de gestión constante para evaluación de los procesos, productos y servicios con el fin de lograr mejora progresiva en la eficiencia, calidad y satisfacción de los clientes. Mihi y Rivera (2009) que el concepto de mejora continua describe de manera adecuada la naturaleza de la calidad y representa lo que las empresas deben realizar para mantener la competitividad a lo largo del tiempo, ya que ayuda a identificar y corregir las debilidades, así como fortalecer los aspectos positivos de la organización.

Percepción: se centra en cómo las personas pueden percibir las situaciones y acontecimientos en su ambiente externo e interno, factor clave para el accionar estratégico, así como para la búsqueda y análisis de información. La percepción está condicionada por las características propias de las organizaciones en sus contextos (Sánchez et ál., 2018).

Prueba piloto: se remite a un estudio corto y limitado de validez y factibilidad, que tiene como objetivo probar la coherencia del contenido de una propuesta para la identificación de posibles mejoras antes de ser implementada (Hernández et ál., 1998).

Introducción

En el contexto de las instituciones de salud, el mejoramiento continuo ha cobrado relevancia como parte de la transformación organizacional, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la interacción y conexión entre los distintos actores que integran las estructuras. No obstante, aunque existen mecanismos para evaluar el desempeño organizacional desde la perspectiva gerencial y táctica, estos no consideran de manera directa la percepción de los colaboradores, quienes son los actores clave en la consolidación de una cultura orientada al mejoramiento continuo.

Los antecedentes identificados y la fundamentación teórica se centran en el compromiso y la cultura organizacional desde una perspectiva que promueve la cohesión en torno al reconocimiento y valoración de las capacidades y habilidades de los colaboradores. Sin embargo, esta visión tiende a dejar de lado una reflexión consciente y crítica de las acciones realizadas por la misma organización.

La cultura del mejoramiento continuo se ha posicionado como un eje estratégico en las organizaciones, especialmente en el sector salud, donde la calidad del servicio y la satisfacción del paciente dependen en gran medida del compromiso y la participación de los colaboradores. Su rol como agentes de cambio resulta fundamental para impulsar prácticas orientadas al aprendizaje, la transformación cultural y la mejora sostenida, a pesar de su relevancia, actualmente no existen instrumentos específicos que permitan medir esta cultura desde la percepción de los colaboradores. Por ello, se identifica la necesidad de diseñar un instrumento que permita comprender el nivel de apropiación del mejoramiento continuo, detectar barreras, establecer estrategias y contribuir de manera significativa a la toma de decisiones y al fortalecimiento del sistema de gestión de calidad en las instituciones de salud acreditadas.

El diseño del instrumento de medición se estructuró con base en la definición de dimensiones y variables, a partir de las cuales se formularon los ítems correspondientes, respaldados por referentes teóricos, el Manual de Acreditación en Salud y la experiencia de profesionales del sector salud. Posteriormente, el instrumento fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos y prueba piloto, lo que respalda rigurosidad metodológica y potencial utilidad práctica en distintos contextos institucionales, tanto acreditados como en proceso de acreditación o con enfoque en la gestión de calidad.

El presente documento de investigación se encuentra estructurado en seis capítulos. En el primero se presenta el planteamiento del problema, justificación y los objetivos de la investigación. El segundo capítulo desarrolla el marco referencial en torno al estado del arte, los antecedentes investigativos, el marco teórico y el marco conceptual que sustentan la propuesta. En el tercer capítulo se describe el diseño metodológico, detallando el tipo y enfoque de investigación, las fuentes de información, los mecanismos de validación, así como los métodos de recolección y análisis de la información. El cuarto capítulo expone los resultados relacionados con la identificación de dimensiones y variables, el diseño del instrumento y su respectiva validación. El capítulo cinco aborda las dificultades encontradas durante el desarrollo de la investigación, y el capítulo seis presenta las posibles barreras o limitantes para la aplicación del instrumento en contextos organizacionales. Finalmente, se abordan las recomendaciones y conclusiones de la investigación.

1. Diseño de un instrumento para la medición de la cultura de mejoramiento continuo en los colaboradores de institución de salud acreditada en Floridablanca- Santander

1.1. Planteamiento del problema

En el contexto actual de la atención médica, caracterizado por avances tecnológicos constantes, cambios demográficos y expectativas crecientes de los pacientes, las instituciones de salud enfrentan desafíos significativos para mantener altos estándares de calidad y eficiencia en la prestación de servicios. En este sentido, las organizaciones sanitarias han implementado diversos Sistemas de Gestión de Calidad, como el propuesto en la Norma ISO 9001, el Modelo de Acreditación Internacional en Salud de la Joint Commission International (JCI), el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM), entre otros, los cuales fueron influenciados por la *Gestión de la Calidad Total*, cuyo principio rector es el mejoramiento continuo (Uris, 2009) y sirven como herramientas para abordar estos desafíos y garantizar la excelencia en la atención al paciente.

El mejoramiento continuo debe ser una filosofía institucional en las organizaciones para prestar servicios con calidad y excelencia; debe significar un hábito del día a día, es decir, ser un elemento clave de la cultura organizacional, la cual es definida como “el conjunto de creencias y significados naturalizados por los miembros de la organización” (García, 2006) y cuyo logro es un reto importante, ya que requiere tiempo para su desarrollo, asignación de recursos y el uso de herramientas que permitan que el cambio forme parte de la actividad diaria.

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de los servicios de Salud busca “Generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de

Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (SIC).

El componente del SUA es considerado como una herramienta de mejora continua para que las instituciones de salud avancen gradualmente a niveles superiores de calidad (Rodríguez, 2020). Según las cifras del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC (2025) en Colombia, 62 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) están acreditadas y 7 de ellas con Excelencia. El alcance de la acreditación con excelencia supone para las instituciones una transformación cultural de largo plazo, fruto del proceso sistemático y estructurado de mejora continua que propone el Modelo de Acreditación en Salud.

El bajo número de IPS con excelencia y el éxito no sostenido en el tiempo de los estándares de calidad alcanzados pueden ser el resultado de una gestión inadecuada de aspectos organizacionales claves, como la falta de compromiso de los colaboradores y/o de alta dirección, la resistencia al cambio, un liderazgo ineficaz, la asignación insuficiente de recursos, la falta de retroalimentación y evaluación de la mejora, la falta de conciencia en la identificación y cierre de brechas, además, de una cultura organizacional inmadura o carente de un enfoque sistemático hacia el mejoramiento continuo.

Que las instituciones de salud mantengan su categoría de acreditadas sin excelencia, no implica falta de avance o progreso. De hecho, que el 11% de las instituciones acreditadas hayan trascendido al nivel de excelencia, refleja que se debe seguir trabajando para que los resultados de la organización se transformen en cultura de calidad y se aseguren en el tiempo como establece el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia.

Actualmente, las instituciones acreditadas gestionan su mejoramiento implementando acciones que surgen de los resultados de la aplicación de mecanismos de medición de perspectiva

gerencial y táctica, como los indicadores de desempeño, el cumplimiento de planes estratégicos, la satisfacción del cliente y el alcance de reconocimientos y certificaciones, entre otros mecanismos que no incluyen directamente la percepción de los colaboradores, impidiendo identificar, medir y evaluar aspectos clave desde su perspectiva e ignorando que son los principales actores en la filosofía y cultura del mejoramiento continuo.

De no replantearse esta situación, las instituciones de salud acreditadas en Colombia enfrentarán dificultades tanto para avanzar hacia la excelencia como para el mantenimiento de los estándares superiores de calidad alcanzados, ya que su cultura de mejoramiento se ve comprometida, poniendo en riesgo la satisfacción del paciente y su familia, la reputación y prestigio institucional, así como el éxito sostenido a largo plazo.

Se propone como posible solución, medir la cultura de mejoramiento en las instituciones de salud acreditadas mediante un instrumento dirigido a los colaboradores que incluya dimensiones y variables como factores contributivos. La aplicación de este instrumento permitirá obtener una evaluación precisa de la brecha entre la cultura actual y la deseada; con esta información, se podrán diseñar e implementar acciones específicas y efectivas, alineadas con los rasgos y elementos claves de la cultura organizacional, que promuevan y logren cambios tangibles en las prácticas diarias de los colaboradores con miras a la excelencia.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo puede una institución de salud acreditada en Floridablanca - Santander, medir la cultura de mejoramiento continuo en los colaboradores?

1.3. Sistematización del problema

¿Cuáles dimensiones y variables permiten evaluar la cultura de mejoramiento continuo en las instituciones con acreditación en salud?

¿Qué instrumento permite medir la cultura de mejoramiento continuo una institución de salud acreditada?

¿Cómo puede ser validado el contenido y las propiedades psicométricas del instrumento de medición propuesto?

1.4. Justificación

El mejoramiento continuo se ha venido consolidando desde la transformación de las mismas organizaciones, y esto ha dado paso a que se identifique la necesidad de interacción y conexión entre los diferentes actores de la estructura organizacional. La implicación, compromiso y participación de los colaboradores son aspectos clave para lograr comprender en forma sistémica la apropiación del mejoramiento en todos los niveles de la organización, ya que el mejorar se han convertido en parte de las filosofías institucionales de gestión para la eficiencia, la productividad, la competitividad, la sostenibilidad corporativa, la calidad de los productos o servicios, y la satisfacción del cliente y de los mismos colaboradores.

Para el contexto de estudio, la calidad de los servicios ofrecidos y la satisfacción de los usuarios de las instituciones de salud se ven directamente influenciadas por la internalización de la cultura de mejoramiento entre los colaboradores, ya que, al estar comprometidos y conscientes de la mejora, adquieren el rol de agentes de cambio y progreso constante en todos los procesos y actividades de la organización mediante la puesta en marcha de nuevas dinámicas y prácticas que contribuyan al aprendizaje, al crecimiento y a la transformación cultural, en coherencia con los

desafíos del entorno.

El mejoramiento continuo proviene de un proceso de autoevaluación, que implica la reflexión consciente y crítica de las acciones realizadas por una organización; es necesario desarrollar este proceso de manera continua, analítica y participativa con el fin de establecer metas y objetivos que permitan mejorar el desempeño y los resultados de la organización; en torno a esto, se hace importante realizar una medición confrontada con la realidad acerca del actuar y el sentir de los colaboradores como principales actores de la mejora, a partir de la percepción que tienen de concebir la organización como un todo homogéneo orientado a la estructura, los procesos, la medición de resultados y la articulación entre los mismos.

Dado que la literatura existente se centra en instrumentos de medición de la cultura organizacional, lo cual no constituye el objetivo de este estudio, se hace evidente la necesidad de contar con una herramienta que evalúe específicamente la cultura de mejoramiento a partir de la apreciación de los colaboradores. En este sentido, la iniciativa de consolidar dimensiones y variables que permitan evaluar este aspecto resulta necesaria, considerando que los procesos de mejoramiento continuo requieren de iniciativa, tiempo y compromiso de cada miembro de la organización.

Desde este enfoque, considerar la evaluación de la cultura de mejoramiento no solo responde a las necesidades de la institución, sino también se hace necesario como insumo para la toma de decisiones y para la identificación de barreras que podrían estar inhibiendo el progreso.

Esta propuesta de medición cobra relevancia desde la intencionalidad que asumen los estándares de mejoramiento de la calidad para la acreditación en salud, ya que desde su cumplimiento se espera que el proceso de calidad integre de manera coordinada todas las áreas de la organización en su objetivo de mejora, con el fin de garantizar efectividad y eficiencia; también

se considera que la calidad debe estar completamente integrada en los procesos organizacionales, y por ende, el mejoramiento organizacional experimente una transformación en torno a la cultura de la calidad; otro resultado esperado se remite a que los procesos de mejora generen aprendizaje tanto para la organización como para el sistema en general, todo esto contribuye a garantizar la seguridad y la eficacia de la atención brindada a los pacientes.

El diseño de este instrumento podrá tener un impacto potencial en la mejora de la calidad de la atención en salud, ya que permitiría evaluar e identificar oportunidades y fortalezas, así como establecer estrategias de mejora, identificar brechas y la poner en marcha de iniciativas para alcanzar los comportamientos deseados. En este sentido, la propuesta de un instrumento de medición validado que permita medir la cultura de mejoramiento continuo entre los colaboradores de una institución de salud acreditada se considera como una contribución significativa al campo de la gestión de la calidad en salud.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Desarrollar un instrumento para la medición de la cultura de mejoramiento continuo en una institución de salud acreditada en Floridablanca - Santander.

1.5.2. Objetivos específicos

Identificar las dimensiones y variables que permiten evaluar la cultura de mejoramiento continuo en instituciones con acreditación en salud.

Diseñar el instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo según las dimensiones y variables identificadas.

Validar el instrumento de medición definido mediante la aplicación de juicio de expertos y una prueba piloto en una institución de salud acreditada en Floridablanca - Santander.

2. Marco referencial

2.1. Estado del arte

2.1.1. El mejoramiento continuo en las instituciones de salud en Colombia

En los últimos años, el sector salud en Colombia ha experimentado transformaciones notables orientadas al mejoramiento continuo de las instituciones prestadoras de servicios, reflejando un esfuerzo concertado para modernizar y mejorar el sistema sanitario del país.

Desde la Ley 100 de 1993 en Colombia se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), modelo de aseguramiento que amplió la cobertura y mejoró la calidad de los servicios de salud en el país. Dicho sistema es reconocido como el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio de salud para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención. Está integrado por el Estado, representado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), así como las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud (Congreso de la República de Colombia, 1993).

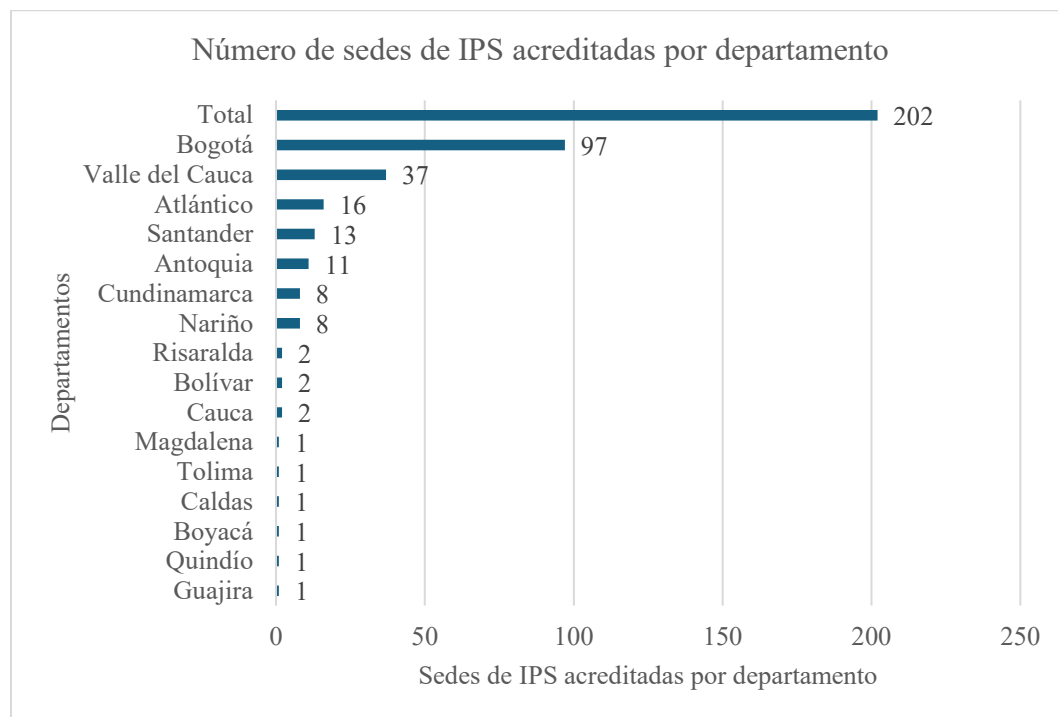
Después, hacia 2006 con la regulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que busca preservar y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, a través del desarrollo de sus componentes interrelacionados de manera continua: SUH, PAMEC, SIC y el SUA. El punto de partida de la calidad es el SUH que corresponde al cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa para el registro y funcionamiento de las IPS.

EL PAMEC es el mecanismo estructurado y continuo de evaluación de los estándares de calidad y mejoramiento continuo observados frente a calidad esperada. El SIC es el sistema de información mediante el que se monitorea la calidad en salud con indicadores, apoyando la toma de decisiones basada en evidencia para mejorar la atención médica.

El SUA es definido como “el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, [...]” (Presidencia de la República, 2006). Este es un componente voluntario para las instituciones de salud, a diferencia de los anteriores que son obligatorios.

La primera institución acreditada en salud en Colombia fue la Fundación Cardiovascular de Colombia (FCV), ubicada en la ciudad de Floridablanca, en el año 2005. Según cifras del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS (2025), en el país existen 59.860 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) registradas de todos los niveles de complejidad, de las cuales 62 están acreditadas por ICONTEC. De estas, 17 son instituciones públicas, 43 privadas y 2 de carácter mixto, con un total de 202 sedes distribuidas en 15 departamentos del país (ICONTEC, 2025).

Del total de sedes acreditadas, el 48 % se encuentran en Bogotá, el 18,3 % en el Valle del Cauca, el 7,9% en el Atlántico, el 6,4% en Santander, el 5,4% en Antioquia, el 4 % en Cundinamarca y el 4% en Nariño. Además, los departamentos de Cauca, Bolívar y Risaralda concentran cada uno el 3 % de las sedes (dos sedes por departamento), y el 3 % restante se distribuye entre La Guajira, Quindío, Boyacá, Tolima y Magdalena, con una sede acreditada en cada uno, según se muestra en la figura 1.

Figura 1. No de IPS acreditadas por Departamento en Colombia

Nota: Listado completo de IPS Acreditadas
Adaptado de ICONTEC (2025)

La primera IPS con acreditación con excelencia fue el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, hacia el año 2008. Actualmente 7 IPS tienen acreditación con excelencia, las cuales se distinguen porque han trascendido el nivel superior de calidad que propone el estatus de acreditado en salud, ya que tienen los rasgos distintivos de gobierno corporativo y clínico de alto nivel, personal suficiente e idóneo, desempeño claro en los atributos de la calidad priorizados por el sistema de acreditación, un esquema de referencia sólido, desarrollo de centros de excelencia, gestión del conocimiento en el que se incluye la investigación, sistemas de información desarrollados y efectivos e indicadores con resultados, infraestructura y tecnología superiores, entre otros (Rodríguez, 2020).

En la tabla 1 se muestra la relación de las IPS con acreditación nacional con Excelencia y, a su vez, que cuentan con la certificación internacional otorgada por la Joint Commission International (JCI). Estas dos distinciones son las más prestigiosas en el ámbito de la salud en cuanto a mejoramiento continuo. La acreditación nacional con Excelencia se destaca por su rigor en la evaluación de estándares locales y la mejora de la calidad en el contexto nacional. Por otro lado, la certificación JCI la cual se considera una de las mejores por sus rigurosos estándares internacionales y enfoque en la mejora continua, lo que garantiza altos niveles de calidad y seguridad en la sanidad.

Tabla 1. *Relación de IPS con Acreditación Nacional con Excelencia y Joint Commission International*

IPS	Acreditación nacional - Primera vez	Acreditación nacional con excelencia	Acreditación JCI
Fundación Cardiovascular de Colombia	2005	2022	2009
Hospital Pablo Tobón Uribe	2005	2008	2015
Clínica Imbanaco	2006	2020	2017
Fundación Santa Fé de Bogotá	2008	2015	2010
Fundación Valle del Lili	2010	2012	2024
Instituto Roosevelt	2011	2020	No cuenta con esta acreditación
Clínica Reina Sofía de Clínica Colsanitas SA	2011	No cuenta con este nivel	2023
Fundación Cardioinfantil	2013	2025	2013

Nota: Listado completo de IPS Acreditadas

Adaptado de ICONTEC (2025)

La ruta crítica hacia la acreditación en el sector de la salud comienza con la decisión de la alta dirección de la institución de buscar este reconocimiento. Esta decisión refleja un compromiso firme con la mejora continua de la calidad de la atención médica y la prestación de servicios de

salud de excelencia. La alta dirección establece las prioridades y asigna recursos para iniciar el proceso de acreditación, lo que incluye la realización de la autoevaluación utilizando herramientas como la hoja radar. Esta fase inicial es fundamental, ya que sienta las bases para el desarrollo de un plan estratégico de mejoramiento continua que guiará a la institución a lo largo de su camino hacia la acreditación y más allá, promoviendo una cultura organizacional centrada en la calidad y la seguridad del paciente.

Durante todo el proceso, se enfatiza la importancia de la retroalimentación continua y la revisión de los procesos para garantizar que se mantenga el enfoque en la calidad y se aborden de manera efectiva todas las áreas clave. La acreditación no solo es un hito en sí misma, sino que también marca el inicio de un viaje continuo hacia la excelencia en la atención médica y el mejoramiento constante de la calidad de los servicios de salud.

La acreditación ha desempeñado un papel crucial en la mejora de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) acreditadas en Colombia, situándolas entre las mejores de Latinoamérica y el mundo. Según el ranking de clínicas y hospitales de la revista *América Economía* (2023), cuatro clínicas colombianas que cuentan con acreditación se ubicaron en el top 15 de América Latina. Este reconocimiento destaca el compromiso de estas instituciones con la excelencia en la atención médica y la calidad de los servicios ofrecidos, consolidando así su prestigio a nivel regional e internacional.

En cuanto a tendencia de mejoramiento continuo, hace un poco más de una década en Colombia se han venido utilizando los principios y las herramientas *Lean Manufacturing* aplicadas al sector salud, las cuales buscan alcanzar una gestión hospitalaria eficaz y eficiente. Las instituciones de salud acreditadas se destacan en este tema como lo demuestra la siguiente investigación que desarrolló un proyecto de mejora continua en el servicio de Neurocirugía en

Urgencias del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) ubicado en Bogotá, en donde se aplicaron las herramientas Andon y Kanban en el que se logró reducir el tiempo en espera en un 62,5% ya que pasó de ser de 2 horas 28 minutos a 55 minutos (Garzón et ál., 2020).

2.2. Antecedentes

Después de llevar a cabo una detallada búsqueda sobre los instrumentos utilizados para evaluar la cultura de mejoramiento continuo en instituciones de salud acreditadas, no se encontraron investigaciones específicas a nivel internacional, nacional ni local. Ante esta ausencia de información, las investigadoras decidieron enfocarse en la exploración de estudios relacionados con instrumentos utilizados para medir la mejora continua o la cultura organizacional en instituciones de salud, entre otros sectores, lo que le permitirá establecer un punto de partida para la identificación de dimensiones y variables relevantes, así como para la construcción y validación de un instrumento específico para evaluar la cultura de mejoramiento continuo en instituciones de salud acreditadas.

2.2.1. Antecedentes en el ámbito internacional

En su tesis titulada “Motivación laboral y compromiso organizacional en personal de enfermería del servicio de emergencia de un Hospital Público de Chiclayo-2023”, Paredes (2023) concluyó que existe una relación significativa entre las variables objeto de estudio. Para ello, aplicó dos cuestionarios valorados mediante una escala tipo Likert en el que la variable *Motivación Laboral* fue evaluada con base en las dimensiones propuestas por McClelland, a través de un instrumento compuesto por 40 ítems; mientras que la variable *Compromiso Organizacional* se abordó según las dimensiones de Meyer y Allen, mediante un cuestionario de 18 ítems.

Aunque ambos instrumentos contaban con validación previa por parte de sus autores originales, fueron sometidos a un proceso adicional de validación por juicio de expertos, en el que participaron tres especialistas con formación de posgrado. Para este proceso se utilizó una ficha de validación de contenido que permitió evaluar la pertinencia de los ítems en relación con los objetivos, dimensiones e indicadores del estudio, bajo las categorías: Suficiente, Medianamente suficiente e Insuficiente. Asimismo, se evaluó la redacción de cada ítem como Adecuada o Inadecuada. Como resultado, los expertos calificaron en un 100 % la pertinencia como suficiente y la redacción como adecuada.

Además, se realizó una prueba piloto en otro hospital de la ciudad de Chiclayo, aplicada a 10 profesionales de enfermería. El análisis de confiabilidad, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, arrojó resultados superiores a 0,7 en ambos cuestionarios, calificando su fiabilidad como altamente confiable. Finalmente, los instrumentos fueron aplicados a una muestra de 108 enfermeros, contando con la autorización correspondiente del director del hospital donde se desarrolló el estudio.

Este antecedente constituye un referente metodológico pertinente para la presente investigación, ya que evidencia la utilidad del juicio de expertos y de la prueba piloto como estrategias metodológicas para garantizar la validez y confiabilidad de instrumentos de medición. En particular, la experiencia de Paredes (2023) respalda la aplicación de una metodología estructurada para la evaluación de la pertinencia y redacción de ítems del cuestionario.

La cultura organizacional es un factor clave para impulsar la productividad, la competitividad y el cambio en las organizaciones. En su estudio, Patlán et ál. (2021) diseñaron la Escala de Tipos de Cultura Organizacional (ETCO), instrumento que mide 12 tipos de cultura y 3 valores organizacionales, permitiendo determinar el perfil cultural de las organizaciones.

Esta escala fue validada, confiabilizada y estandarizada con el propósito de diagnosticar y evaluar la cultura organizacional en el ámbito empresarial. Para ello, los autores realizaron inicialmente una revisión de la literatura, en la que definieron el concepto de cultura organizacional y analizaron modelos y escalas de medición existentes. Además, aplicaron la técnica de redes semánticas naturales (RSN) para identificar los significados psicológicos asociados al constructo en una muestra de 50 trabajadores mexicanos.

A partir de estos insumos, diseñaron 312 reactivos: el 50% proveniente de la revisión de la literatura y el otro 50% de la aplicación de la técnica RSN. Posteriormente, la escala fue validada por 50 expertos en psicometría y psicología organizacional. Con base en los resultados obtenidos, los autores elaboraron la versión definitiva de la escala, compuesta por 240 reactivos, además de incluir variables sociodemográficas. Utilizaron una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo.

Finalmente, la escala fue pilotada en 521 trabajadores de empresas mexicanas, proceso que permitió depurarla hasta llegar a una versión final de 92 reactivos. Los niveles de interpretación de los tipos de cultura organizacional fueron definidos como: muy fuerte, fuerte, moderadamente fuerte, moderadamente débil, débil y muy débil.

El proceso metodológico seguido por estos autores tiene un valor significativo para esta investigación, ya que su enfoque sistémico en el diseño y validación del instrumento de medición proporciona un modelo que pudo ser replicado y adaptado en esta tesis, con el fin de desarrollar un instrumento confiable y válido para medir la cultura de mejoramiento continuo.

La relación entre la cultura y el rendimiento organizacional ha sido objeto de análisis en la literatura académica durante años; Akpa et ál. (2021) realizaron una revisión exhaustiva de la literatura sobre este tema en el artículo denominado “Organizational Culture and Organizational

Performance: A Review of Literature”, en el que se destaca cómo la cultura dentro de las organizaciones influye de manera significativa en su desempeño; los autores argumentan que, una cultura organizacional sólida alineada con los valores y objetivos de la organización puede conducir a la satisfacción laboral, la productividad y por ende al mejoramiento continuo; y que por el contrario, una cultura desfavorable puede resultar en bajos niveles de compromiso y rendimiento, afectando negativamente los resultados organizacionales.

La revisión de literatura presentada no solo resalta la importancia de comprender los componentes de la cultura organizacional, sino que también sugiere orientaciones futuras para la investigación y práctica en ese ámbito, enfatizando la necesidad de que las organizaciones evalúen y gestionen su cultura para obtener ventajas competitivas sostenibles.

El artículo en mención proporciona un marco teórico consolidado en la teoría de cultura organizacional de Shein, el modelo de cultura organizacional de Denison y la teoría de excelencia organizacional, que respalda el diseño de un instrumento para la evaluación de la cultura, pues al determinar la relación entre este aspecto y el desempeño organizacional, los autores destacan dimensiones relevantes como la comunicación, el liderazgo y los valores compartidos, los cuales influyen en los resultados organizacionales.

Este antecedente es de relevancia para el objeto de esta investigación, ya que permite identificar variables clave de la cultura enfocadas a la ética del colaborador, la coherencia y adaptabilidad, y un sistema de comunicación eficaz, los cuales deben ser evaluadas para fomentar un entorno de mejora continua.

En su investigación titulada “Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study”, Mesfin et ál. (2020) resaltan la importancia de comprender el vínculo entre la cultura

organizacional y el nivel de satisfacción de los trabajadores en los sistemas de salud, ya que se requiere alcanzar una transformación cultural mediante modificaciones en la estructura y los procedimientos para mejorar la calidad y el rendimiento de los sistemas de salud.

Para evidenciar este vínculo, se llevó a cabo un estudio transversal en cuatro hospitales primarios de la zona de Jimma, Etiopía. Se aplicó un instrumento de medición dirigido a trabajadores de la salud, que evaluó las características demográficas de los entrevistados, así como su percepción de la cultura organizacional y la satisfacción laboral. Para medir la cultura organizacional, se utilizó el instrumento OCAI, cuya definición de sus siglas en inglés es Organizational Culture Assessment Instrument; adaptado de Cameron y Quinn, que abarca cuatro dimensiones: clan, adhocracia, mercado y jerarquía, y seis dominios: características dominantes, liderazgo organizacional, gestión de empleados, vinculación organizacional, énfasis estratégico y criterios de éxito. Además, la satisfacción laboral se evaluó mediante un cuestionario adaptado de una investigación estadounidense que incluye cinco dominios: sentimientos sobre el hospital, apoyo a la calidad, supervisión, comunicación y relaciones laborales.

Los resultados del estudio revelaron que la cultura de Adhocracia fue la tipología organizacional preferida, mientras que la cultura jerárquica fue la menos valorada, lo que evidenció un desajuste significativo entre las culturas organizacionales percibidas y las deseadas, coincidiendo con que la cultura existente era la jerárquica. Además, la cultura de clan percibida mostró una correlación positiva y significativa con la satisfacción de los trabajadores, quienes presentaron un nivel de satisfacción laboral bajo a medio por lo que se debieron implementar acciones de mejoramiento.

Este antecedente refuerza la importancia de medir la cultura en las instituciones de salud para fomentar el mejoramiento continuo. La comprensión de estas dinámicas culturales es esencial

para alcanzar una transformación que no solo beneficie al personal, sino que también mejore la calidad y el rendimiento del sistema de salud en su conjunto. Además, valida el uso de un instrumento de medición de la cultura organizacional que incluye variables relevantes, que podrán ser utilizadas para evaluar la cultura de mejoramiento en esta investigación.

2.2.2. Antecedentes en el ámbito nacional

En el contexto actual de globalización y competitividad, las organizaciones se enfrentan a la necesidad de mejorar constantemente sus procesos para brindar calidad en sus servicios y productos, de acuerdo a esto, la cultura de mejoramiento no solo implica la implementación de herramientas, sino que requiere un cambio de mentalidad en todos los miembros de la organización, pues la transformación cultural se traduce en la adopción de prácticas que fomenten la innovación, la proactividad y la responsabilidad compartida en la búsqueda de la excelencia; en coherencia con lo anterior, se tomó como referencia el artículo de investigación denominado “Cultura del mejoramiento continuo en el mantenimiento del sistema de gestión de calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud” (Reyes, 2022), cuyo objetivo fue promover la cultura organizacional de la mejora continua como principio de la sostenibilidad del sistema de gestión de calidad en instituciones prestadoras del servicio de salud.

En coherencia con lo descrito por la autora, se determina que, la cultura organizacional funciona como mecanismo que puede dificultar o facilitar el correcto desarrollo de los procesos dentro de la organización promoviendo la integralidad de las creencias y valores, brindando identidad a cada uno de los colaboradores e integrándolos como miembros de la institución. El concepto presentado de cultura organizacional se compone de factores dinámicos: la gestión y liderazgo de la alta gerencia, la estructura y la composición de la organización, así mismo la cultura

ha cobrado relevancia en el desarrollo y progreso fomentado la competitividad, eficiencia y eficacia de las empresas.

El artículo en mención fue desarrollado mediante una metodología cuantitativa, basada en la revisión documental de textos de tipo narrativo, histórico y empírico, los cuales estaban ampliamente relacionados con los aspectos de la cultura organizacional, el clima laboral, la mejora continua y la conciencia institucional. Los hallazgos más significativos evidencian cómo la cultura organizacional impacta en la realización de actividades que favorecen el cumplimiento y la consecución de los objetivos de la institución, enfocándose en el adecuado funcionamiento del sistema de gestión de calidad, en lugar de limitarse únicamente al cumplimiento de requisitos.

De acuerdo este, este artículo aporta un valioso marco teórico para el desarrollo de la presente investigación ya que destaca la importancia de establecer una cultura organizacional que fomente la mejora continua como elemento esencial para mantener y optimizar la calidad en la atención sanitaria. Además, proporciona enfoques y metodologías que pueden ser utilizados para evaluar y fortalecer dicha cultura dentro del contexto colombiano, lo que facilitará el desarrollo de un instrumento que no solo mida la actual cultura de mejoramiento continuo, sino que también ofrezca recomendaciones para su fortalecimiento y sustentabilidad en el tiempo.

Ramos et ál. (2021) en el estudio titulado “Percepción de los sistemas de gestión de calidad desde la cultura organizacional: caso Universidad de Cartagena”, proporciona un análisis sobre cómo la cultura organizacional influye en la percepción de los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) en el ámbito académico. Este estudio fue desarrollado mediante una metodología de tipo descriptivo y con un enfoque cualitativo, para lo cual se llevó a cabo la estructuración y validación de un instrumento que a su vez fue aplicado, y en el que los resultados revelaron que la cultura organizacional está intrínsecamente relacionada con el funcionamiento de los SGC, destacando un

papel crucial en la prestación de un servicio de calidad.

El instrumento se basó en el modelo propuesto por López et ál. (2010), que establece tres categorías principales para medir el impacto cultural de la implementación de un SGC: (1) el funcionamiento del sistema y su impacto en los cambios culturales, (2) la influencia de estos cambios culturales en la calidad del servicio, y (3) los resultados de mejora obtenidos. A partir de las conclusiones obtenidas, los autores destacaron que, la cultura organizacional es un factor determinante que puede facilitar o dificultar la implementación de los SGC en las instituciones educativas; a través de un enfoque cualitativo, el estudio examina las percepciones de los diferentes actores implicados en el proceso educativo, revelando hallazgos que sugieren la importancia de una cultura organizacional abierta al cambio y colaborativa para una mejor adaptación a los SGC y el fomento de un ambiente favorable para la innovación y el aprendizaje continuo.

Este estudio se toma como antecedente para el presente proyecto, ya que reafirma el impacto de la implementación de un SGC en la cultura organizacional, además, evidencia cómo la percepción y la adopción de prácticas de calidad se encuentran influenciadas por la cultura interna de la organización, lo que sugiere que, para implementar un enfoque de mejoramiento continuo, es esencial evaluar y comprender la cultura existente.

Así mismo, el instrumento aplicado proporciona posibles preguntas que podrán considerarse en el instrumento a diseñar: “¿Considera que la implementación del Sistema de Gestión de Calidad ha modificado los hábitos y las costumbres del personal en sus prácticas laborales?” o “¿En qué medida los resultados obtenidos en los procesos de calidad han favorecido la generación de una cultura de calidad en la Institución?”.

Zapata y Saturno (2018) realizaron la adaptación y validación psicométrica del instrumento y cuestionario *Model for Understanding Success in Quality* (MUSIQ) para analizar el

entorno de mejora de la calidad y la acreditación de hospitales en Colombia, el cual incluye las dimensiones de contexto: ambiente, macrosistema (características del ambiente externo), microsistema (operación de los servicios) y el equipo de calidad, que contemplan la cultura para el mejoramiento continuo en la organización. El instrumento fue estructurado en 23 elementos medidos a través de 35 variables; así mismo, se realizó una adaptación idiomática y transcultural con el fin facilitar la aplicación en países hispanohablantes.

El proceso de mejora de la calidad en los hospitales es fundamental para garantizar la atención segura de los pacientes, en este sentido, la acreditación hospitalaria se ha convertido en un indicador de la capacidad de estas instituciones para cumplir con estándares de calidad asistencial, sin embargo, se ha identificado que, para llevar a cabo una evaluación del estado y las necesidades de mejora, es necesario contar con instrumentos que faciliten una análisis y generen evidencia para comprender el rol del contexto y de los elementos que lo integran en la mejora de la calidad de los servicios de salud.

A través del análisis realizado para el seguimiento y evaluación de las condiciones contextuales orientadas a la acreditación, este estudio permitió identificar aquellos aspectos del contexto que favorecen el éxito en la mejora de la calidad en hospitales, estos aspectos incluyen: cuatro elementos para la dimensión Ambiente, ocho elementos para la dimensión de Macrosistema, entre los cuales se destacan: liderazgo directivo, existencia de gerente de calidad, madurez organizacional, disponibilidad de recursos, sistemas de información, estabilidad laboral, cultura en la organización y prioridad para el desarrollo del talento humano.

La dimensión Microsistema se compone de cinco elementos: motivación, capacidades en uso de herramientas e involucramiento de médicos para el mejoramiento de la calidad y liderazgo-cultura para el mejoramiento de la calidad; y finalmente, la dimensión Equipo de Calidad se

proyecta con seis elementos, dentro de los que se destacan: liderazgo para gestionar la calidad, diversidad del equipo de calidad, experiencia y conocimiento específico, habilidades en técnicas y procedimientos para el mejoramiento de la calidad y estabilidad del equipo.

Este antecedente nacional es de gran relevancia para la propuesta de desarrollo de esta investigación, ya que replantea los elementos y factores del contexto, específicamente para las necesidades de instituciones de salud, este antecedente no solo refuerza la necesidad de contar con herramientas específicas que evalúen la cultura institucional, sino que también aporta una base metodológica que puede ser implementada en la nueva propuesta.

2.2.3. Antecedentes en el ámbito local

Con el objetivo de evaluar el estado de la cultura organizacional y su enfoque hacia la innovación en una institución de salud que considera la cultura de innovación como parte de su estrategia empresarial, Villabona (2024) desarrolló su trabajo de grado titulado “Diagnóstico y propuesta de mejoramiento de la cultura de innovación en el ecosistema de la Fundación Cardiovascular de Colombia”. Tras revisar la literatura, identificó cuatro herramientas para evaluar la cultura de innovación: el Denison Organizational Culture Survey (DOCS), la herramienta de evaluación de Schein, el Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) y el Innovation Quotient (IQ) de Rao y Weintraub.

Se eligió la herramienta *Innovation Quotient* (IQ) tras una evaluación cuantitativa a criterio del autor, quien consideró que esta herramienta ofrece un soporte técnico validado y cuenta con gran aceptación y referencias en cuanto a su aplicabilidad y proceso de calificación. Además, permite un análisis real de la madurez de la cultura de innovación en las organizaciones. La herramienta se compone de dos dimensiones: emocional (de negocio) y racional (de personas),

que se evalúan a través de seis bloques fundamentales: Valores, Conductas, Clima, Recursos, Procesos y Resultados. Los primeros tres bloques corresponden a la dimensión emocional, mientras que los tres últimos pertenecen a la dimensión racional. Cada bloque incluye tres factores, lo que suma un total de 54 preguntas.

La herramienta se aplicó a una muestra de trabajadores de todos los niveles a través de Redcap (Research Electronic Data Capture). Los resultados mostraron que la FCV posee una cultura de innovación sólida, atribuida a sus esfuerzos por convertirse en una empresa innovadora. Con base en estos hallazgos, el autor propuso el “Programa de la Cultura de Innovación Innova y Crea”.

Este antecedente es de gran valor para la presente investigación, ya que presenta las dimensiones (racional y emocional) y variables de un instrumento de medición cultural que puede aplicarse a otras culturas, como la del mejoramiento, con factores ajustados a las particularidades de cada contexto. Además, el autor destaca que esta metodología aborda diversas temáticas y elementos que, por lo general, no se consideran al realizar mediciones, lo que permite un amplio cubrimiento de aspectos culturales. Esta aproximación integral es esencial para una comprensión más profunda de las dinámicas culturales involucradas.

Mendoza et ál. (2021) en la investigación denominada “Relación entre la cultura organizacional, la satisfacción laboral y el *engagement* en el sector confecciones de Piedecuesta, Santander” buscó profundizar en la interrelación existente entre los aspectos mencionados, para ello se establecieron las dimensiones de cada una de las variables estudiadas relacionadas con la cultura organizacional, que incluyen características dominantes, liderazgo, estilo de gestión, cohesión organizacional, énfasis estratégico y criterios de éxito mediante el cuestionario OCAI. En lo relacionado con la satisfacción laboral, se definió a través de aspectos como las condiciones

de trabajo, la participación en la toma de decisiones, la relación con los superiores, el trabajo en equipo y el reconocimiento, aplicando el cuestionario de satisfacción laboral S20/23. Por otro lado, el *engagement* se evaluó mediante las dimensiones de vigor, dedicación y absorción, usando el cuestionario UWES-17.

A partir del análisis de relacionamiento de estas variables mediante la correlación de Spearman, se identificó la necesidad del fomento de las buenas relaciones y la eliminación de brechas que puedan existir entre el trabajador y el empleador para fortalecer las relaciones; por otro lado, se destacó el recurso humano como componente clave dentro de la organización, y, por ende, de las estrategias que pueda implementar la empresa en pro del mejoramiento. Como aspecto trascendental, la satisfacción del colaborador con la realización de sus labores diarias permite el buen desempeño y el cumplimiento de objetivos en los planos temporales especificados.

El anterior artículo es tomando en cuenta como antecedente de la presente investigación, ya que permite identificar dimensiones que generan impacto en la medición de la cultura de las organizaciones, y también, consolida una base teórica que permite comprender cómo la cultura es influenciada por elementos como la satisfacción laboral y el *engagement*, los cuales se consolidan como aspectos para tener en cuenta en la propuesta de preguntas de medición que pueden ser relevantes en el contexto de una institución de salud.

Valderrama et ál. (2018) desarrollaron una investigación titulada “Factores que interfieren en la transformación cultural en el proceso de acreditación de la E.S.E. hospital local de Piedecuesta”, que buscó principalmente analizar los aspectos que afectan la transformación cultural institucional en el proceso de acreditación de la institución objeto de estudio, la metodología utilizada fue mediante estudio de caso, y la recolección de información fue desarrollada a través de la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas a los líderes de

procesos del hospital. Durante el acercamiento inicial de la investigación, resaltaron que la institución cuenta con una estructura sólida y organizada enfocándose en la acreditación en salud con lo que esperan transformar la cultura organizacional por una de mejoramiento continuo.

El instrumento aplicado se estructuró a partir de los factores identificados en el proceso de intervención y entrevistas con los líderes de proceso, y por lo cual se establecieron los siguientes: historia y propiedad, tamaño, tecnología, metas y objetivos, medio y personal, y estos a su vez estuvieron conformados por 65 preguntas, el resultado logró evidenciar la pertinencia de lo que se concibe como aspectos de transformación cultural, y a su vez, les permitió demostrar a los autores la teoría de Charles Handy, sobre los factores que inciden en el eje de la transformación en el marco de la acreditación en salud. El análisis de cada uno de estos aspectos que interfieren en esta estrategia de medición evidenció la importancia de abordar todos los procesos organizacionales desde la perspectiva del cambio con enfoque a calidad.

Finalmente, a partir de la aplicación del instrumento propuesto, se identificó que la cultura organizacional y las estrategias de mejora implementadas para el proceso de acreditación no presentaban un seguimiento ni apropiación por parte de los colaboradores, ya que las labores del día a día se han convertido en monótonas debido a la falta de designación de funciones y al ambiente en el lugar de trabajo, esto evidenciaría la necesidad de realizar mediciones estructuradas a las transformaciones culturales organizacionales, pues este aspecto permitiría generar planes de mejoramiento que fortalezcan la estrategia, la conciencia y la razón del actuar organizacional por parte de cada uno de los colaboradores.

2.3. Marco teórico

2.3.1. *Teorías sobre la cultura organizacional y su impacto en el mejoramiento*

La cultura de las organizaciones juega un papel transcendental en la toma de decisiones, el crecimiento de las empresas y la gestión estratégica de las mismas. Gómez y Rodríguez (2001) afirman que la palabra “cultura” se ha convertido en el lenguaje del día a día de los círculos gerenciales, ya que puede definirse como el conjunto único de características que distingue una organización de otra, pues desde esta perspectiva se concibe, cómo el comportamiento de los colaboradores otorga sentido de pertenencia e individualidad en los objetivos organizacionales. Los factores que permiten distinguir la cultura organizacional de una empresa son: el nivel de autonomía individual dentro de la misma, el diseño de su estructura organizacional, la calidad del apoyo administrativo para alcanzar los objetivos y resultados esperados, y los elementos que reconocen patrones de identidad organizacional.

La cultura organizacional está definida por los valores, creencias y entendimientos compartidos por los miembros de una organización, que influyen en la toma de decisiones y en las acciones de los mismos. Las organizaciones exitosas suelen tener culturas sólidas que motivan y premian a los colaboradores por su desempeño y cumplimiento de objetivos. La alta dirección juega un rol crucial en la formación de la cultura organizacional, la cual impacta significativamente en la filosofía y el estilo de gestión de la empresa (Kast y Rosenzweig, 2003).

De acuerdo con la visión de Chiavenato (2002), el mejoramiento continuo de las organizaciones se fundamenta en la necesidad de crear una cultura organizacional sólida y coherente, que promueva valores y una perspectiva común de los objetivos y metas de la organización. Esta cultura se manifiesta en la forma en que los colaboradores interactúan entre sí, en las normas y reglas que rigen su comportamiento, y en la forma en que se comunican y toman

decisiones. Es crucial que las organizaciones fomenten un ambiente de confianza, colaboración y aprendizaje continuo, donde se promueva la innovación, la mejora y la continua adaptación a las transformaciones del entorno. El mejoramiento continuo implica también el establecimiento de sistemas de control eficaces, que permitan monitorear y evaluar el desempeño de la organización, identificar áreas de oportunidad y tomar acciones correctivas de manera oportuna. En definitiva, el mejoramiento continuo de las organizaciones es un proceso dinámico y constante que requiere de la participación de todos los miembros de la organización para el logro de resultados sobresalientes.

En coherencia con las anteriores afirmaciones, se presentan algunas teorías que fundamentan cómo la cultura organizacional de las empresas juega un papel fundamental para la consolidación de los equipos de mejoramiento, en los cuales se busca el logro de objetivos y resultados que dignifique la productividad y competitividad de las organizaciones.

Ansoff (1968) visualizó el rol de la cultura desde la perspectiva de que las organizaciones no solo se limitan únicamente a tener objetivos y resultados, sino que buscan alcanzarlos mediante ciertos comportamientos, los cuales son reconocidos como “clima organizacional” o “cultura organizacional”. Específicamente, para el caso de cultura, Ansoff determina seis atributos: valores gerenciales, se remite a cómo opera la organización en función de su contexto interno; el foco de la conducta, hace referencia a lo que se considera prioritario y se le da relevancia, ya sea dentro de la organización o hacia el entorno externo; reacción al cambio, se refiere a la reacción organizacional frente al cambio; el dominio de alternativas, en las que la empresa busca posibilidades de acción; la propensión al riesgo y las metas de respuestas.

Deal y Kennedy (1982) indican que, en el largo plazo las compañías exitosas son aquellas que creen en algo y en donde esa creencia o creencias están presentes en la totalidad de la

organización, es decir, han sido comunicadas y comprendidas por toda la organización. En consecuencia, para lograr el éxito organizacional, se requiere establecer sistemas que incentiven a los colaboradores por su compromiso con los valores fundamentales de la organización y por la manera en que contribuyen a su mantenimiento; definen elementos determinantes de la cultura enfocados al ambiente de negocios y los factores claves del éxito, los valores del líder, los visionarios que crean la cultura y la red cultural.

Por otro lado, Hofstede et al. (2010) determina que variables individuales y organizacionales revelan que actitudes y valores pueden ser atribuidos a diferencias culturales en todos los aspectos del comportamiento organizacional-motivación, conducta del grupo, estilo de liderazgo, administración del conflicto, entre otros.

Según Schein (2004), la cultura organizacional se define como un conjunto de supuestos fundamentales que son compartidos y adquiridos por un grupo al abordar sus desafíos de adaptación externa e integración interna. Estos supuestos se han demostrado eficaces al punto de ser considerados válidos y, por lo tanto, se enseñan a los nuevos integrantes como la forma adecuada de ver, pensar y sentir acerca de esos desafíos organizacionales.

2.3.2. Mejoramiento continuo

La importancia del mejoramiento continuo se remite a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización; es por esto que se logra ser más productivos y competitivos en los diferentes sectores en donde se encuentre ubicada la organización. Es importante resaltar que el mejoramiento permite consolidar mejoras en el corto plazo y resultados medibles, por otro lado, como desventaja se concibe que cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, es posible que se pierda la interdependencia existente entre los colaboradores de la

empresa.

Generalmente el mejoramiento continuo ha surgido del análisis de alguna situación e implica la articulación entre diferentes equipos teniendo en cuenta las diferentes características o atributos de la calidad, ya que desde esta perspectiva se consolida acciones concretas y metas específicas en las que se involucren recursos, mediciones, tiempo y persistencia (Rodríguez, 2022).

2.3.2.1. La cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo y los sistemas de gestión. Desde la percepción de la ISO 9001:2015 en torno a la mejora continua, en una organización se hace necesario establecer objetivos de calidad, la medición del desempeño, el análisis de resultados y la toma de acciones correctivas o preventivas de acuerdo con el contexto.

El Sistema Único de Acreditación en Salud Colombiano se considera una herramienta para el mejoramiento continuo, fundamentada en la dinámica de los sistemas de gestión de calidad a nivel global. La implementación representa un desafío significativo para las instituciones, ya que requiere un cambio profundo en su cultura organizacional, prácticas, actitudes y en la forma en que trabajan diariamente, incluyendo roles y relaciones. Al mismo tiempo, esta metodología facilita la asignación de responsabilidades y promueve la participación del personal en todos los niveles de la organización (Rodríguez, 2020).

Este modelo del SUA incluye el desarrollo de ejes trazadores que deben implementarse de manera sistemática en un proceso de transformación cultural a largo plazo dentro de la organización. Este proceso abarca normas, cultura y ética institucional, y debe ser impulsado por la alta dirección y el personal. Uno de estos ejes es la mejora continua, que debe tratarse de manera integral en la organización, para fomentar una cultura centrada en la mejora.

Para este desarrollo, el Manual de Acreditación en Salud Hospitalario y Ambulatorio

destaca, en sus estándares de Mejoramiento Continuo, las dimensiones de estructura, procesos y medición de resultados. Así mismo, se pueden tomar como variables: los resultados enfocados al paciente en la dimensión técnica como en la interpersonal, la integración sistémica del proceso de calidad con todas las áreas, desarrollo de procesos institucionales efectivos y eficientes, transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad, aprendizaje organizacional, recursos, importancia y continuidad de la alta dirección, monitoreo permanente y la comunicación de los resultados del mejoramiento de la calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

2.3.2.2. Percepción y apropiación de la cultura de mejoramiento en las organizaciones. La percepción y apropiación de la cultura de mejoramiento continuo en las organizaciones es fundamental para el éxito y sostenibilidad a largo plazo. Según varios autores, la implementación de esta cultura implica capacidad de transformación en la forma en que se consolidan los procesos dentro de la empresa.

Para Deming (1986) uno de los padres del concepto de mejoramiento continuo, esta cultura implica la aplicación de principios como la mejora constante de los procesos, la participación de todos los colaboradores en la toma de decisiones y la filosofía de que la calidad es responsabilidad de todos en la organización.

Por su parte, Juran (1990) enfatizó la importancia de la planificación estratégica y el establecimiento de metas claras y medibles para el mejoramiento continuo. Además, destaca la importancia de la formación y capacitación de los colaboradores para que puedan contribuir de manera efectiva a este proceso.

En opinión de otros autores, como Ishikawa (1992), la cultura de mejoramiento continuo también implica la promoción de la colaboración y el trabajo en equipo, la eliminación de barreras jerárquicas y la búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización.

2.3.2.3. La cultura organizacional y su relación con el mejoramiento continuo. La cultura organizacional es un elemento fundamental que fomenta la cohesión entre los integrantes de una entidad, reconociendo y apreciando las diferentes capacidades y habilidades de cada uno de sus miembros. En su estudio Caicedo y Caldas (2002) plantean la importancia de la cultura organizacional no solo en la implementación de los sistemas de gestión de calidad sino también en el mantenimiento de los mismos y destaca lo indispensable que es contar con una cultura organizacional donde todos los involucrados participen activamente en el proceso, con el sentido de pertenencia y compromiso que se requiere.

Para Checa (2023) en su estudio desarrollado en el Hospital Universitario de Guayaquil, la cultura organizacional es el aspecto clave que fomenta la colaboración entre los integrantes de una organización, al reconocer y apreciar las distintas habilidades y capacidades de cada uno de sus miembros, esta es de suma importancia para las organizaciones, pues genera ventajas para quienes la desarrollan de manera eficiente. En ese mismo sentido, identifica las características relevantes del clima y satisfacción laboral que tienen cierto impacto en el servicio prestado y, por ende, en el continuo progreso del mejoramiento.

En la teoría abordada por Checa, se identifican dos variables: cultura organizacional y calidad del servicio médico, y en ese mismo sentido, una serie de dimensiones que permiten conocer la perspectiva de los trabajadores: clima laboral, recursos humanos y comunicación, como componentes que influyen en el establecimiento de la cultura organizacional, y la eficiencia

laboral, eficacia laboral y satisfacción del cliente como componentes que permiten evidenciar el nivel de calidad del servicio médico.

Peter Senge (1990) en su libro "La quinta disciplina", habla sobre el aprendizaje organizacional y cómo una cultura de aprendizaje puede facilitar la mejora continua. Propone dimensiones como la visión compartida, el pensamiento sistémico, y el aprendizaje en equipo.

Según Charón (2007), la cultura organizacional es un elemento fundamental de la gestión que ejerce una gran influencia en las organizaciones. Se considera un punto de partida esencial y un factor determinante para aquellas que persiguen la excelencia. Por esta razón, se le reconoce como una ventaja competitiva y un pilar fundamental para el cambio y la mejora continua.

2.3.2.4. Factores facilitadores y barreras de la mejora continua en las organizaciones.

Las barreras o facilitadores son aspectos o cualidades presentes en una organización que pueden impulsar o dificultar el proceso de mejora continua en la empresa. Su presencia o ausencia puede ser determinante en el avance o retroceso de la mejora continua dentro de la organización (García et al., 2008).

Implicación de la dirección: posiblemente se considere como el facilitador más importante. Normalmente de la alta dirección se espera que se articulen las actividades de mejora continua con la estrategia organizacional, se establezcan procedimientos y políticas que soporten y desarrollen las acciones de mejoramiento (Jørgensen y Kofoed, 2004).

Estrategia: se encuentra asociado a la implicación de la dirección, es considerada como facilitador/barrera para la mejora; de acuerdo con Rich y Bateman (2003), en algunos casos no se identifica la falta de enfoque hacia el mejoramiento e Hyland et ál. (2007) considera que para que la mejora sea efectiva y sostenible se necesita de la visión estratégica que permita a la dirección

pensar globalmente y actuar internamente.

Fijación de objetivos y necesidad de medir: en la mayoría de la literatura la definición de objetivos para la mejora continua es considerado un facilitador. García y Marín (2009), afirman que, en base a medidas fiables y orientadas a los resultados, se deben formular los objetivos, estos deben estar acordes con los objetivos globales y consensuados con los líderes de equipo.

Gestión del liderazgo: algunos autores lo identifican como facilitador, otros como barrera Dale et ál. (1997) identifican la falta de motivación de algunos líderes orientado al desconocimiento que puedan tener del mejoramiento, y como desde las diferentes maneras de ejercer el liderazgo, este se pueda convertir en una barrera o facilitador para los diferentes fines. La importancia de estos roles es vital, ya que se consideran puedan ser los responsables de la emisión de políticas y porque en tal medida son los facilitadores del cambio para la implementación de estrategias de mejora continua (Jørgensen y Kofoed, 2004).

Promotor de la mejora continua: Jørgensen y Kofoed (2004) afirman que la presencia de agentes de cambio es un facilitador vital, ya que el hecho de que exista en las organizaciones personal trabajando constantemente en tareas de mejora continua promueve la cultura de mejoramiento organizacional. García y Marín (2009) enfatiza en la necesidad de que este agente promotor sea dependiente de la dirección y su labor esté en pro de coordinar las actividades de mejora para de esta manera garantizar la sostenibilidad del mejoramiento.

Implicación de los operarios: la participación de los trabajadores es fundamental para garantizar la sostenibilidad de la mejora continua. No solo deben llevar a cabo las mejoras propuestas, sino también aportar ideas y formar parte del proceso de implementación de las mejoras. Sin su colaboración, la mejora continua no sería posible según su propio concepto. Para lograr la participación de los trabajadores es necesario que reciban un proceso de formación, que

los directivos estén conscientes de la importancia de su involucramiento y que también sean reconocidos por su labor (García et ál., 2008).

Recursos: tanto los recursos financieros como el humano cobran gran importancia dentro de los facilitadores de la mejora, ya que esta es una responsabilidad que los trabajadores deben asumir en la realización de proyectos o en el mantenimiento de la mejora constante, siendo parte integral de su labor diaria y no precisamente como recursos extras o actividades a realizar fuera del horario de actividades (García et ál., 2008).

Confusión de conceptos de producción ajustada y mejora continua: la confusión entre estos dos conceptos se podría considerar una barrera del mejoramiento. En la producción ajustada se trata de detectar y eliminar de manera sistemática todas las formas de desperdicio, como la espera, el reproceso y los fallos, y de adoptar un enfoque de flujo continuo orientado a las necesidades del cliente. A menudo, los líderes creen que la implementación de herramientas básicas del lean, son suficientes para mejorar de manera constante, y se dedican únicamente a ejecutarlas y asegurarse de que los empleados las cumplan. Sin embargo, al hacerlo, se pierde la oportunidad de maximizar el potencial de mejora, se confunden conceptos y, lo que es más preocupante, se abandona el camino hacia el mejoramiento al considerar que la implementación está completa y consolidada (García et ál., 2008).

Clarificar y crear nuevas estructuras: antes de iniciar la implementación de mejoras, es recomendable definir claramente las responsabilidades y la estructura organizativa para evitar posibles conflictos que podrían obstaculizar la implementación de mejoramiento. Esto implica la necesidad de contar con la participación de personal de todas las áreas en el proceso de mejora. Además, es fundamental que estos equipos de trabajo cuenten con el respaldo de equipos superiores, quienes deben estar capacitados para eliminar obstáculos y dar seguimiento a los planes

de acción propuestos por los equipos de base (García y Marín, 2009).

Gestión de los procesos: García Sabater define que la mejora continua debe ser realizada de forma consistente de acuerdo al contexto de la organización. Según Upton (1996) es importante elegir cuidadosamente los procedimientos de manera que las mejoras surjan de las acciones previas. También destaca la importancia de explicar de manera adecuada los planes de mejora a los trabajadores para que sean motivados y creíbles.

Aspectos culturales: se ha determinado como una de las barreras para la sostenibilidad de la mejora, las diferencias culturales, lo cual podría estar ligado a la resistencia al cambio en todos los niveles de la organización. En relación con la gestión del cambio, otros autores afirman que los cambios radicales pueden sostenerse mejor en el largo plazo si son seguidas de actividades de mejora continua (Jørgensen y Kofoed, 2004).

Metodología para extender la mejora continua: García et ál. (2008) y García y Marín (2009) indican que desarrollar una metodología propia dentro de la empresa puede ser un factor importante para promover la sostenibilidad.

Formación y habilidades: la falta de capacitación y formación se pueden convertir en una barrera para adoptar la cultura de mejoramiento, lo cual debilita la calidad en la organización. Jørgensen (2004) considera que el departamento de recurso humano juega un papel fundamental en promover los comportamientos asociados a la mejora continua en todos los niveles de la organización.

2.3.2.5. Importancia del mejoramiento continuo en las organizaciones. El elemento esencial de la administración de una organización es asegurar la calidad, lo cual implica la creación de procedimientos estandarizados y evaluados, con el objetivo de fomentar la mejora continua en

la organización. Fernández (2001) deduce que, la mejora continua debe incorporarse dentro de la gestión de la calidad con el objetivo de asegurar que la organización se mantenga en constante adaptación frente a los cambios del entorno, satisfaga plenamente las necesidades y expectativas de los clientes actuales y potenciales, y alcance niveles óptimos de eficiencia, eficacia y calidad que le permitan mantenerse competitiva en el futuro.

En la actualidad, las empresas deben ser flexibles para la satisfacción de las demandas del mercado, por esto es fundamental implementar estrategias de mejora constante en sus operaciones para aumentar su productividad y garantizar su sostenibilidad a largo plazo (Hincapié et ál., 2018).

Para Imai (1989), la necesidad de mejora constante es fundamental para las organizaciones que buscan destacarse en el actual entorno competitivo. La premisa es que siempre hay margen para mejorar en cualquier actividad dentro de la organización enfocándose en elevar los estándares actuales. De acuerdo con esto, para determinar la etapa en la que se podría encontrar una organización; Bessant et ál. (2001) señala la importancia de evaluar diversas dimensiones, como la comprensión del concepto de mejora continua, la aplicación adecuada de sus metodologías, su alineación con los objetivos estratégicos, la colaboración entre las distintas áreas de la organización y el desarrollo del aprendizaje organizacional. En esta perspectiva, para lograr el mejoramiento continuo, es fundamental que un líder bien respaldado por la dirección aproveche las oportunidades que surjan y guíe a su equipo hacia metas alineadas con los objetivos de la empresa a nivel global (García et ál., 2008).

2.3.2.6. Instrumentos de medición de la cultura organizacional. Cameron y Quinn (1999), han sido reconocidos por su trabajo en el ámbito de la cultura organizacional, enfocado al desarrollo del “Modelo de Valores Organizacionales” (Organizational Culture Assessment Instrument – OCAI). Este modelo fue presentado en su libro “*Diagnosing and Changing Organizational Culture*”, que se ha convertido es una guía fundamental en el estudio de la cultura organizacional. Estos autores identificaron cuatro tipos principales de cultura organizacional, cada uno se caracteriza por diferentes valores y enfoques:

- Cultura de Clan (Clan Culture): orientada a la colaboración y el trabajo en equipo, se valora la cercanía, el compromiso y el desarrollo de los colaboradores; los líderes son vistos como mentores. Los objetivos incluyen la satisfacción de los colaboradores y la lealtad, así como el desarrollo personal.
- Cultura Adhocrática (Adhocracy Culture): se destaca por la innovación, la creatividad, así que los colaboradores se sienten respaldados para tomar riesgos. Los líderes son considerados visionarios y se enfocan en el crecimiento y el avance tecnológico.
- Cultura de Mercado (Market Culture): orientada a resultados, competencia y logro de objetivos ambiciosos. Se valora la productividad y la efectividad, las organizaciones con ese tipo de cultura tienen un enfoque en el desempeño y la satisfacción del cliente. Los líderes son competitivos y se centran en cumplir metas y superar a los competidores.
- Cultura Jerárquica (Hierarchy Culture): se enfoca en la estructura, el control y la eficiencia. Las organizaciones con este tipo de cultura tienen procedimientos claros y jerarquía definida. Se valora la estabilidad, los líderes son considerados coordinadores y administradores que aseguran el cumplimiento de las reglas.

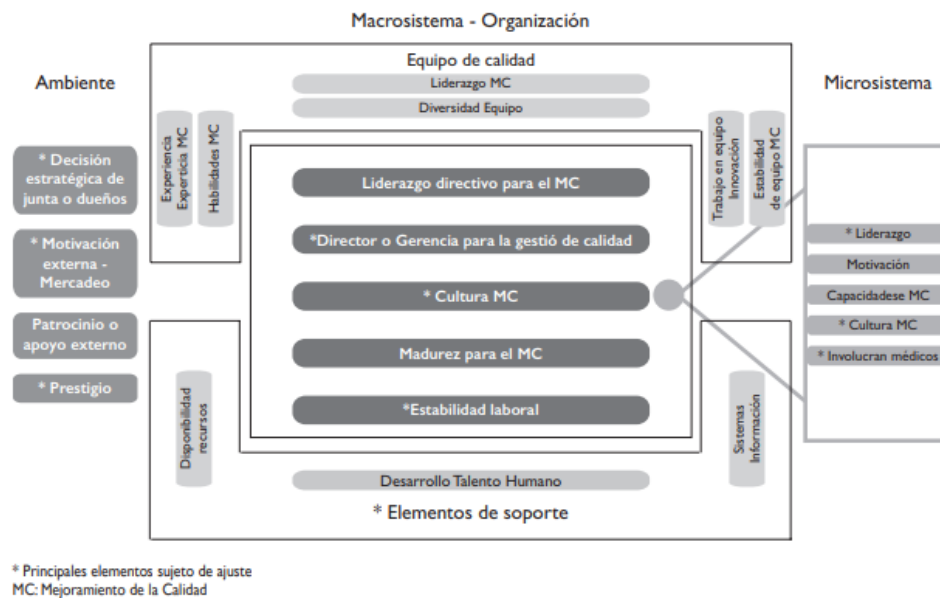
OCAI examina seis dimensiones de diversos aspectos de la organización: Características

dominante, enfocadas a la organización en general; Liderazgo organizacional; Gestión de empleados; Cohesión organizacional; Énfasis estratégico y Criterios de éxito. Es fundamental señalar la fiabilidad y aplicabilidad de este instrumento de evaluación de la cultura organizacional, ya que ha sido validado en diversos entornos organizacionales, obteniendo resultados significativos tanto en el contexto académico como en el profesional.

Durante décadas, se ha discutido cuál es la definición más adecuada de calidad desde una perspectiva práctica, en este contexto Kaplan et ál. (2011) propusieron a partir de una revisión sistemática de la literatura el modelo MUSIQ (The Model for Understanding Success in Quality), el cual constituye un marco conceptual desarrollado para analizar y entender los factores que impactan en el éxito de las iniciativas de mejora de la calidad en la atención en salud. MUSIQ fue creado para dar respuesta a la necesidad de contar con una herramienta que permitan comprender de manera integral los componentes que afectan la calidad de la atención en salud. El modelo se basa en dominios y subdominios que se interrelacionan e influyen en el éxito de las iniciativas de calidad los cuales incluye las dimensiones de contexto: ambiente, macrosistema (características del ambiente externo), microsistema (operación de los servicios) y el equipo de calidad, que contemplan la cultura para el mejoramiento continuo en la organización.

A continuación, se presenta la esquematización, representación de dimensiones y factores que componen la evaluación de iniciativas que propenden por la mejora de la calidad en instituciones de salud:

Figura 2. Dimensiones y aspectos que componen *The Model for Understanding Success in Quality- MUSIQ*



Tomado de Zapata y Saturno (2018)

2.3.2.7. Instrumentos de medición. En el ámbito de la investigación, los instrumentos de medición cumplen una función esencial: permiten traducir conceptos abstractos en datos observables a través de indicadores empíricos. La medición se asocia directamente con objetos o eventos tangibles y se requiere un proceso planificado y estructurado que haga posible la clasificación o cuantificación de fenómenos complejos como la motivación, el clima organizacional o la credibilidad. En este contexto, el instrumento de medición se convierte en el medio mediante el cual se organizan y sistematizan las observaciones, permitiendo establecer una relación operativa entre los constructos teóricos y la realidad empírica (Carmines y Zeller, 1979)

Su utilidad radica en dos dimensiones complementarias: en primer lugar, desde el enfoque empírico, se centra en las respuestas concretas obtenidas a través de cuestionarios, observaciones o entrevistas; y, en segundo lugar, desde el enfoque teórico, dichas respuestas representan

constructos no observables que son fundamentales para la investigación. Un instrumento es considerado válido en la medida en que los datos que recoge logran reflejar con precisión los conceptos que el investigador ha definido previamente. En este sentido, la medición busca establecer un vínculo entre el mundo real y el mundo conceptual, transformando fenómenos intangibles en unidades cuantificables que puedan ser analizadas científicamente (Grinnell y Unrau, 2005).

Todo proceso de medición o aplicación de un instrumento en investigaciones cuantitativas debe cumplir con tres criterios fundamentales: confiabilidad, validez y objetividad, los cuales garantizan la calidad y precisión de los datos recolectados (Hernández y Mendoza, 2018).

De acuerdo con Carmines y Zeller (1979), “La confiabilidad de un instrumento de medición hace referencia al nivel de consistencia que presenta al ser aplicado en repetidas ocasiones a un mismo sujeto, caso o muestra, generando resultados equivalentes en cada medición”.

La validez, de manera general, alude al nivel de precisión con el que un instrumento logra medir la variable que se propone evaluar. En otras palabras, se refiere a la capacidad del instrumento para representar de forma adecuada el constructo teórico mediante sus correspondientes indicadores empíricos (Hernández y Mendoza, 2018).

La validez representa un aspecto metodológico complejo que debe garantizarse en todo instrumento de medición. Como lo plantea Kerlinger (1973), la validez se cuestiona con la siguiente pregunta: ¿el instrumento realmente está midiendo lo que se propone medir?, si la respuesta es afirmativa, entonces se considera que la medición es válida; de lo contrario, carece de validez. Este concepto funciona como un criterio de calidad que puede sustentarse en distintos tipos de evidencia, entre las que se incluyen: evidencia de contenido, evidencia basada en criterios

externos, evidencia relacionada con el constructo, juicios emitidos por expertos y el grado de comprensión del instrumento (Hernández y Mendoza, 2018), (Johnson y Morgan, 2016), (Baker y Kim, 2017).

Remitir a la evidencia relacionado con el contenido se refiere al grado de representatividad que posee un instrumento respecto al dominio temático que pretende evaluar, es decir, a qué medida la herramienta abarca de forma adecuada y suficiente los aspectos esenciales del concepto o variable que se desea medir (Sullivan et ál., 2009). La validez de criterio se determina al contrastar los resultados obtenidos por un instrumento de medición con los provenientes de una fuente externa que evalúa la misma variable o constructo, con el objetivo de verificar su correspondencia.

La validez de constructo hace referencia al grado en que un instrumento refleja de manera precisa y coherente un concepto teórico, es decir, evalúa si realmente está midiendo lo que pretende medir y cómo lo hace (Johnson y Morgan, 2016). Este tipo de validez se centra en la interpretación conceptual de los resultados obtenidos, integrando la evidencia que respalda el significado atribuido a las puntuaciones del instrumento (Messick, 1994). Se evalúa observando si los ítems, indicadores o componentes que teóricamente deberían estar relacionados entre sí, efectivamente presentan correlaciones consistentes, agrupándose homogéneamente según los resultados obtenidos por la muestra. Asimismo, se espera que estos elementos se distingan claramente de aquellos asociados a constructos distintos, conforme a lo establecido por el marco teórico.

La validez de constructo se compone de cuatro etapas (Carmines y Zeller, 1979), (Johnson y Morgan, 2016):

1. A partir de una revisión exhaustiva de la literatura, se define y especifica la estructura del constructo, considerando si este está compuesto por una o varias dimensiones, factores o

componentes, así como los ítems o indicadores asociados a cada dimensión o su equivalente. Además, se determina cómo se relaciona el constructo con otros conceptos, especificando si dicha relación es positiva o negativa y evaluando su intensidad, lo cual refleja la conexión entre el concepto medido y los demás elementos teóricos de la investigación.

2. Se procede a la aplicación del instrumento de medición, compuesto por los ítems o los elementos correspondientes.
3. Posteriormente, se analizan las correlaciones estadísticas obtenidas entre las variables, dimensiones e ítems presentes en los resultados.
4. Finalmente, se interpreta la evidencia empírica obtenida a la luz de la teoría, evaluando el grado en que la validez de constructo es aclarada o fortalecida mediante la medición realizada.

Y finalmente, la evidencia asociada con la opinión de expertos y vinculada a la comprensión del instrumento se refiere a un tipo adicional de validez que algunos autores mencionan, la cual se refiere al nivel en el que, un instrumento mide la variable de interés, según la evaluación de personas calificadas en el tema (Hernández y Mendoza, 2018).

Y la objetividad se considera un ideal metodológico que hace referencia al grado en que el proceso de investigación permite observar y registrar los fenómenos tal como ocurren en la realidad, sin que medien interpretaciones o sesgos del investigador (Mathinson, 2004). La objetividad se fortalece cuando se asegura la estandarización en la administración del instrumento, lo que implica proporcionar las mismas instrucciones y condiciones a todos los participantes. Asimismo, se incrementa al aplicar criterios uniformes en la evaluación de los resultados y al contar con personal debidamente capacitado y con experiencia en el uso del instrumento. Los

criterios de validez, confiabilidad y objetividad deben abordarse de forma integrada, ya que están estrechamente relacionados entre sí. La ausencia de cualquiera de estos componentes compromete la utilidad del instrumento de medición para fines investigativos, afectando la calidad y rigor del estudio (Hernández y Mendoza, 2018).

De acuerdo con Hernández y Mendoza (2018), en las distintas disciplinas científicas, áreas del conocimiento y ámbitos profesionales, se emplean diversos tipos de instrumentos de medición, cada uno con características particulares. No obstante, el proceso general para su diseño y aplicación tiende a seguir una estructura similar, la cual puede organizarse en una serie de etapas definidas: fase 1. Redefiniciones fundamentales, fase 2. Revisión enfocada de la literatura, fase 3. Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores, fase 4. Toma de decisiones clave, fase 5. Construcción del instrumento, fase 6. Prueba piloto o inicial del instrumento, fase 7. Elaboración de la versión final del instrumento o sistema y su procedimiento de aplicación, fase 8. Entrenamiento del personal que va a administrar el instrumento y calificarlo, fase 9. Obtener autorizaciones para aplicar el instrumento, fase 10. Administración del instrumento, fase 11. Preparación de los datos obtenidos para el análisis y fase 12. Analizar los datos de la matriz usando un programa estadístico.

Al diseñar un instrumento de medición, es fundamental tener en cuenta tres aspectos clave relacionados con las variables: a) el proceso de operacionalización, b) la codificación, y c) la definición de los niveles de medición (Hernández y Mendoza, 2018).

La operacionalización consiste en transformar una variable teórica en indicadores empíricos que puedan ser observados, medidos y representados a través de ítems o elementos equivalentes. Este proceso se basa en la formulación tanto de una definición conceptual como de una definición operacional de la variable (Arias, 2021) Este proceso permite principalmente

transformar aspectos conceptuales en datos cuantificables, establecer procedimientos para medir cada aspecto de la variable y se garantice que los resultados obtenidos reflejen el fenómeno que se requiere medir.

De acuerdo esto, el proceso de operacionalización requiere de la definición conceptual y operacional de la variable, la identificación de dimensiones, la construcción de indicadores que representan cada dimensión, la formulación de ítems o reactivos que permitirán medir los indicadores, y finalmente, la determinación de la escala de medición.

Para Hernández y Mendoza (2018), la codificación de los datos implica atribuirles un valor numérico o simbólico que los represente de manera significativa. En este proceso, a cada categoría u opción de respuesta correspondiente a un ítem o variable se le asigna un código específico, el cual facilita su interpretación y análisis posterior.

Y finalmente, en cuanto a niveles de medición, se definen 4:

1. El nivel nominal de medición se caracteriza por clasificar los datos en dos o más categorías mutuamente excluyentes, sin que exista un orden jerárquico entre ellas. Este tipo de medición permite identificar únicamente diferencias cualitativas entre los elementos observados, sin que una tenga mayor valor o jerarquía sobre la otra (Hernández y Mendoza, 2018).
2. El nivel de medición ordinal se distingue por clasificar los datos en múltiples categorías que, además de ser distintas entre sí, poseen una secuencia jerárquica. Es decir, las etiquetas o símbolos asignados a cada categoría reflejan un orden de mayor a menor, indicando una relación de rango entre ellas (Hernández y Mendoza, 2018).
3. El nivel de medición por intervalos no solo contempla la jerarquía entre categorías, sino que incorpora intervalos uniformes entre ellas. Esto implica que la distancia entre cada

categoría es constante a lo largo de la escala, lo cual permite establecer una unidad de medida homogénea. Este tipo de escala es característico de variables cuantitativas (Pateiro, 2008).

4. El nivel de medición de razón comparte todas las características del nivel de intervalos, como la existencia de una unidad de medida común, intervalos iguales entre categorías y la posibilidad de realizar operaciones aritméticas básicas y sus derivaciones. Sin embargo, se distingue por tener un cero absoluto, lo que significa que el cero en la escala es real y no arbitrario (Hernández y Mendoza, 2018).

2.3.3. Escalonamiento tipo Likert como instrumento de medición

La escala tipo Likert es una de las técnicas de medición más utilizadas, por su capacidad para captar la intensidad de las actitudes, opiniones o percepciones de los individuos sobre un fenómeno determinado (Likert, 1932). Esta técnica consiste en una serie de afirmaciones ante las cuales el encuestado indica su nivel de acuerdo en una escala ordinal, generalmente de cinco o siete puntos.

Esta metodología es adecuada para medir constructos abstractos, permitiendo la cuantificación de variables a partir de la agregación de ítems relacionados (Morales et ál., 2003). Además, su simplicidad y facilidad de análisis estadístico la convierten en una herramienta eficaz para el desarrollo de instrumentos con adecuada consistencia interna (George y Mallery, 2003).

La escala tipo Likert se compone de una serie de ítems formulados como afirmaciones o enunciados valorativos, ante los cuales se solicita que los participantes manifiesten su grado de acuerdo o desacuerdo. Cada ítem es respondido seleccionando una opción dentro de un conjunto de categorías predefinidas a las que se les asigna un valor numérico. De esta forma, cada respuesta

contribuye a una puntuación individual, y la suma de todas estas respuestas permite obtener un puntaje total que refleja la posición del encuestado respecto al constructo evaluado (Hernández y Mendoza, 2018).

Las afirmaciones incluidas en una escala pueden estar formuladas en sentido positivo o negativo, lo cual influye directamente en la forma en que se codifican las respuestas. Cuando una afirmación tiene una orientación positiva, implica una evaluación favorable hacia el objeto de actitud, por lo que, a mayor grado de acuerdo por parte del participante, se interpreta una actitud más favorable respecto al constructo evaluado (Hernández y Mendoza, 2018).

Un elemento clave en la estructura de la escala de Likert es el supuesto de que todas las afirmaciones o ítems están orientados a medir una única dimensión o constructo subyacente. Cuando se desea evaluar actitudes hacia diferentes objetos o conceptos, es necesario construir una escala específica para cada uno, aunque puedan ser aplicadas simultáneamente; sin embargo, sus resultados deben analizarse de manera independiente. Además, se asume que cada ítem incluido en la escala posee el mismo valor o peso dentro de la medición total (Hernández y Mendoza, 2018).

En términos metodológicos, la construcción de una escala tipo Likert implica la elaboración de un conjunto amplio de afirmaciones que permitan evaluar el objeto de actitud en estudio. Estas afirmaciones se aplican inicialmente a una muestra piloto con el fin de obtener las puntuaciones individuales por ítem. Posteriormente, se analizan las correlaciones entre cada ítem y el puntaje total de la escala (calculado como la suma de todas las respuestas). Aquellos ítems que presentan una correlación significativa con el total se consideran adecuados y se seleccionan para formar parte del instrumento definitivo. Además, es indispensable verificar tanto la confiabilidad como la validez de la escala construida.

El escalonamiento tipo Likert emplea escalas de naturaleza ordinal, lo cual implica que las

alternativas de respuesta se disponen según un orden jerárquico determinado. No obstante, este tipo de escala no presupone que la distancia entre una categoría y otra son iguales. Es decir, aunque las opciones expresan diferentes grados de intensidad respecto a una actitud, percepción o creencia, no es posible establecer con precisión cuánto difiere una respuesta de otra en términos cuantitativos (Hernández y Mendoza, 2018).

Este método de escalamiento posibilita transformar las percepciones de carácter cualitativo en valores numéricos, lo que permite su tratamiento mediante técnicas estadísticas. Sin embargo, su aplicación presenta limitaciones en el uso de pruebas paramétricas, dado que los datos obtenidos conservan una estructura ordinal (Morales et ál., 2003).

2.3.4. Baremos

Corresponde a una escala de referencia que permite interpretar los resultados de un test o cuestionario. El objetivo principal es asignar significado cuantitativo y cualitativo a los puntajes obtenido en un instrumento de medición tomando en cuenta referencias estadísticas obtenidas de una muestra representativa o de criterios previamente preestablecidos.

El proceso de elaboración de baremos puede ajustarse según las necesidades específicas del estudio y el contexto del investigador, permitiendo modificaciones en el número de ítems, en la escala de valoración o en la cantidad de niveles de interpretación. En caso de que la variable analizada cuente con dimensiones, se deberá aplicar el mismo procedimiento para construir los baremos correspondientes a cada una (Montañez y Palma, 2023).

Según Montañez y Palma (2023), para calcular el baremo de un instrumento, se consideran varios pasos. El primero consiste en identificar los valores máximo y mínimo que la variable puede alcanzar, lo cual se determina mediante un procedimiento específico.:

Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$): *Valor máximo* ($V_{m\acute{a}x}$) = $N \times E_{n>}$; Donde: N = Número de ítems o preguntas y $E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$): *Valor mínimo* ($V_{m\acute{i}n}$) = $N \times E_{n<}$; Donde: N = Número de ítems o preguntas y $E_{n<}$ = Menor escala valorativa

Segundo paso: consiste en determinar el rango, el cual se obtiene de la siguiente forma:

Cálculo del rango (R): *Rango* (R) = $V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$; Donde: $V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo y $V_{m\acute{i}n}$: Valor mínimo

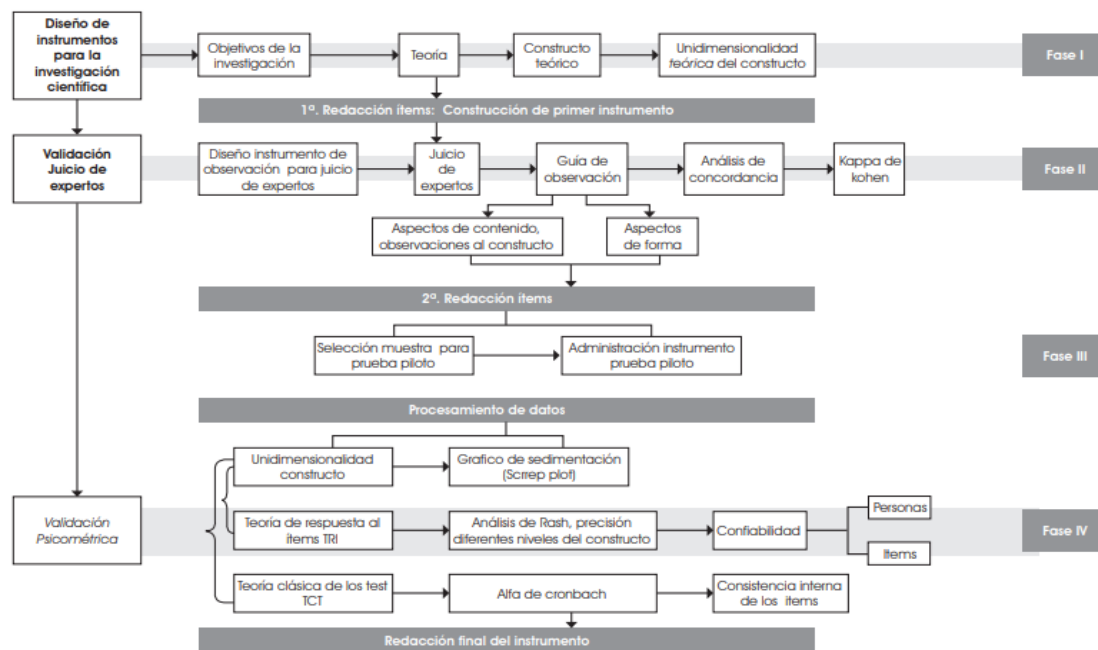
Tercer paso: consiste en determinar la amplitud, el cual se obtiene de la siguiente forma:

Cálculo de la amplitud (K): *Amplitud* (K) = R/Q ; Donde: R: Rango Q: Número de niveles

2.3.5. Mecanismos de validación de instrumentos de medición

Según Messick (1994), en lugar de clasificar los tipos de validez, considera más apropiado recopilar diversos tipos de evidencia conforme al uso y los objetivos del instrumento, como la evidencia de contenido, de constructo y predictiva. Es crucial entender que la validez no es una propiedad inherente de los instrumentos, sino que depende del propósito de la medición, la población y el contexto en el que se utilice. De esta manera, un instrumento puede ser válido para un grupo específico, pero no necesariamente para otros. El proceso de validación es continuo y debe basarse en una evaluación constante respaldada por evidencia empírica, lo que significa que no se puede afirmar de manera definitiva que una prueba es válida, sino que posee un grado aceptable de validez para determinados objetivos y poblaciones.

Tomando en cuenta los anteriores referentes que conceptualizan la validación de un instrumento de medición, Soriano (2014) esquematiza una secuencia lógica para el proceso de diseño, redacción y validación de un instrumento, el cual es presentado a continuación:

Figura 3. Secuencia lógica para el proceso de diseño, redacción y validación de un instrumento

Tomado de Soriano (2014)

Soriano (2014), define cada una de las etapas del proceso: en la etapa inicial, se deben establecer los objetivos, la teoría y el constructo al momento de crear un instrumento. Es fundamental considerar los objetivos de la investigación y las teorías subyacentes que fundamentan la elección teórica del estudio. Desde este enfoque, se definirá el constructo, el cual debe ser de naturaleza unidimensional.

En la segunda etapa, se realiza la validación del instrumento a través de la evaluación de expertos. Estos expertos son personas con conocimientos especializados, experiencia profesional, académica o investigativa en el área del estudio, quienes revisarán detalladamente cada uno de los componentes del instrumento, tanto en términos de su contenido como de su estructura.

En la tercera etapa, conocida como la prueba piloto, se lleva a cabo una revisión de los ítems por parte de los jueces expertos, lo que facilita la reescritura del instrumento que se utilizará en esta fase. La muestra para la prueba piloto puede ser seleccionada de forma aleatoria mediante

un muestreo probabilístico simple.

2.3.5.1. Validación de instrumento: juicio de expertos. El juicio de expertos se entiende como una opinión fundamentada de personas con experiencia en un área específica, que son reconocidas por otros como profesionales calificados en dicho campo. Estas personas pueden proporcionar información, evidencia, evaluaciones y valoraciones. La selección de los participantes para este juicio es una parte crucial del proceso por lo que Skjong y Wentworth (2001) sugieren varios criterios para la elección de los expertos, tales como: (a) experiencia en hacer juicios y tomar decisiones basadas en evidencia o conocimiento especializado (incluyendo grados académicos, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios, entre otros), (b) reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y disposición para participar, y (d) imparcialidad, junto con cualidades como la autoconfianza y la capacidad de adaptarse.

El juicio de expertos es un proceso utilizado para evaluar la validez de contenido de una prueba, y requiere la recopilación sistemática de información. A continuación, se describen una serie de pasos que buscan optimizar este proceso:

1. Definir el objetivo del juicio de expertos: Los investigadores deben especificar claramente el propósito del juicio, que puede ser diverso: a) Establecer la equivalencia semántica de una prueba en otro idioma, b) Evaluar la adaptación cultural, es decir, determinar si los ítems de una prueba miden el mismo constructo en diferentes contextos culturales, y c) Validar el contenido de una prueba diseñada por un grupo de investigadores.
2. Selección de los jueces: Es crucial seleccionar jueces con criterios específicos, considerando su formación académica, experiencia y reconocimiento dentro de la comunidad. Se recomienda contar con al menos cinco jueces, dos de los cuales deben ser

expertos en medición y evaluación. En el caso de traducciones, se debe incluir al menos un experto en lingüística.

3. Explicitar las dimensiones y los indicadores de cada ítem: Es fundamental que los jueces comprendan qué dimensiones y qué indicadores está midiendo cada ítem. Esto les permitirá evaluar la relevancia, suficiencia y pertinencia de los ítems, ya que diferentes definiciones de un mismo constructo pueden existir.
4. Especificar el objetivo de la prueba: Los jueces deben ser informados sobre el propósito de la prueba, es decir, para qué se utilizarán los puntajes obtenidos, lo que permite contextualizar mejor su evaluación.
5. Establecer los pesos diferenciales de las dimensiones: Este paso se aplica cuando algunas dimensiones tienen mayor importancia que otras. Por ejemplo, al diagnosticar una adicción, se debe dar más peso a las dimensiones que midan la calidad de vida que a las que evalúan la personalidad adictiva.
6. Diseño de planillas: Las planillas deben ser diseñadas de acuerdo con los objetivos de la evaluación. Aunque se propone un formato estándar, cada juicio puede requerir adaptaciones específicas.
7. Calcular la concordancia entre jueces: Se utilizan estadísticos como Kappa y Kendall para medir la concordancia entre los jueces, con criterios claros de interpretación.
8. Elaboración de las conclusiones del juicio: Las conclusiones obtenidas del juicio de expertos se utilizarán para la descripción psicométrica de la prueba (Escobar y Cuervo, 2008).

2.3.5.2. Validación del instrumento: prueba piloto. La prueba piloto de un instrumento de medición es un procedimiento previo a su aplicación definitiva, cuyo objetivo es evaluar su funcionalidad, claridad y pertinencia, así como estimar sus propiedades psicométricas. Según Hernández y Mendoza (2018), esta fase consiste en aplicar el instrumento a una muestra pequeña pero representativa, con el fin de detectar posibles errores en los ítems, verificar la comprensión de las instrucciones y calcular estimaciones iniciales de confiabilidad y validez.

En cuanto a la confiabilidad, un método ampliamente utilizado para evaluarla es el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite estimar el grado de consistencia interna del instrumento, es decir, la medida en que los ítems que conforman una escala están correlacionados entre sí y, por tanto, miden un mismo constructo (Celina y Campo, 2005).

Cuando el propósito de un estudio es validar un instrumento de medición, el foco principal recae en el propio instrumento y no en la población o en un grupo específico de individuos. Por esta razón, no es necesario calcular un tamaño de muestra estadísticamente representativo para la prueba piloto; en su lugar, se selecciona una muestra pequeña que permita evaluar la confiabilidad y validez del instrumento antes de su aplicación definitiva.

Según Hernández et ál. (2014), el muestreo no probabilístico por conveniencia es el adecuado e implica seleccionar participantes en función de su fácil acceso o disponibilidad, siendo una estrategia comúnmente utilizada en estudios exploratorios o en pruebas piloto, donde no se requiere representatividad estadística estricta. Es importante mencionar que, el muestreo por conveniencia en pruebas piloto es totalmente válido y recomendado porque prioriza la mejora del instrumento sobre la representatividad estadística.

Según Logam (s.f.), en pruebas piloto de instrumentos de medición, una muestra de entre 10 y 30 participantes de la población objetivo es suficiente para evaluar aspectos como claridad,

comprensión y estructura del instrumento.

2.3.4.3. Coeficiente alfa de Cronbrach. Se trata de un coeficiente que permite estimar la confiabilidad en términos de consistencia interna de una escala, evaluando el grado de correlación entre los ítems que la componen, con el propósito de determinar la homogeneidad del instrumento de medición. Este coeficiente también puede interpretarse como un indicador del grado en que un constructo, concepto o factor subyacente se encuentra reflejado en cada uno de los ítems del instrumento. Habitualmente, cuando un conjunto de ítems evalúa un mismo factor latente, se obtiene un valor elevado del alfa de Cronbach, lo que evidencia una adecuada coherencia interna (Cortina, 1993).

La amplia aceptación del coeficiente alfa de Cronbach se atribuye a la facilidad de su aplicación, dado que solo exige una única administración del instrumento. Asimismo, presenta la ventaja de representar el promedio de todos los posibles coeficientes obtenidos al aplicar el método de división por mitades de una escala.

La manera más accesible de calcular el coeficiente alfa de Cronbach consiste en multiplicar el número total de ítems de la escala por el promedio de las correlaciones observadas entre ellos. Este resultado se divide entre la suma de uno más el producto del promedio de las correlaciones por el número de ítems menos uno. La fórmula correspondiente es: $\{\alpha = (n \cdot p) / [1 + p \cdot (n - 1)]\}$, donde n representa el total de ítems y p el promedio de las correlaciones entre ellos (Hernández et ál., 1998)

Cuando se refiere el coeficiente alfa estratificado, Cronbach (1952), definió que la estrategia para optimizar el valor del coeficiente de consistencia interna en escalas que abarcan múltiples dominios consiste en estratificarlas en subescalas según el contenido temático. Esta

segmentación permite obtener una estimación más precisa de la consistencia interna, en comparación con el valor obtenido mediante un coeficiente alfa no estratificado.

Por otro lado, el coeficiente alfa ponderado se emplea cuando una escala incluye ítems con diferentes tipos de respuesta. A cada discrepancia se le asigna un peso específico, bajo la suposición de que todos los ítems tienen una ponderación igual, y posteriormente, se realiza una sumatoria de los valores alfa ponderados correspondientes a cada ítem (Streiner, 2003).

Al interpretar el coeficiente, el valor mínimo aceptable para el alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de este valor, la consistencia interna de la escala es considerada insuficiente. En cambio, el valor máximo esperado es 0,90; si se supera este valor, puede indicar que existe redundancia o duplicación en los ítems, es decir, que varios ítems están evaluando el mismo aspecto de un constructo. En tales casos, los ítems redundantes deberían ser eliminados. Generalmente, se prefieren valores de alfa que oscilen entre 0,80 y 0,90 (Streiner, 2003).

Es importante tener en cuenta que el valor del alfa de Cronbach está directamente influenciado por el número de ítems en una escala. A medida que aumenta el número de ítems, la varianza que se coloca en el numerador también aumenta de manera sistemática, lo que puede generar una sobreestimación de la consistencia interna de la escala. Streiner (2003), define que es crucial considerar que el valor de alfa puede verse sobreestimado si no se tiene en cuenta el tamaño de la muestra: a mayor cantidad de participantes que completen la escala, mayor será la varianza esperada.

2.4. Marco conceptual

Acreditación en salud: se define como un proceso voluntario mediante el cual unos pares realizan una evaluación y verificación del cumplimiento de estándares de proceso y resultado de

la atención en salud, orientados en el usuario y su familia. Este proceso se basa en unos principios y estándares internacionales definidos por la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención en Salud (ICONTEC, 2021).

Calidad: este concepto se define como el grado en que un conjunto de características cumple con los requisitos establecidos, con el objetivo de satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes o usuarios. Según la definición presentada en la NTC-ISO 9000:2015, la calidad de los productos o servicios es definida por el impacto previsto y no previsto sobre las partes interesadas relevantes, lo que incluye el valor percibido y los beneficios para el cliente (ICONTEC, 2015).

Estándares de la acreditación en salud: se remite al conjunto de criterios establecidos para fomentar el mejoramiento continuo y garantizar la calidad, además incentiva las buenas prácticas y consolida la competitividad de las organizaciones de salud. En Colombia, los estándares de acreditación en salud se afianzan en tres grandes grupos: estándares asistenciales, estándares de apoyo y estándares de mejoramiento (ICONTEC, 2021).

Juicio de expertos: se caracteriza por ser la opinión de personas con experiencia y conocimiento en un tema específico. Escobar y Cuervo (2008) determinan que estos profesionales expertos pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones para la estimación de la validez de un contenido determinado; el número de jueces empleados para emitir el juicio se encuentra en coherencia con el nivel de experticia y la diversidad del conocimiento.

Mejoramiento continuo: es una práctica de gestión constante para evaluación de los procesos, productos y servicios con el fin de lograr mejora progresiva en la eficiencia, calidad y satisfacción de los clientes. Mihi y Rivera (2009) que el concepto de mejora continua describe de manera adecuada la naturaleza de la calidad y representa lo que las empresas deben realizar para

mantener la competitividad a lo largo del tiempo, ya que ayuda a identificar y corregir las debilidades, así como fortalecer los aspectos positivos de la organización.

Percepción: se centra en cómo las personas pueden percibir las situaciones y acontecimientos en su ambiente externo e interno, factor clave para el accionar estratégico, así como para la búsqueda y análisis de información. La percepción está condicionada por las características propias de las organizaciones en sus contextos (Sánchez et ál., 2018).

Prueba piloto: se remite a un estudio corto y limitado de validez y factibilidad, que tiene como objetivo probar la coherencia del contenido de una propuesta para la identificación de posibles mejoras antes de ser implementada (Hernández et ál., 1998).

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo y enfoque de investigación

El presente proyecto de investigación fue de tipo instrumental enfocado en la creación y validación de un instrumento de medición que permite medir de manera válida y confiable un constructo. Se enmarcó en un enfoque descriptivo mixto. La naturaleza descriptiva se enfocó en la caracterización y comprensión de la cultura de mejoramiento en instituciones de salud. En este contexto, se diseñó un instrumento de medición que permitió captar las percepciones, actitudes y prácticas relacionadas con la mejora continua, esto con el fin de comprender un aspecto poco abordado en el ámbito de la salud. A través de la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos, este estudio buscó identificar los elementos clave que conforman la cultura de mejoramiento en estas instituciones como base para el diseño de un instrumento de medición validado mediante el juicio de expertos y la aplicación de prueba piloto a los colaboradores de una institución de salud acreditada.

3.2. Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas para el desarrollo del presente proyecto de investigación se remitieron a fuentes primarias identificadas en la ecuación y los motores de búsqueda, específicamente informes de investigación y teorías, también las encuestas dirigidas a expertos de calidad en salud, esto con el objetivo de obtener bases conceptuales para la construcción del instrumento, y por otro lado, la aplicación de la herramienta diseñada a 30 colaboradores de una institución de salud acreditada, que proporcionó datos sobre la percepción y la práctica de la cultura de mejoramiento, esto con la finalidad de validar el instrumento propuesto, mediante prueba piloto para probar aspectos metodológicos. Por otra parte, las fuentes secundarias, como estudios previos, artículos de investigación, bases de datos bibliográficas y documentos normativos relacionados con la acreditación en salud en Colombia, sirvieron como base teórica y contextual para fundamentar y enriquecer el diseño del instrumento de medición propuesto. Al integrar tanto fuentes primarias como secundarias, se buscó garantizar la validez y la relevancia del instrumento diseñado, así como ahondar en la comprensión de la cultura de mejoramiento en las instituciones de salud del país.

3.3. Validación de contenido del instrumento de medición: juicio de expertos

Con el fin de corroborar la validez de los ítems que conformaron el instrumento de medición, se llevó a cabo la validación de contenido mediante el juicio de expertos, el cual consistió en evaluar de manera cualitativa la pertinencia, redacción y objetividad de los ítems, reflejando adecuadamente el constructo teórico que se requirió medir.

El juicio de expertos recurrió a la valoración crítica de personas con formación académica pertinente y experiencia profesional en el área de conocimiento o en metodologías de evaluación,

para este caso el número de expertos que realizaron la validación fue 5.

La rúbrica de evaluación utilizada por los expertos estuvo basada en la literatura existente sobre metodologías de la investigación y/o cuadros de operacionalización, dicha herramienta estuvo fundamentada en dos escalas de calificación (adecuado o inadecuado) y tres criterios de evaluación:

- **Pertinencia:** en el que se consideró si el ítem es adecuado y coherente con respecto al objetivo del instrumento, la variable a medir, la dimensión teórica correspondiente y el indicador definido.
- **Redacción:** se consideró si el ítem se encuentra redactado de forma clara, precisa, gramaticalmente correcto y sin ambigüedades.
- **Objetividad:** se determinó si el ítem evita juicios de valor, suposiciones o interpretaciones subjetivas.

La rúbrica también permitió la inclusión de recomendaciones por parte de los expertos para cada uno de los ítems a evaluar. Estas observaciones fueron consideradas en la mejora del instrumento de medición, y dieron lugar a la eliminación de ítems con baja relevancia, la reformulación de aquellos que tuvieron debilidades, o la conservación de los ítems que obtuvieron valoraciones adecuadas en la mayoría de los criterios a analizados.

3.4. Población y muestra

Para la realización de la prueba piloto del instrumento, se definió una muestra de 30 colaboradores, seleccionados con base en características similares a las de la población objetivo de investigación, es decir, en cuanto a elementos actitudinales y conductuales. Esta decisión se fundamenta en la recomendación metodológica de Hernández et al. (2014), quienes señalan que,

en estudios con muestras mayores a 2.000 personas, es apropiado realizar la prueba piloto con una muestra entre 25 y 60 participantes, salvo que la investigación requiera un número mayor.

Dado que la población total de estudio es de 2.244 colaboradores, y la muestra determinada con un nivel de confianza del 99% y un margen de error del 1% corresponde a 1.978 trabajadores, la elección de una muestra de 30 personas para la prueba piloto se consideró metodológicamente adecuada.

Además, se establecieron criterios de inclusión intencionados para asegurar la representatividad funcional dentro de la organización: 15 participantes del área administrativa y 15 del área asistencial, garantizando la participación de los principales grupos funcionales que integran la institución de salud.

3.5. Confiabilidad del instrumento de medición: prueba piloto

De acuerdo con Hernández et ál. (2014), la prueba piloto requirió seleccionar una muestra pequeña, similar a la población objetivo, con el fin de evaluar la calidad del instrumento y calcular la confiabilidad y validez del mismo.

Para la ejecución de la prueba piloto del instrumento de medición, se seleccionó una muestra de 30 colaboradores de una institución de salud acreditada en Floridablanca- Santander, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta técnica de selección se fundamentó en la facilidad de acceso y en la pertinencia de los participantes respecto a las características de la población objetivo. La aplicación de este procedimiento permitió realizar los ajustes pertinentes antes de su implementación en la muestra definitiva.

La muestra de colaboradores seleccionados para la prueba piloto estuvo conformada por miembros de los distintos niveles de mejoramiento de la institución, se incluyeron participantes

del equipo de mejoramiento sistémico (tercer nivel), integrado por los líderes de calidad de la institución, la alta gerencia y los líderes de los diferentes equipos de autoevaluación. Asimismo, se consideró al equipo de autoevaluación (segundo nivel), conformado por su líder y los responsables de las áreas que implementan los grupos de estándares respectivos y finalmente, se incorporaron integrantes del equipo primario de mejora (primer nivel), compuesto por los líderes de las áreas y sus equipos operativos.

A partir de la aplicación del cuestionario tipo Likert a la muestra ya definida, se llevó a cabo la evaluación de la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach utilizando el software estadístico SPSS. Este coeficiente permitió determinar el grado de fiabilidad del instrumento, es decir, qué tan bien se relacionaron las respuestas obtenidas a partir de los ítems que componen el cuestionario, considerando que, si todos miden el mismo constructo, deberán estar altamente correlacionados, de igual manera se analizó el impacto de cada ítem sobre el valor global del alfa, lo que permitió identificar ítems que podrían afectar la consistencia interna del instrumento, el cálculo del coeficiente se realizará mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\right)$$

Donde:

k= número de ítems

σ_i^2 = varianza de cada ítem

σ_T^2 = varianza de la suma total de todos los ítems

Referente a la interpretación del coeficiente alfa de Cronbach, este debe alcanzar como mínimo un valor de 0,70 para considerarse aceptable; valores inferiores indican una baja consistencia interna en la escala aplicada. Por otro lado, entre 0,80 y 0,89 el nivel de consistencia

es bueno, y un valor igual o superior a 0,90 se considera excelente, aunque también superar este valor notablemente, puede interpretarse como indicio de redundancia entre los ítems, lo que sugiere posible duplicación en el contenido evaluado (Celina y Campo, 2005).

3.6. Métodos de recolección de la información

La recolección de la información se orientó a fuentes primarias y secundarias a partir del alcance de cada objetivo planteado para desarrollar esta investigación. Para identificar y definir los elementos claves que integraron el instrumento, se realizó un análisis documental de las fuentes ya mencionadas, lo cual permitió obtener información relevante para la propuesta. Por otro lado, para llevar a cabo la validación del instrumento diseñado, se incorporó a esta investigación el método de cuestionario y juicio de expertos para definir la confiabilidad, validez y objetividad.

El instrumento fue el resultado de este proyecto de investigación, y se basó en el diseño de un cuestionario cerrado en la que se formularon afirmaciones o situaciones con alternativa de respuesta, lo que facilitó el procesamiento y análisis de los datos, también permitió una comparación homogénea entre respuestas, ya que los encuestados tuvieron las mismas opciones disponibles.

El alcance de validación del instrumento implicó la realización del juicio de expertos, quienes evaluaron la herramienta mediante un modelo de rúbrica, y además se desarrolló una prueba piloto de la aplicación del mismo, mediante un formulario de Google Forms el cual estuvo diseñado para realizar el análisis estadístico del Alfa de Cronbach, que buscó determinar la interrelación o consistencia del instrumento, es decir, cuantificó que tan bien el conjunto de métricas mide la cultura de mejoramiento en una institución de salud acreditada mediante la aplicación de un cuestionario.

3.7. Metodología

Tabla 2. *Momentos de la investigación*

Momentos de la investigación	Objetivo	Actividades	Entregable
Momento 1: Identificación de dimensiones y variables de mejoramiento continuo	Identificar las dimensiones y variables que permiten evaluar la cultura de mejoramiento continuo en instituciones con acreditación en salud	I. Revisión de la literatura existente y otras fuentes. II. Identificación de dimensiones y variables a través de juicio de expertos. III. Discusión de los resultados para la selección de las dimensiones y variables a usar en el diseño del instrumento.	Dimensiones y variables definidas
Momento 2: Diseño de instrumento	Diseñar el instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo según las dimensiones y variables identificadas.	I. Diseño del instrumento según las dimensiones y variables definidas. II. Estructuración de la ficha técnica del instrumento.	Instrumento definido y ficha técnica estructurada
Momento 3: Validación del instrumento	Validar el instrumento de medición definido mediante la aplicación de juicio de expertos y una prueba piloto en una institución de salud acreditada en Floridablanca - Santander	I. Selección de los expertos para las pruebas de validez de contenido. II. Evaluación del instrumento por parte de los expertos. III. Ajuste del instrumento de acuerdo con los resultados de la evaluación de los expertos. IV. Aplicación de la prueba piloto con los colaboradores.	Resultados de la validación, instrumento ajustado y ficha técnica

Momentos de la investigación	Objetivo	Actividades	Entregable
		V. Análisis información discusión resultados	de y de

3.8. Consideraciones éticas del estudio de investigación

El desarrollo de la presente investigación no implicó riesgos para los participantes, quienes fueron profesionales especializados en calidad del sector salud en calidad de expertos técnicos, así como trabajadores de una institución acreditada durante la prueba piloto. La única información de carácter personal que se recolectó fue el correo electrónico de los expertos técnicos, la cual fue protegida bajo principios de confidencialidad y privacidad garantizados por los investigadores.

Se llevó a cabo el debido proceso de consentimiento informado antes de cualquier participación en la investigación. En el caso de los expertos técnicos, el envío de la rúbrica diligenciada se consideró como manifestación explícita de su consentimiento informado. De igual manera, para la aplicación del instrumento en la prueba piloto, se obtuvo un consentimiento informado verbal previo a la participación de cada trabajador.

Esta investigación se desarrolló conforme a los principios de integridad científica establecidos en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010), los cuales promueven la honestidad, la transparencia, el respeto y la rendición de cuentas. Se garantizó el uso ético de la información recolectada y la confidencialidad de los datos durante el diseño y validación del instrumento para medir la cultura de mejoramiento continuo en una institución de salud acreditada, sin que ello implicara intervención directa con seres humanos.

4. Resultados

4.1. Identificación de las dimensiones y variables que permiten evaluar la cultura de mejoramiento continuo

Se requirió de una revisión detallada de fuentes de información que dieron cuenta de la experticia y la fundamentación teórica en el contexto del mejoramiento continuo y su cultura organizacional. Para comprender y evaluar esta cultura, fue necesario recurrir a literatura académica y documentos teóricos que proporcionaron una base sólida para la identificación de dimensiones y variables que permitieron estructurar la propuesta para el instrumento de medición.

En este contexto, al identificar las dimensiones y variables buscó no solo asociar áreas de oportunidad y fortaleza organizacionales en su enfoque hacia el mejoramiento continuo, sino que también enriquecieron el análisis con diversas perspectivas que contribuyen a una comprensión más profunda de este concepto.

Lo anterior permitió estructurar de manera coherente la identificación de dimensiones y variables que consolidaron los enfoques del instrumento de medición propuesto. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del desarrollo de este objetivo:

4.1.1. *Revisión de la literatura existente y otras fuentes*

A partir de las teorías publicadas por diversos autores sobre el mejoramiento continuo, incluyendo lo establecido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria de Colombia versión 3.1, así como investigaciones previas sobre la aplicación de instrumentos de cultura organizacional en instituciones de salud y otros sectores, se identificaron 17 dimensiones y 35 variables asociadas a la medición de la cultura de mejoramiento, las cuales se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 3. Dimensiones identificadas de la revisión de literatura

Dimensiones	Autor
Adhocracia	Cameron y Quinn (1999)
Clan	
Jerarquía	
Mercado	
Ambiente	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2011)
Equipo de Calidad	
Macrosistema (organización) Microsistema (Servicio hospitalario)	
Elementos determinantes de la cultura	Deal y Kennedy (1982)
Aspectos del comportamiento organizacional	G. Hofstede, G.J. Hofstede y Minkov (2010)
Implicaciones de la cultura	Kaoru Ishikawa (1992)
Indispensables de la cultura organizacional	Caicedo y Caldas (2002)
Dimensiones que permiten conocer la perspectiva de los trabajadores	Checa (2023)
Dimensiones que facilitan la mejora continua	Senge (1990)
Facilitadores de la cultura	García, Marín y Vidal (2008) García y Marín (2009)
Emocional	Rao y Weintraub (2013)
Racional	

Nota: esta tabla muestra las dimensiones identificadas a partir de la revisión de la literatura, las cuales se consolidaron con base en las principales teorías relacionadas con el mejoramiento continuo.

De acuerdo con la información presentada en la anterior tabla, se identificaron 17 dimensiones que reflejan la intersección de diversas teorías desarrolladas por 10 autores diferentes, pero que a la vez relevan la nula interrelación entre los distintos enfoques que analizan los fenómenos que conforman el entorno organizacional. Las dimensiones identificadas abarcan desde aspectos generales como el Clan, la Adhocracia, el Mercado y la Jerarquía, hasta conceptos más específicos como macrosistema (organización), el microsistema (servicio hospitalario), los facilitadores de conducta, el emocional, el racional, entre otros, proporcionando un marco para comprender cómo cada enfoque impacta en la consolidación de la cultura de mejoramiento. En conjunto, estas dimensiones proporcionan una base para el análisis de aquellos aspectos generales que el instrumento de medición deberá contemplar para evaluar aquellos aspectos específicos, identificados como variables, y que se presentarán a continuación:

Tabla 4. *Variables identificadas de la revisión de la literatura*

Variable	Variabes relacionadas	Autor
Prestigio	Elementos que reconocen patrones de identidad organizacional	Zapata y Saturno (2018)
Madurez organizacional para el mejoramiento continuo	Cultura para el mejoramiento continuo, Prioridad del desarrollo del TH para el mejoramiento continuo, Motivación para el mejoramiento continuo, Cultura en el microsistema para el mejoramiento continuo, Establecimiento de metas claras y medibles para el mejoramiento continuo, Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad, La mejora, Entendimiento de la mejora continua, Promoción de la mejora continua, Entendimiento de la mejora continua, Metodología organizacional propia para extender la mejora continua, Red cultural, Comunicación de los resultados del mejoramiento de la calidad, Tamaño, Filosofía de la calidad, Establecimiento de objetivos de calidad	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009) Deming (1986)
Sistemas de información de apoyo para el MC	Sistemas de control eficaces, Capacidades en uso de herramientas para el MC, Tecnología	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009)

Variable	Variables relacionadas	Autor
Innovación		Chiavenato (2002)
Diversidad del equipo de calidad	Involucramiento de los médicos	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009)
Conocimiento específico en mejoramiento continuo	Habilidades en técnicas y procedimientos para el MC, Apropiación metodológica	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009)
Trabajo en equipo	Promoción de la colaboración y el trabajo en equipo, Unión de la organización, Personal, Colaboración	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009)
Estabilidad del equipo de calidad	Estabilidad laboral	Chiavenato (2002)
Clima laboral	Medio Ambiente de confianza	Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2009)
Aprendizaje continuo	Cooperación intra-organizacional y aprendizaje organizacional, Aprendizaje en equipo, Formación y capacitación de colaboradores	Chiavenato (2002)
Adaptación constante a los cambios del entorno	Reacción al cambio, Adaptabilidad	Chiavenato (2002)
Foco de la conducta	Conducta del grupo	Ansoff (1968) Geert Hofstede (2012)
Propensión al riesgo		Ansoff (1968)
Metas de respuestas		Ansoff (1968)
Motivación	Motivaciones externas – mercadeo	G. Hofstede, G.J. Hofstede y Minkov (2010)
Medición del desempeño	Medición de resultados, Monitoreo permanente	ISO 9001:2015 (2015)
Análisis de resultados	Resultados enfocados al paciente en la dimensión técnica como en la interpersonal	ISO 9001:2015 (2015)
Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización	Determinación de objetivos para la mejora, Pensamiento sistémico, Mejora constante de los procesos, Procesos, Asignación de tareas, Gestión de los procesos	Ishikawa (1992) Senge (1990) J. García y J. Marín (2009)
Compromiso / Sentido de pertenencia	Implicación de la dirección, Responsabilidad, Calidad del apoyo administrativo para la ejecución de objetivos y resultados deseados, Importancia y continuidad de la alta dirección	Caicedo y Caldas (2002)
Satisfacción del cliente		Checa (2023)
Visión compartida	Los visionarios que crean la cultura	Senge (1990)
Estrategia	Planificación estratégica, Énfasis estratégicos, Vinculación con los objetivos estratégicos; Misión, Objetivos estratégicos, Decisión	Rich y Bateman (2003)

Variable	Variabes relacionadas	Autor
	estratégica de junta o dueños, Metas y objetivos	
Participación de los trabajadores	Participación de todos los involucrados en el proceso	García, Marín y Vidal (2008) García y Marín (2009) Deming (1989) Caicedo & Caldas (2002)
Recursos	Recursos, Recursos humanos y comunicación, Disponibilidad de recursos para el Mejoramiento continuo, Patrocinio externo para desarrollo de proyectos de mejora continua	García, Marín y Vidal (2008) García y Marín (2009) Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2011)
Valores	Valores del líder, Valores gerenciales	Charón (2007)
Principios	Historia y propiedad	Charón (2007)
Creencias	Características dominantes (organización en general)	Charón (2007)
Liderazgo	Liderazgo directivo para la calidad, Liderazgo en el microsistema para el MC, Liderazgo para gestionar la calidad, Estilo de liderazgo, Gestión del liderazgo, Líderes de organización Eliminación de barreras jerárquicas, Estilo gerencial, Existencia de director o gerente para la gestión de calidad	Charón (2007) Dale, Wilcox y McQuater (1997), G. Hofstede, G.J. Hofstede y Minkov (2010) Kaplan, Provost, Froehle y Margolis (2011) Cameron y Quinn (1999)
Toma de decisiones	Participación de todos los colaboradores en la toma de decisiones, Nivel de autonomía, Toma de acciones correctivas o preventivas de acuerdo con el contexto	Charón (2007) ISO 9001:2015 (2015)
Manejo de conflictos	Administración del conflicto	Charón (2007) G. Hofstede, G.J. Hofstede y Minkov (2010)
Estructura Organizacional	Estructura organizativa	Charón (2007) Gómez y Rodríguez (2001)
Eficiencia laboral		Checa (2023)
Eficacia laboral		Checa (2023)
Criterios de éxito		Cameron y Quinn (1999)
Comunicación eficaz		Rao y Weintraub (2013)

Nota: información de acuerdo con las teorías cultura de mejoramiento continuo investigadas.

En el análisis de 121 aspectos que se consideraron específicos dentro de los enfoques fundamentales para la medición de la cultura de mejoramiento, se llevó a cabo un exhaustivo proceso de revisión y comparación, en el cual se identificaron aspectos específicos similares y en donde se evidenciaron la mayor parte de coincidencias en variables tales como: “Madurez organizacional para el mejoramiento continuo”, “Aprendizaje continuo”, “Compromiso / Sentido de pertenencia”, “Estrategia”, “Recursos”, “Liderazgo” y “Toma de decisiones”, sin dejar a un lado otras que se consideran de importancia en los enfoques propuestos.

Este ejercicio permitió agrupar aquellos que de una u otra forma coincidían en sus propósitos, lo que condujo a una consolidación de conceptos. Como resultado, se redujeron estos aspectos, ahora denominados variables, a un total de 35, las cuales se encontraban en la fundamentación teórica de 24 autores relacionados. El resultado de este análisis refleja de manera resumida y precisa los aspectos específicos que conforman la cultura de mejoramiento. El objetivo de la simplificación se orientó a facilitar la comprensión de los grandes enfoques de las variables y articular con lo definido en el Manual de acreditación en salud y el concepto del juicio de expertos, para finalmente consolidar la propuesta orientada a estructurar el instrumento.

Con el fin de estructurar una propuesta articulada con el conjunto de medidas diseñadas para asegurar y verificar la calidad de los servicios en salud, se hizo referencia a los demarcados en el Manual de acreditación en salud, ya que este insumo proporciona un marco de directrices claras que orientan las prácticas de calidad y mejora continua. Al considerar estos lineamientos se identificaron las siguientes dimensiones: “Estructura”, “Procesos” y “Medición de resultados”, a las que se asocian sus respectivas variables enfocadas en los propósitos de mejoramiento. En coherencia con lo anterior, el considerar este insumo garantiza que el instrumento no solo sea relevante en la evaluación de la cultura organizacional, sino que contribuya a identificar e

implementar acciones específicas y efectivas que se encuentren articuladas con los elementos clave de la cultura organizacional de una institución de salud y se promuevan cambios en las prácticas diarias de los colaboradores con miras a la excelencia.

Tabla 5. Dimensiones y variables. Manual de acreditación en salud (2018)

Dimensión	Variables
Estructura	Recursos, Importancia y continuidad de la alta dirección, Integración sistémica del proceso de calidad con todas las áreas, Planeación del mejoramiento
Procesos	Desarrollo de procesos institucionales efectivos y eficientes
Medición de resultados	Resultados enfocados al paciente en la dimensión técnica como en la interpersonal, Aprendizaje organizacional Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad, Monitoreo permanente, Comunicación de los resultados del mejoramiento de la calidad

Adaptada de Manual de Acreditación en Salud (2018).

4.1.2. Identificación de dimensiones y variables a través de juicio de expertos

Para obtener una opinión cualificada y aprovechar el amplio conocimiento y experiencia de los colaboradores del área de calidad de una institución de salud acreditada en Floridablanca en relación con la gestión del mejoramiento en la implementación de sistemas de gestión de calidad, se realizó un juicio de expertos con las siguientes características:

Tabla 6. Características de ejercicio de juicio de expertos

Objetivo	Identificar las dimensiones y variables de la cultura de mejoramiento en una institución de salud acreditada basado en el criterio de expertos.
Expertos	Ocho profesionales del área de calidad de una institución de salud acreditada en Floridablanca. Cinco ingenieros industriales y tres enfermeras con posgrados en áreas afines a la gestión de calidad, como auditoría en salud y sistemas integrados de gestión,

	cuya antigüedad en el área de calidad en la institución oscila entre 1 y 27 años.
Herramienta	Encuesta enviada por correo electrónico compuesta por tres preguntas abiertas.

La encuesta incluyó las siguientes preguntas abiertas, *¿Cuáles considera que son las dimensiones clave de la cultura de mejoramiento en una institución de salud acreditada?, ¿Qué variables específicas dentro de cada dimensión considera que son más relevantes? y ¿Cómo define usted la cultura de mejoramiento?*

Desde este ejercicio los expertos identificaron 42 dimensiones y 136 variables en sus respuestas, que se revisaron y agruparon por similitud en su concepto y enfoque, quedando 22 dimensiones y 132 variables, que se presentan en la tabla 8. La dimensión más común identificada entre los expertos fue la de “Formación y capacitación”, relacionada por 6 expertos, le siguieron las dimensiones de “Evaluación y monitoreo de resultados”, relacionada por 5 expertos, “Liderazgo”, mencionadas por 4 expertos y, “Comunicación del proceso”, “Enfoque en el paciente”, y “Gestión del cambio”, relacionadas por 3 expertos. Además, las dimensiones de “Clima organizacional”, “Aprendizaje organizacional”, “Filosofía de la institución”, “Innovación”, “Participación del personal”, “Conducta frente a la mejora”, “Evolución del desempeño laboral” y “Asignación de recursos” fueron referidas por 2 expertos cada una. Finalmente, las 8 dimensiones restantes fueron relacionadas por un solo experto.

Tabla 7. Dimensiones y variables del juicio de expertos

Dimensiones	Variables relacionadas	No de Expertos
Formación y capacitación	El personal involucrado cuenta con las competencias y habilidades para la gestión del mejoramiento continuo, el personal involucrado cuenta con formación específica para la gestión del mejoramiento continuo, herramientas o canales de capacitación, convenios educativos, retorno de la inversión en capacitación, impacto de la retención del personal por capacitación, calidad de la capacitación, cobertura (3), personal especializado, desarrollo de habilidades, capacitación (2), procesos de inducción, capacitación continua	6

Dimensiones	Variables relacionadas	No de Expertos
Evaluación y monitoreo de resultados	Medición de indicadores, análisis de desviaciones, indicadores clave de desempeño, análisis de datos, retroalimentación continua, revisión periódica de objetivos, seguimiento a indicadores, planes de mejora (2), indicadores de calidad de atención, comité de mejoramiento para retroalimentar resultados, gestión por procesos, monitoreo, indicadores de resultado, resultados de indicadores, cumplimiento ciclo PHVA	5
Liderazgo	Políticas institucionales orientadas a la mejora continua, promoción de la mejora continua desde los directivos y líderes hasta el personal operativo, percepción del trabajador sobre el compromiso y liderazgo propio con la mejora continua, capacidad para comprometer al equipo de trabajo, habilidad para dirigir, desarrollar al equipo de trabajo, empatía, objetivos claros	4
Comunicación del proceso de mejora	Las mejoras se divulgan a todos los niveles organizacionales, conocimiento del mejoramiento institucional, canales de comunicación efectivos, historia, logros alcanzados, comunicación y despliegue institucional sobre las mejoras a todos los niveles	3
Enfoque en el paciente	Satisfacción del paciente y su familia (PQR, felicitaciones, encuesta de satisfacción), calidad del servicio, encuestas de satisfacción del paciente, actitud hacia el servicio, enfoque en el paciente, satisfacción del cliente	3
Gestión del cambio	Acciones establecidas para gestionar el cambio que genera la mejora (Se cuenta o no se cuenta), los procesos de mejoramiento son adoptados (Grado de apropiación de las mejoras según cada nivel institucional), capacidad de adaptación al cambio, adaptabilidad, cambio cultural, digitalización, flexibilidad ante los cambios organizacionales	3
Clima organizacional	Sentido de pertenencia, satisfacción del trabajador con la institución (reconocimientos), crecimiento profesional, beneficios, salario (2)	2
Aprendizaje Organizacional	El mejoramiento es visto desde el impacto positivo y sostenido en el tiempo, el mejoramiento es visto como parte del ciclo de gestión del proceso, transferencia de conocimiento, gestión del conocimiento, innovación basada en el aprendizaje	2
Filosofía de la institución	Principios, valores (2), comunicación de los valores institucionales a los trabajadores, los valores institucionales guían el comportamiento en el trabajo, los usuarios conocen los valores institucionales, ética	2
Innovación	Participación en iniciativas de innovación, estrategias usadas por la institución para promover innovación (concursos), herramientas ofrece la institución, creatividad, creación de nuevas ideas	2
Participación del personal	Se involucra a todos los niveles, motivación por participar, participación activa en comités	2

Dimensiones	Variables relacionadas	No de Expertos
Conducta frente a la mejora	Participación en actividades institucionales, resultados de auditorías de los procesos / medición de adherencias, responsabilidad de colaboradores, seguimiento al cumplimiento, reporte de no cumplimientos, claridad en procesos documentales	2
Evaluación del desempeño laboral	Productividad, evaluación de la calidad de trabajo y cumplimiento de objetivos, actitud y compromiso del trabajador, reconocimiento de los logros del trabajador, tasa de ascensos	2
Asignación de recursos	Recursos	2
Colaboración y trabajo en equipo	Confianza y cohesión, diversidad en equipos, toma de decisiones conjunta, integración de procesos	1
Alineación Estratégica	Grado de aporte a la cadena de valor institucional, alineación a todos los niveles del direccionamiento, autonomía y apoyo desde el direccionamiento para la mejora, Despliegue desde el direccionamiento estratégico de la organización	1
Reconocimiento	Motivación, exaltación, experiencias exitosas	1
Comunicación interna entre colaboradores	Comunicación efectiva, Canales de información de la institución, como se evalúa la capacidad de comunicación de los líderes con los trabajadores, se evalúan los canales de comunicación usados, liderazgo orientado a la mejora, espacios de reunión y comunicación interna	1
Compromiso con la calidad	Estándares de calidad, cumplimiento de normativas, mejora continua, autoevaluación e identificación de brecha entre calidad observada y esperada	1
Competencia	Perfiles idóneos, resultados por desempeño	1
Conocimiento	Evaluación de conocimientos	1
Gestión por procesos	Estandarización y documentación de los procesos	1

Nota: los números entre paréntesis es el número de veces que repitieron la variable los expertos. Adaptada de acuerdo a identificación de dimensiones y variables de acuerdo al juicio de expertos.

En revisión de esta información es posible evidenciar que los expertos en este contexto de cultura de mejoramiento continuo le dan alta relevancia a la existencia de mecanismos de evaluación, análisis y monitoreo que permitan identificar áreas de mejora y evaluar su progreso; al liderazgo que bien se conoce que puede ser barrera o facilitador de la cultura organizacional de

acuerdo a como sea gestionado, y la formación y capacitación del talento humano sin perder de vista a los trabajadores como principales actores en la cultura organizacional.

Asimismo, otros factores importantes, como el aprendizaje organizacional, la filosofía de la institución, la comunicación del proceso, la innovación, la satisfacción, la participación del personal y la conducta frente a la mejora, muestran que, desde su perspectiva, se es necesario que se contemplen elementos tanto estructurales como humanos y conductuales para el desarrollo de la cultura desde todas sus aristas.

Además, fue importante conocer la definición de cultura mejoramiento dada por los expertos, con lo que podemos concluir que para ellos corresponde a esos *comportamientos, maneras, actividades implementadas, enfoque que reflejan un compromiso con la búsqueda constante de la excelencia.*

Este acercamiento a una definición se contrasta con la concepción de cultura de mejora continua del Kaizen LAB (2023) “entorno organizacional en el cual la búsqueda constante de la mejora, la innovación y la excelencia están arraigadas y son valoradas por todos los miembros de la organización”.

4.1.3. Discusión de los resultados para la selección de las dimensiones y variables a usar en el diseño del instrumento

Para analizar las dimensiones y variables propuestas por los expertos en comparación con las obtenidas en la revisión de la literatura, se hizo necesario homologar las dimensiones identificadas por los expertos con las variables de la revisión de la literatura. En los resultados de los expertos, no se identificaron dimensiones según la definición establecida en el instrumento, que considera las dimensiones como aspectos o enfoques fundamentales para evaluar o analizar

un fenómeno específico. En cambio, se obtuvieron variables, definidas como aspectos específicos que pueden clasificarse dentro de las dimensiones clave.

Se seleccionan como dimensiones para el diseño del instrumento de medición las propuestas por Rao y Weintraub: racional y emocional. Estas dimensiones agrupan los factores evaluados en la encuesta sobre los pilares de la innovación, utilizados para medir el Cociente de Innovación dentro de las organizaciones aplicado en cientos de instituciones a nivel mundial. Los autores de esta investigación consideran que cuentan con el sustento teórico necesario para respaldar la elección según lo concluido por Rao y Weintraub (2013), quienes argumentan que estas dimensiones interactúan de manera dinámica para “dar forma a la cultura de innovación y crear una ventaja competitiva sostenida” lo que las hace aplicables a cualquier cultura específica que se desee medir.

Con base en las variables definidas por los autores en la revisión de la literatura, así como en el juicio de expertos y las directrices establecidas en el manual de acreditación en salud, se llevó a cabo un proceso de selección para el diseño del instrumento, esto implicó identificar aquellas variables que mostraban similitud en su concepto o se alineaban adecuadamente con el enfoque, asegurando así que el instrumento fuera pertinente para la evaluación de la cultura de mejoramiento en cuanto a que se consideraron los aspectos que mostraban coincidencia. A continuación, se presentan las variables consolidadas para cada una de las fuentes de estudio:

Tabla 8. *Homologación de variables*

Variables de la revisión de la literatura	Dimensiones de los expertos	Variables Manual de acreditación en salud
Estrategia	Alineación estratégica	
Aprendizaje continuo	Aprendizaje organizacional	Aprendizaje organizacional
Adaptación constante a los cambios del entorno	Gestión del Cambio	
Trabajo en equipo	Colaboración y trabajo en equipo	

Variables de la revisión de la literatura	Dimensiones de los expertos	Variables Manual de acreditación en salud
Comunicación eficaz	Comunicación del proceso de mejora	Comunicación de los resultados del mejoramiento de la calidad
Innovación	Innovación	
Participación de los trabajadores	Participación del personal	
Liderazgo	Liderazgo	
Medición del desempeño	Evaluación y monitoreo de resultados	Monitoreo permanente
Satisfacción del cliente	Enfoque en el paciente	Resultados enfocados al paciente en la dimensión técnica como en la interpersonal
Foco de la conducta	Conducta frente a la mejora	
Recursos	Asignación de recursos	Recursos
Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización		Integración sistémica del proceso de calidad con todas las áreas
Valores		
Principios	Filosofía de la institución	
Creencias		
Madurez organizacional para el mejoramiento continuo		Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad
Clima laboral	Dimensión que involucre la estabilidad laboral	
Conocimiento específico en mejoramiento continuo	Formación y capacitación	

Tomando en cuenta el anterior análisis, se identificaron 18 variables para el diseño del instrumento de medición de la cultura de mejoramiento, las cuales fueron definidas tomando en cuenta que estuvieran presentes en dos o más fuentes diferentes, tal y como se presenta en la tabla 9. Esta selección se fundamenta en la necesidad de contar con un marco que se ajuste a la amplitud del enfoque de estudio. Las denominaciones de estas variables han sido definidas para asegurar que abarquen adecuadamente los diversos enfoques que contemplan las fuentes, permitiendo así una valoración integral de la cultura de mejoramiento en una institución de salud.

Tabla 9. *Variables definidas para el instrumento de medición*

Variables seleccionadas	Fuente (s) de identificación
Alineación estratégica	Revisión de la literatura y Expertos
Aprendizaje organizacional	Revisión de la literatura, Expertos y Manual de acreditación
Gestión del cambio	Revisión de la literatura y Expertos
Colaboración y trabajo en equipo	Revisión de la literatura y Expertos
Comunicación del proceso de mejora	Revisión de la literatura, Expertos y Manual de acreditación
Innovación	Revisión de la literatura y Expertos
Recursos	Revisión de la literatura, Expertos y Manual de acreditación
Participación del personal	Revisión de la literatura y Expertos
Liderazgo	Revisión de la literatura y Expertos
Evaluación y monitoreo de resultados	Revisión de la literatura, Expertos y Manual de acreditación
Enfoque en el paciente	Revisión de la literatura, Expertos y Manual de acreditación
Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad	Revisión de la literatura y Manual de acreditación
Conducta frente a la mejora	Revisión de la literatura y Expertos
Filosofía de la institución	Revisión de la literatura y Expertos
Conocimiento específico para la gestión del mejoramiento continuo	Revisión de la literatura y Expertos
Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización	Revisión de la literatura y Manual de Acreditación
Clima laboral	Revisión de la literatura y Expertos
Sistemas de gestión	Experiencia de los investigadores

Nota: Esta tabla presenta las variables que se encuentran en (2) o más fuentes de identificación.

En este contexto, se considera fundamental a juicio de los investigadores, tener en cuenta la variable de Sistemas de gestión, basada en la importancia de explorar la percepción de los

colaboradores respecto a la implementación del sistema de gestión, en este caso, el sistema de calidad propuesto por la Acreditación en Salud. Partiendo del principio de que los sistemas de gestión deben constituirse en una oportunidad organizacional para promover el mejoramiento continuo, esta percepción permitirá identificar si su implementación ha sido efectivamente comprendida y aprovechada en coherencia con dicho propósito.

Asimismo, ofrece elementos para comprender si, en instituciones que apenas inician el camino hacia la acreditación, existe un compromiso genuino por parte de la alta dirección, o si, en organizaciones con mayor madurez, persiste una visión estratégica que valora y mantiene el sistema de acreditación como una herramienta clave para el fortalecimiento institucional.

4.2. Diseño del instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo según las dimensiones y variables identificadas

4.2.1. Diseño del instrumento según las dimensiones y variables definidas

El proceso de diseño del instrumento de medición se realizó a partir de las dimensiones y variables previamente establecidas, considerando un enfoque estructurado basado en el escalonamiento tipo Likert por su eficacia en la medición de actitudes y percepciones. Para ello, se desarrollaron ítems que respondieran a un modelo de construcción riguroso, a fin de garantizar la representatividad y pertinencia de cada variable del constructo a evaluar.

Inicialmente, se definió el alcance teórico y operacional de cada variable, lo cual se logró mediante la triangulación de tres fuentes principales: (1) la revisión de literatura, (2) juicio de expertos y (3) los lineamientos del Manual de Acreditación en Salud; lo cual permitió delimitar con mayor precisión el contenido de cada variable, así como establecer la clasificación dentro de una de las dos dimensiones centrales que conforma el instrumento: la dimensión emocional y la

dimensión racional.

En este proceso, algunas variables se clasificaron de forma exclusiva en una de las dimensiones mencionadas, mientras que otras, por su alcance, se incluyeron en ambas dimensiones, con el propósito de garantizar una cobertura amplia del constructo.

Una vez establecido el marco de clasificación y delimitación de las variables, se procedió a la formulación de los ítems. Cada uno fue propuesto bajo criterios de claridad, precisión y congruencia teórica, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para permitir la medición de distintos niveles de acuerdo. De esta manera, el instrumento fue constituido por un conjunto de ítems diseñados para captar con confiabilidad, validez y objetividad las percepciones, actitudes o comportamientos relacionados con la cultura de mejoramiento continuo. En el diseño se consideraron tres aspectos fundamentales:

- a) Operacionalización: se transformaron las variables teóricas en alcances observables y medibles, definiendo para cada una la dimensión y la conceptualización empírica a través de ítems.

Tabla 10. *Matriz de Operacionalización de la variable*

Variable	Operacionalización conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cultura de mejoramiento	Capacidad individual de los trabajadores para ajustarse de manera flexible y eficaz a nuevos cambios.	Emocional	Gestión del Cambio	Mi receptividad y facilidad de adaptación a los cambios promueven el mejoramiento continuo en la organización.	Escala de Likert 5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni desacuerdo 2= En desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
	Capacidad institucional de gestionar los cambios resultantes de la implementación de mejoras para que sean sostenibles en el tiempo.	Racional		La organización gestiona los cambios derivados de las mejoras para que estas se mantengan en el tiempo.	
	Comunicación efectiva y cohesión para el alcance de los objetivos y de la mejora.	Emocional	Colaboración y trabajo en equipo	Colaboro activamente con mi equipo de trabajo para identificar oportunidades de mejora y alcanzar los objetivos.	
	Integración de procesos.	Racional		La articulación existente entre los equipos de trabajo de la organización permite implementar iniciativas de mejora.	
	Existencia de la intencionalidad o motivación del personal en participar en los procesos de mejoramiento continuo.	Emocional	Participación del personal	Siempre tengo disposición de participar constantemente en los procesos de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos de la organización.	

Variable	Operacionalización conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cultura de mejoramiento	Participación de todos los involucrados en el proceso de mejoramiento y en todos los niveles.	Racional		En los procesos de mejoramiento organizacionales participan todas las personas involucradas, independiente de su nivel en la estructura organizacional.	Escala de Likert 5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni desacuerdo 2= En desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
	La institución interioriza los resultados de las mejoras implementadas.	Emocional	Aprendizaje organizacional	Las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas las integro de manera continua en mis prácticas laborales.	
	Los resultados de las mejoras implementadas son sostenibles en el tiempo.	Racional		La organización mantiene en el tiempo las mejoras implementadas en las áreas y servicios.	
	El personal cuenta con formación, competencias técnicas y metodológicas para liderar y participar en la gestión del mejoramiento continuo.	Emocional	Conocimiento específico para la gestión del mejoramiento continuo	Tengo los conocimientos necesarios para participar activamente en procesos de mejoramiento continuo en la organización.	
		Racional		La formación impartida por la organización cubre de manera adecuada los conocimientos requeridos para el mejoramiento continuo.	
	Respuesta o comportamiento frente al mejoramiento continuo.	Emocional	Conducta frente a la mejora	Me siento comprometido con la calidad en el desempeño de mis funciones diarias	
	Existencia de un ambiente laboral que influye en la disposición del personal para la implementación de mejoras.	Emocional	Clima laboral	El ambiente laboral de la organización incide en mi motivación y disposición para proponer mejoras.	

Variable	Operacionalización conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cultura de mejoramiento	Los valores, principios y creencias se reflejan en los procesos de mejora de la institución.	Racional	Filosofía de la institución	Los valores, principios y creencias de la organización se reflejan claramente en los procesos de mejora que se implementan.	Escala de Likert 5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni desacuerdo 2= En desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
	*Existencia de un liderazgo para la gestión del mejoramiento continuo. *Motivación y promoción del mejoramiento continuo.	Racional	Liderazgo	Los líderes de la organización fomentan y motivan constantemente el mejoramiento continuo.	
	Proceso profundo y sostenido donde los principios de calidad se convierten en parte esencial de la cultura organizacional.	Racional	Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad	El mejoramiento continuo es parte esencial de nuestra cultura organizacional.	
	*Promoción de iniciativas de innovación. *Incorporación de ideas innovadoras en los procesos y en la gestión de la calidad.	Racional	Innovación	La organización promueve y motiva de forma continua la generación y aplicación de ideas innovadoras para lograr mejores resultados.	
	Monitorización permanente de los resultados de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	Racional	Evaluación y monitoreo de resultados	La organización realiza seguimiento permanente a la implementación de acciones de mejora establecidas.	
	*Integración del mejoramiento continuo en el direccionamiento estratégico. *Vinculación de la mejora con los objetivos estratégicos.	Racional	Alineación estratégica	El direccionamiento estratégico de la organización (misión, visión, objetivos y planes estratégicos) promueve activamente el mejoramiento continuo en los procesos y servicios.	
	Comunicación y despliegue de los resultados de las mejoras implementadas a todos los niveles.	Racional	Comunicación del proceso de mejoramiento	Los resultados obtenidos de los procesos de mejora de la calidad	

Variable	Operacionalización conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
				son comunicados a todos los niveles de la organización.	
	Asignación y disposición de recursos para la implementación del mejoramiento.	Racional	Recursos	La organización asigna recursos (tiempo, personal, herramientas) para implementar acciones de mejora.	Escala de Likert 5= Totalmente de acuerdo 4= De acuerdo 3= Ni de acuerdo, ni desacuerdo 2= En desacuerdo 1= Totalmente en desacuerdo
	Enfoque de la implementación de las mejoras en la satisfacción del paciente.	Racional	Enfoque en el paciente	Las acciones de mejora implementadas en la organización tienen un enfoque en el paciente.	
	*El proceso de calidad se encuentra integrado de manera sistémica en todas áreas y servicios de la institución. *Mejora constante de los procesos.	Racional	Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización	* El proceso de calidad está integrado en todas las áreas y servicios de la organización. * Todas las áreas de la organización están comprometidas con la búsqueda permanente del mejoramiento continuo	
	La implementación de los sistemas de gestión hace posible el mejoramiento continuo de forma sistemática, medible y sostenible.	Racional	Sistemas de gestión	La implementación del Sistema de Gestión de Acreditación es asumida como una oportunidad para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.	

b) Codificación: se asignaron valores numéricos a cada opción de respuesta, siguiendo una escala tipo Likert de cinco puntos, lo que permitirá su posterior análisis estadístico al momento de la validación del instrumento.

c) Nivel de medición: se optó por un nivel de medición ordinal, que permite ordenar las respuestas según la intensidad del acuerdo o desacuerdo, sin asumir intervalos iguales entre los niveles de respuesta.

Al inicio del instrumento se incluyó una sección titulada “Instrucciones de diligenciamiento”, en la cual se presenta, mediante un lenguaje sencillo y accesible para el participante, el objetivo de la medición, la forma en que debe marcar sus respuestas, la importancia de responder con total sinceridad, el carácter anónimo del cuestionario, el tiempo estimado para su diligenciamiento y una nota de agradecimiento por su participación.

Asimismo, se incluyó información demográfica que resulta importante por razones analíticas en la interpretación de resultados. El tipo de personal permite identificar posibles diferencias en la percepción de la cultura de mejoramiento en áreas funcionales. La antigüedad en la organización brinda información sobre cómo el tiempo de permanencia en la organización puede influir en la apropiación de dicha cultura. Por su parte, el nivel de mejoramiento al que pertenecen cada colaborador permite comprender grado de apropiación del enfoque de los niveles. Finalmente, el rango de edad permite explorar tendencias generacionales que puedan incidir en la percepción de cultura.

Para concluir, estas variables no solo enriquecen el análisis, sino que permiten segmentar los resultados, identificar patrones diferenciales y orientar recomendaciones específicas para grupos determinados dentro de la organización. Estructuración de la ficha técnica del instrumento

Como resultado del proceso de diseño metodológico, se estructuró la ficha técnica del instrumento de medición, el cual permite evaluar la percepción de los colaboradores sobre la cultura de mejoramiento continuo en instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta ficha recoge de manera sistemática los elementos esenciales del instrumento, tales como su objetivo, población objetivo, tipo y técnica de recolección, estructura, dimensiones, variables asociadas, criterios de aplicación e interpretación, así como el estado de validación.

El instrumento se fundamenta en dos dimensiones clave del comportamiento humano: la emocional y la racional, integrando por el momento 24 ítems distribuidos en variables específicas que permiten una evaluación integral del contexto organizacional. Asimismo, contempla factores demográficos relevantes que facilitan el análisis comparativo y segmentado de los resultados.

El nivel de interpretación se determinó tomando como referente la escala propuesta por (Patlán et al., 2021) en su Escala de Tipos de Cultura Organizacional (ETCO), el cual determina el perfil cultural de las organizaciones. Los niveles de interpretación propuestos son: muy fuerte, fuerte, moderadamente fuerte, moderadamente débil, débil y muy débil.

El baremo se determinará mediante los siguientes cálculos matemáticos:

Cálculo del valor máximo ($V_{m\acute{a}x}$): *Valor máximo* ($V_{m\acute{a}x}$) = $N \times E_{n>}$; Donde: N = Número de ítems o preguntas y $E_{n>}$ = Mayor escala valorativa

$$(V_{m\acute{a}x}) = N \times 5$$

Cálculo del valor mínimo ($V_{m\acute{i}n}$): *Valor mínimo* ($V_{m\acute{i}n}$) = $N \times E_{n<}$; Donde: N = Número de ítems o preguntas y $E_{n<}$ = Menor escala valorativa







$$(V_{m\acute{i}n}) = N \times 1$$

Cálculo del rango (R): *Rango* (R) = $V_{m\acute{a}x} - V_{m\acute{i}n}$; Donde: $V_{m\acute{a}x}$: Valor máximo y $V_{m\acute{i}n}$

Cálculo de la amplitud (K): *Amplitud* (K) = R/Q ; Donde: R: Rango Q: Número de niveles

Una vez determinada la amplitud, se establecieron los valores de cada nivel de interpretación y su significado, como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Niveles de interpretación y significación global

Nivel	Valor	Significación
 Muy fuerte	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy fuerte
 Fuerte	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo fuerte
 Moderadamente fuerte	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente fuerte
 Moderadamente débil	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente débil
 Débil	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo débil
 Muy Débil	X1 – X2	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy débil

Nota: Los valores correspondientes a cada nivel de interpretación serán definidos de manera definitiva una vez el instrumento sea validado por los expertos y determinada la confiabilidad mediante la prueba piloto, ya que este aspecto está sujeto al número de ítems.







Adaptada de Patlán et al., (2021).

El baremo definido para establecer los niveles de interpretación y significación por variable se calculó de la siguiente manera:

Cálculo del rango (R): $Rango (R) = 5 - 1 = 4$;

Cálculo de la amplitud (K): $Amplitud (K) = 4/6 = 0,66$

Tabla 12. Niveles de interpretación y significación por variable

Nivel	Valor	Significación
 Muy fuerte	4.35 – 5	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy fuerte
 Fuerte	3.68 – 4.34	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo fuerte
 Moderadamente fuerte	3.01 – 3.67	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente fuerte
 Moderadamente débil	2.34 – 3	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente débil
 Débil	1.67 – 2.33	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo débil
 Muy Débil	1 – 1.66	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy débil

Adaptada de Patlán et al., (2021)

Posteriormente, el instrumento se someterá a una fase de validación de contenido por expertos y prueba piloto, lo que respalda su rigurosidad metodológica y potencial utilidad práctica en distintos contextos institucionales, tanto acreditados como en proceso de acreditación o con enfoque en la gestión de calidad.

4.3. Validación del instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo

4.3.1. Selección de los expertos para la validación de contenido

Para llevar a cabo la validación de contenido del instrumento por parte de expertos técnicos, se definió inicialmente el perfil profesional requerido, considerando criterios de formación académica y experiencia laboral, tanto para los validadores metodológicos como para los validadores disciplinares, así:

1. Formación académica: Profesionales con título de posgrado a nivel de maestría. En el caso de expertos disciplinares, se aceptará título de especialización únicamente si se acredita una experiencia mínima de 10 años en gestión de calidad y mejoramiento continuo, específicamente en instituciones de salud acreditadas.
2. Experiencia laboral:
 - Expertos metodológicos: 10 años de experiencia en el diseño, validación y/o evaluación de instrumentos de medición.
 - Expertos disciplinares: 5 años de experiencia en gestión de calidad y mejoramiento continuo en instituciones de salud acreditadas.

De acuerdo con el perfil requerido, se seleccionaron los siguientes expertos técnicos:

Validador metodológico 1:

Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica y de la Salud, y Magíster en Familia y Gestión

de Programas para la Familia, con más de 15 años de experiencia en la construcción y validación de cuestionarios dirigidos a estudiantes de educación superior, orientados a la evaluación de indicadores emocionales y psicológicos. Ha ejercido como asesora y evaluadora de proyectos de grado enfocados en el diseño de instrumentos de medición. Actualmente se desempeña como profesional en interacción universitaria y seguimiento al éxito estudiantil de una institución de educación superior con acreditación de alta calidad.

Validador metodológico 2:

Comunicadora Social - Periodista, Especialista en Educación con Nuevas Tecnologías y Magíster en Desarrollo Social. Docente universitaria en programas de pregrado y posgrado. Investigadora de la línea de Apropiación Social del Conocimiento en Salud en Santander, del Grupo Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS). Cuenta con 10 años de experiencia en la creación y validación de material educativo dirigido a pacientes. Ha sido coordinadora de estrategias educativas en proyectos cofinanciados por Minciencias y par evaluador de esta entidad en iniciativas de apropiación social del conocimiento.

Validador disciplinar 1:

Ingeniero Industrial, Especialista en Sistemas Integrados de Gestión y en Gerencia de Riesgos y Seguridad y Salud en el Trabajo. Cuenta con 20 años de experiencia en procesos de mejoramiento continuo, acreditación en salud, gestión de la calidad y fortalecimiento de la cultura organizacional, con énfasis en el diseño, implementación y evaluación de sistemas de gestión. Ha participado activamente en el acompañamiento de procesos de acreditación institucional, contribuyendo a la consolidación de prácticas orientadas a la excelencia. Actualmente se desempeña como Coordinador del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo en una institución de salud acreditada.

Validador disciplinar 2:

Enfermera, especialista en Gerencia de Instituciones de Salud y Magíster en Calidad y Gestión Integral, con 12 años de experiencia en la gestión de servicios asistenciales y de sistemas de gestión de calidad en instituciones de salud. Se ha desempeñado como docente de posgrado en auditoría en salud. Actualmente es Coordinadora del Estándar asistencial en una institución acreditada, desde donde articula a los diferentes responsables del proceso asistencial con un enfoque centrado en el paciente y en el mejoramiento continuo.

Validador disciplinar 3:

Enfermera, especialista en Atención de Enfermería en Cuidado Crítico y en Docencia Universitaria, y Magíster en Enfermería, con 15 años de experiencia en la gestión de servicios asistenciales y 10 años como docente universitaria en programas de pregrado en Enfermería. Se ha desempeñado como líder del proceso de Atención al Cliente Asistencial en una institución de salud acreditada, liderando estrategias orientadas al mejoramiento de la experiencia del paciente y al cumplimiento de los estándares de calidad. Actualmente es líder del proceso de Docencia e Investigación en una institución pública de alta complejidad.

4.3.2. Evaluación del instrumento por parte de los expertos

Para determinar si el instrumento realmente mide las variables y dimensiones definidas por los autores de la investigación, se realizó un proceso de validación de contenido por parte de expertos técnicos. Este proceso consistió en la evaluación de los 24 ítems incluidos en la versión final del instrumento CUME-24, considerando los criterios de pertinencia, redacción y objetividad, utilizando una escala cualitativa: Adecuado (A) e Inadecuado (I).

La validación fue realizada por cinco expertos técnicos previamente seleccionados,

mediante el diligenciamiento del documento titulado “Instrumento de validación de cuestionario”, el cual incluía la rúbrica de evaluación y estaba compuesto específicamente por las siguientes secciones:

1. Identificación del experto, en donde se solicitó información relacionada con el nombre del evaluador, formación académica, lugar de trabajo y cargo.
2. Identificación de la investigación, en donde se presentó el título de la investigación, objetivo general y los objetivos específicos.
3. Las instrucciones para el diligenciamiento de la rúbrica de validación del instrumento, en donde se explicó el objetivo del proceso de validación y se incluyeron aspectos relevantes de los criterios a evaluar (pertinencia, redacción y objetividad), las escalas de evaluación y un espacio para observaciones adicionales. Esta sección incluía dos tablas:
 - Tabla 12. Cuadro de operacionalización del instrumento, en la que los expertos calificaron cada ítem según los tres criterios establecidos.
 - Tabla 13. Recomendaciones adicionales, en caso de que un ítem fuera calificado como Inadecuado (I) en cualquiera de los criterios, se requería la inclusión de observaciones o sugerencias específicas.
4. Juicio del Experto, esta sección incluía cinco preguntas orientadas a valorar la coherencia entre los ítems, los objetivos, las variables e indicadores del instrumento. Los expertos calificaron el nivel de suficiencia del instrumento como “suficiente”, “medianamente suficiente” o “insuficiente” y contaron con un espacio adicional para registrar observaciones finales.

La rúbrica de validación fue enviada a los expertos técnicos y devuelta por correo electrónico, debidamente diligenciada con sus respectivas calificaciones y observaciones para la

tabulación realizada en Excel. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 13. *Resultados globales de la validación por criterio de evaluación*

Criterio	% Adecuado general	% Inadecuado general
Pertinencia	95%	5%
Redacción	88%	12%
Objetividad	94%	6%

Los resultados globales obtenidos a partir de la evaluación realizada por los expertos técnicos indican que el instrumento CUME-24 presenta un alto nivel de adecuación en sus ítems, con una aceptación general positiva en los tres criterios valorados: pertinencia, redacción y objetividad.

- *Pertinencia:* el 95% de los ítems fueron valorados como adecuados, lo que indica que el contenido de los ítems guarda coherencia con el objetivo, variables, dimensiones e indicadores definidos en el instrumento. El 5% de ítems considerados inadecuados deben ser revisados y ajustados para asegurar su alineación conceptual.
- *Redacción:* este criterio presentó el menor porcentaje de adecuación (88%) y el más alto de inadecuación (12%), lo que sugiere la necesidad de ajustes en la formulación de algunos ítems para mejorar su claridad, precisión y comprensión por parte de los futuros participantes.
- *Objetividad:* con un 94% de adecuación, este resultado refleja que la mayoría de los ítems son claros, libres de ambigüedad y permiten una interpretación uniforme. No obstante, el 6% que fue calificado como inadecuado indica que ciertos ítems podrían inducir interpretaciones subjetivas o múltiples, y requieren reformulación.

Tras el análisis general de la validación de contenido, se procedió a revisar de manera

detallada la calificación otorgada a cada uno de los 24 ítems del instrumento. Este análisis individual permitió identificar patrones específicos de mejora, así como ítems que requieren ajustes puntuales en su redacción, pertinencia u objetividad, según las observaciones de los expertos técnicos.

A continuación, se presentan los resultados desagregados por ítem:

Tabla 14. *Resultados de la validación por ítem*

ITEMS	PERTINENCIA									REDACCIÓN			OBJETIVIDAD		
	OBJE-TIVO		VARIA-BLE		DIMEN-SIÓN		INDICA-DOR		%A	A	I	%A	A	I	%A
	A	I	A	I	A	I	A	I	%A	A	I	%A	A	I	%A
1	5		5		5		5		100%	4	1	80%	5		100%
2	4	1	5		4	1	5		90%	3	2	60%	5		100%
3	5		5		5		5		100%	5		100%	5		100%
4	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
5	5		5		5		5		100%	3	2	60%	5		100%
6	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
7	5		5		5		5		100%	3	2	60%	5		100%
8	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
9	5		5		4	1	5		95%	4	1	80%	4	1	80%
10	4	1	5		5		4	1	90%	4	1	80%	5		100%
11	5		5		5		4	1	95%	3	2	60%	3	2	60%
12	5		5		5		5		100%	5		100%	5		100%
13	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
14	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
15	4	1	5		5		5		95%	4	1	80%	5		100%
16	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
17	4	1	5		5		4	1	90%	5		100%	5		100%
18	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
19	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
20	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%
21	4	1	4	1	5		4	1	85%	4	1	80%	3	2	60%
22	4	1	5		5		4	1	90%	4	1	80%	4	1	80%
23	4	1	5		5		4	1	90%	4	1	80%	4	1	80%
24	4	1	5		5		5		95%	5		100%	5		100%

Nota:

A: Adecuado

I: Inadecuado

%A: Proporción de aprobación

Así mismo, los expertos técnicos realizaron comentarios adicionales en el espacio destinado a recomendaciones por ítem, aportando observaciones en 23 de los 24 ítems evaluados, tal como se presenta a continuación:

Tabla 15. *Observaciones de los expertos técnicos frente a los ítems del instrumento*

ITEMS	Recomendaciones
1. Mi receptividad y facilidad de adaptación a los cambios promueven el mejoramiento continuo en la organización.	1. Pertinente, podría sugerir un poco más de claridad. Sugerencia redacción: Considero que mi actitud receptiva y mi capacidad de adaptación a los cambios contribuyen al fortalecimiento del mejoramiento continuo en la organización. 2. Podría usarse en lugar de “facilidad” la palabra “capacidad”.
2. La organización gestiona los cambios derivados de las mejoras para que estas se mantengan en el tiempo.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Sugiero reemplazar mejoras por “Oportunidades de Mejoramiento”. 3. Considero se debe colocar, ajustar y adicionar unos términos para mayor claridad relacionado con el indicador a medir: “La organización gestiona los cambios derivados de los procesos de mejora, con el fin de garantizar su sostenibilidad en el tiempo”.
3. Colaboro activamente con mi equipo de trabajo para identificar oportunidades de mejora y alcanzar los objetivos.	1. Sugiero ajustar así: ... objetivos del área o de la organización o institución.
4. La articulación existente entre los equipos de trabajo de la organización permite implementar iniciativas de mejora.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Revisar si es más claro entre los servicios o áreas de la organización. Asimismo, revisar el nivel educativo de quienes responderán el instrumento.

ITEMS	Recomendaciones
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sugiero ajustar la última parte así: orientados al logro de los objetivos organizacionales.
<ol style="list-style-type: none"> 5. Siempre tengo disposición de participar constantemente en los procesos de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos de la organización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redacción: es redundante “siempre” ...” constantemente” ... en el mismo ítem. 2. Considero que sobra la palabra “constantemente” o siempre, dado que tienen significados similares. 3. Podría inducir una respuesta socialmente deseada. Sugerencia de redacción: Manifiesto disposición constante para participar en los procesos de mejoramiento continuo de la organización.
<ol style="list-style-type: none"> 6. En los procesos de mejoramiento organizacionales participan todas las personas involucradas, independiente de su nivel en la estructura organizacional. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Sugiero: ...su nivel jerárquico. 3. Recomiendo revisar el termino nivel.
<ol style="list-style-type: none"> 7. Las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas las integro de manera continua en mis prácticas laborales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redacción: el orden gramatical en el ítem: Integro las lecciones aprendidas... 2. Sugiero ajustar la redacción para ser más directo: Aplico de forma continua las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas en la organización en mis labores diarias. 3. Sugiero cambiar el orden: Integro de forma continua las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas en mis prácticas laborales.
<ol style="list-style-type: none"> 8. La organización mantiene en el tiempo las mejoras implementadas en las áreas y servicios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización.... 2. Sugiero que se podría complementar este ítem que evalúa el indicador de “Aprendizaje Organizacional”; con la celebración de los principales hitos y logros del mejoramiento continuo, los cuales, ayudarán a mantener en el tiempo el aprendizaje organizacional, a través de la comunicación de las experiencias exitosas que formarán parte de la cultura de mejoramiento.
<ol style="list-style-type: none"> 9. Tengo los conocimientos necesarios para participar activamente en procesos de mejoramiento continuo en la organización. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dimensión: refleja más la dimensión cognitiva... (dimensión emocional: centrarse en emociones, sentimientos que provocan comportamientos o acciones hacia la participación...) 2. No es fácil saber cuáles son los conocimientos necesarios, a fin de dar una respuesta a este ítem.

ITEMS	Recomendaciones
10. La formación impartida por la organización cubre de manera adecuada los conocimientos requeridos para el mejoramiento continuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Esta pregunta se puede ajustar: La formación impartida por la organización en temas de calidad es suficiente y responde adecuadamente a los requerimientos de su área o servicio para aportar al mejoramiento continuo.
11. Me siento comprometido con la calidad en el desempeño de mis funciones diarias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considero que este ítem sugiere una respuesta determinada orientada hacia la opción: totalmente de acuerdo. Sugiero: Considero que, en el desempeño de mis funciones diarias, mantengo un compromiso constante con los procesos de calidad. 2. La redacción puede dirigirse a una acción observable. Sugerencia de redacción: Demuestro compromiso con la calidad a través del cumplimiento de estándares en mis funciones diarias. 3. Si se quiere evaluar conducta la pregunta podría ser: Participo activamente en acciones orientadas al mejoramiento de la calidad en mis funciones diarias.
13. Los valores, principios y creencias de la organización se reflejan claramente en los procesos de mejora que se implementan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...
14. Los líderes de la organización fomentan y motivan constantemente el mejoramiento continuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Considero importante incluir un ítem dentro de la dimensión de lo “Emocional”, siendo este indicador de liderazgo un factor relevante en el impacto de la cultura de la mano de sus líderes.
15. El mejoramiento continuo es parte esencial de nuestra cultura organizacional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Este ítem también podría corresponder a la dimensión emocional, orientándolo hacia ella. 3. La redacción puede ser más precisa. Sugerencia de redacción: El mejoramiento continuo está incorporado en las prácticas, políticas y decisiones organizacionales como parte esencial de la cultura institucional.

ITEMS	Recomendaciones
16. La organización promueve y motiva de forma continua la generación y aplicación de ideas innovadoras para lograr mejores resultados.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...
17. La organización realiza seguimiento permanente a la implementación de acciones de mejora establecidas.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Para evaluar resultados sugiero: La organización evalúa los resultados de las acciones de mejora implementadas de manera permanente.
18. El direccionamiento estratégico de la organización (misión, visión, objetivos y planes estratégicos) promueve activamente el mejoramiento continuo en los procesos y servicios.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...
19. Los resultados obtenidos de los procesos de mejora de la calidad son comunicados a todos los niveles de la organización.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...
20. La organización asigna recursos (tiempo, personal, herramientas) para implementar acciones de mejora.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Sugiero revisar y unificar los conceptos de: acciones de mejora y oportunidad de mejoramiento.
21. Las acciones de mejora implementadas en la organización tienen un enfoque en el paciente.	1. ¿Cuál es la incidencia del enfoque al paciente en la cultura de mejoramiento continuo? Considero que el indicador y el ítem no son pertinentes. 2. Sugiero ajustar el ítem: ...repercuten en la salud y bienestar del paciente...o tienen un efecto directo en el paciente. Aunque algunas veces no tienen que ver en nada con el paciente, sino con aspectos institucionales per se. 3. Sugiero revisar y unificar los conceptos de: acciones de mejora y oportunidad de mejoramiento. 4. En un hospital universitario también es en el estudiante y el investigador.
22. El proceso de calidad está integrado en todas las áreas y servicios de la organización.	1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...

ITEMS	Recomendaciones
23. Todas las áreas de la organización están comprometidas con la búsqueda permanente del mejoramiento continuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización... 2. Sugiero revisar este ítem que evalúa el compromiso, el cual, podría estar en la dimensión Emocional y evaluar la inclusión del ítem de “Integración del Proceso de Calidad” que permitiría evaluar la dimensión Racional de este proceso a nivel institucional.
24. La implementación de la Acreditación en Salud ha sido asumida como una oportunidad para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personalizar el ítem: racionalmente el colaborador o empleado. Cree / piensa / considera / estima / valora que la organización...

Las observaciones realizadas por los expertos técnicos permitieron identificar aspectos clave adicionales a considerar y complementaron la valoración cualitativa inicial, al aportar mayor comprensión sobre los criterios que sustentaron sus juicios. Estas observaciones contribuyen a mejorar la redacción, claridad y pertinencia de los ítems, lo que a su vez garantiza una mayor precisión en la medición de la cultura de mejoramiento organizacional.

De forma específica, se destacan las siguientes conclusiones:

- Se destacó la necesidad de personalizar la redacción de los ítems desde la perspectiva del colaborador, sugiriendo el uso de expresiones como “considero que”, “pienso que” o “valoro que”, para facilitar la comprensión y conexión con la experiencia individual de los encuestados.
- Se propusieron ajustes de redacción orientados a mejorar la claridad y la economía del lenguaje, ya que algunos ítems presentan formulaciones poco directas que dificultan su interpretación.
- Se recomendó unificar el uso de términos como “acciones de mejora”, “mejoras” y

“oportunidades de mejoramiento”, con el fin de evitar ambigüedades o confusiones conceptuales.

- Algunos ítems, por su tono afirmativo o idealizado, podrían favorecer respuestas socialmente deseadas; por ello, se sugirió reformularlos en términos más neutrales u observables para preservar la objetividad en los resultados.

En la sección de juicio de expertos de la rúbrica, en las que se realizaron preguntas orientadas a valorar la coherencia entre los ítems, los objetivos, las variables e indicadores del instrumento los expertos calificaron el nivel de suficiencia del instrumento así:

Tabla 16. *Calificación de pertinencia de los ítems y validez del instrumento*

Pregunta	S	MS	I	Observaciones
1. ¿Existe pertinencia entre los ítems y los objetivos?	5			1. Hay una relación clara y directa con el objetivo del instrumento, se abordan factores individuales, organizacionales y estratégicos relacionados con la mejora continua, en coherencia con los principios de calidad en salud.
2. ¿Existe pertinencia entre los ítems y las variables?	5			1. Si, se aborda la cultura de mejoramiento mediante una medición integral de la variable desde diferentes componentes.
2. ¿Existe pertinencia entre los ítems y las dimensiones?	5			1. Si, aunque medir tanto aspectos emocionales como racionales en ocasiones es un poco difícil, considero que están bien definidos por dimensiones en el instrumento.
3. ¿Existe pertinencia entre los ítems y los indicadores?	5			1. Por favor revisar el ítem 21 2. Claramente establecidos y viables para su medición.
4. ¿Considera válido el instrumento?	5			1. Sugiero eliminar la pregunta 3 de la sección sociodemográfica, salvo que se desee medir el nivel de conocimiento de los colaboradores respecto a si saben o no a qué equipo pertenecen. Sugiero igualmente, agregar aspectos relacionados con la comunicación bidireccional entre niveles jerárquicos. Finalmente, se puede agregar un ítem: Considera apropiados

Pregunta	S	MS	I	Observaciones
				y suficientes los espacios habilitados para hacer seguimiento al mejoramiento continuo institucionales (comités, reuniones de estándares, etc.).
			2.	Si, el instrumento es válido para medir la cultura de mejoramiento en instituciones de salud, ya que recoge dimensiones clave del proceso y está formulado en términos comprensibles y aplicables al contexto.

Nota:

S: Suficiente

MS: Medianamente Suficiente

I: Insuficiente

La información analizada muestra que el 100 % de los expertos considera que el instrumento evaluado posee una validez suficiente, a partir de su experiencia y conocimiento en cultura de mejoramiento continuo, gestión de la calidad en instituciones de salud y validación de instrumentos de medición. Este consenso refuerza de manera positiva la viabilidad del instrumento y permite concluir que, una vez incorporados los ajustes sugeridos, su aplicación contribuirá de forma efectiva al cumplimiento del objetivo propuesto.

4.3.3. Ajuste del instrumento de acuerdo con los resultados de la validación de expertos

Una vez revisadas las recomendaciones de los expertos técnicos, se decidió eliminar los ítems 9 (dimensión emocional) y 23 (dimensión racional), correspondientes a los indicadores Conocimiento específico para la gestión del mejoramiento continuo y Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización, respectivamente. Ambos indicadores contaban con dos ítems; tras este ajuste, se conserva un ítem por indicador, reduciendo el total del instrumento de 24 a 22 ítems, dando lugar al instrumento CUME-22. Como resultado, el instrumento quedó conformado por 12 ítems de dimensión racional, 2 de dimensión emocional y 2 ítems de naturaleza mixta

(emocional y racional).

Adicionalmente, se implementaron los cambios de redacción sugeridos, entre ellos la incorporación de verbos que permitieran personalizar los ítems desde la perspectiva del colaborador, y la unificación de los términos “mejoras” y “acciones de mejora” bajo la expresión “oportunidades de mejora”, quedando así:

Tabla 17. *Cambios en los ítems del instrumento de acuerdo con la evaluación de los expertos*

Ítem evaluado	Ítem definitivo
1. Mi receptividad y facilidad de adaptación a los cambios promueven el mejoramiento continuo en la organización.	1. Considero que mi actitud receptiva y mi capacidad de adaptación a los cambios facilitan el mejoramiento continuo en la organización.
2. La organización gestiona los cambios derivados de las mejoras para que estas se mantengan en el tiempo.	2. Considero que la organización gestiona los cambios derivados de las oportunidades de mejoramiento para que estas se mantengan en el tiempo.
3. Colaboro activamente con mi equipo de trabajo para identificar oportunidades de mejora y alcanzar los objetivos.	3. Colaboro activamente con mi equipo de trabajo para identificar oportunidades de mejoramiento y alcanzar los objetivos organizacionales.
4. La articulación existente entre los equipos de trabajo de la organización permite implementar iniciativas de mejora.	4. Considero que la articulación existente entre los servicios y áreas de la organización permite implementar iniciativas de mejoramiento.
5. Siempre tengo disposición de participar constantemente en los procesos de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos de la organización.	5. Manifiesto disposición para participar constantemente en los procesos de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos de la organización.
6. En los procesos de mejoramiento organizacionales participan todas las personas involucradas, independiente de su nivel en la estructura organizacional.	6. Considero que en los procesos de mejoramiento organizacionales participan todas las personas involucradas, independiente de su nivel jerárquico.
7. Las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas las integro de manera continua en mis prácticas laborales	7. Considero que la organización mantiene en el tiempo las mejoras implementadas en las áreas y servicios.
8. La organización mantiene en el tiempo las mejoras implementadas en las áreas y servicios.	8. Aplico de forma continua las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas en la organización en mis labores diarias.

Ítem evaluado	Ítem definitivo
9. Tengo los conocimientos necesarios para participar activamente en procesos de mejoramiento continuo en la organización.	Ítem eliminado
10. La formación impartida por la organización cubre de manera adecuada los conocimientos requeridos para el mejoramiento continuo.	9. Considero que la formación brindada por la organización en temas de calidad responde a los requerimientos de mi área o servicio para aportar al mejoramiento continuo.
11. Me siento comprometido con la calidad en el desempeño de mis funciones diarias.	10. Considero que mantengo un compromiso constante con los procesos de calidad en el desarrollo de mis funciones diarias.
12. El ambiente laboral de la organización incide en mi motivación y disposición para proponer mejoras	11. El ambiente laboral de la organización incide en mi motivación y disposición para proponer oportunidades de mejoramiento.
13. Los valores, principios y creencias de la organización se reflejan claramente en los procesos de mejora que se implementan.	12. Considero que los valores, principios y creencias de la organización se reflejan en los procesos de mejoramiento que se implementan.
14. Los líderes de la organización fomentan y motivan constantemente el mejoramiento continuo.	13. Considero que los líderes de la organización fomentan y motivan constantemente el mejoramiento continuo.
15. El mejoramiento continuo es parte esencial de nuestra cultura organizacional.	14. Considero que el mejoramiento continuo es parte esencial de nuestra cultura organizacional.
16. La organización promueve y motiva de forma continua la generación y aplicación de ideas innovadoras para lograr mejores resultados.	15. Considero que la organización promueve y motiva de forma continua la generación y aplicación de ideas innovadoras para lograr mejores resultados.
17. La organización realiza seguimiento permanente a la implementación de acciones de mejora establecidas.	16. Considero que la organización realiza seguimiento permanente a la implementación de acciones de mejoramiento establecidas.
18. El direccionamiento estratégico de la organización (misión, visión, objetivos y planes estratégicos) promueve activamente el mejoramiento continuo en los procesos y servicios.	17. Considero que el direccionamiento estratégico de la organización (misión, visión, objetivos y planes estratégicos) promueve el mejoramiento continuo en los procesos y servicios.
19. Los resultados obtenidos de los procesos de mejora de la calidad son comunicados a todos los niveles de la organización.	18. Considero que los resultados obtenidos de los procesos de mejoramiento de la calidad son comunicados a todos los niveles de la organización.

Ítem evaluado	Ítem definitivo
20. La organización asigna recursos (tiempo, personal, herramientas) para implementar acciones de mejora.	19. Considero que la organización asigna recursos (tiempo, personal, herramientas) para implementar oportunidades de mejoramiento.
21. Las acciones de mejora implementadas en la organización tienen un enfoque en el paciente.	20. Considero que las oportunidades de mejoramiento implementadas en la organización propenden por el bienestar del paciente.
22. El proceso de calidad está integrado en todas las áreas y servicios de la organización.	21. Considero que el proceso de calidad está integrado en todas las áreas y servicios de la organización.
23. Todas las áreas de la organización están comprometidas con la búsqueda permanente del mejoramiento continuo	Ítem eliminado
24. La implementación de la Acreditación en Salud ha sido asumida como una oportunidad para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.	22. Considero que la implementación de la Acreditación en Salud ha sido asumida como una oportunidad organizacional para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.

A criterio de los investigadores, se modificó la denominación del indicador “Sistemas de gestión” por “Uso estratégico de los sistemas de gestión”, con el fin de reflejar de forma más precisa el enfoque hacia el cual está orientado el ítem. Esta denominación destaca la intención de valorar no solo la presencia formal de dichos sistemas, sino el modo en que son aprovechados para consolidar una cultura organizacional enfocada en el mejoramiento continuo, bajo la premisa de que este constituye el propósito esencial de todo sistema de gestión.

Finalmente, en cuanto sección de información demográfica del instrumento, se recibió una observación por parte de un experto técnico metodológico. No obstante, estos aspectos no fueron sujetos a validación, sin embargo, a criterio de los investigadores se considera pertinente conservar estos ítems, ya que en la aplicación del instrumento permitirá correlacionar la percepción de la cultura de mejoramiento con los diferentes niveles jerárquicos de la organización. Esto podría

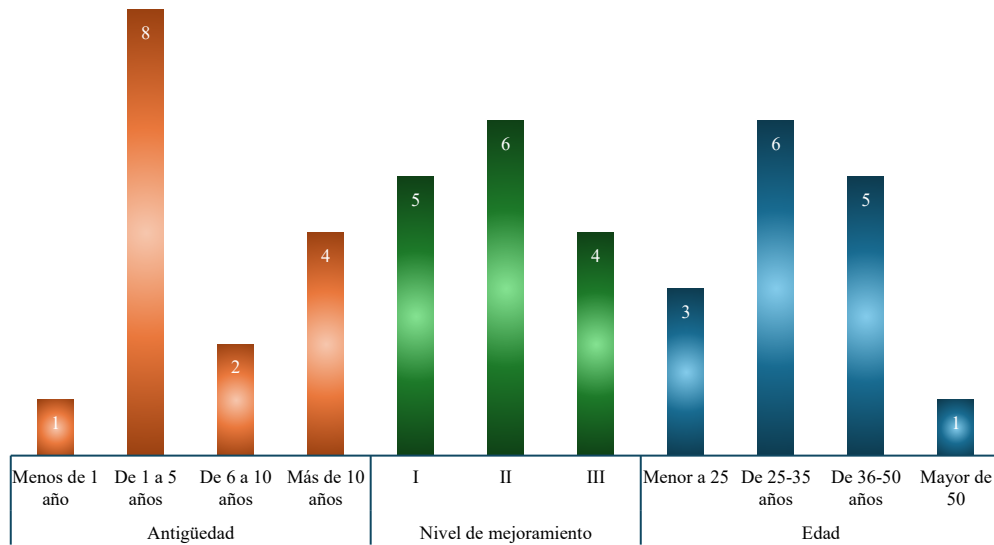
evidenciar, por ejemplo, si dicha cultura no ha permeado en el primer nivel (nivel operativo), pero sí en el segundo nivel, donde los colaboradores tienen una participación más directa en los procesos de mejoramiento continuo.

Una vez realizados los ajustes correspondientes a los ítems del instrumento, se consolidó la versión final para su aplicación en la prueba piloto.

4.3.4. Aplicación de la prueba piloto

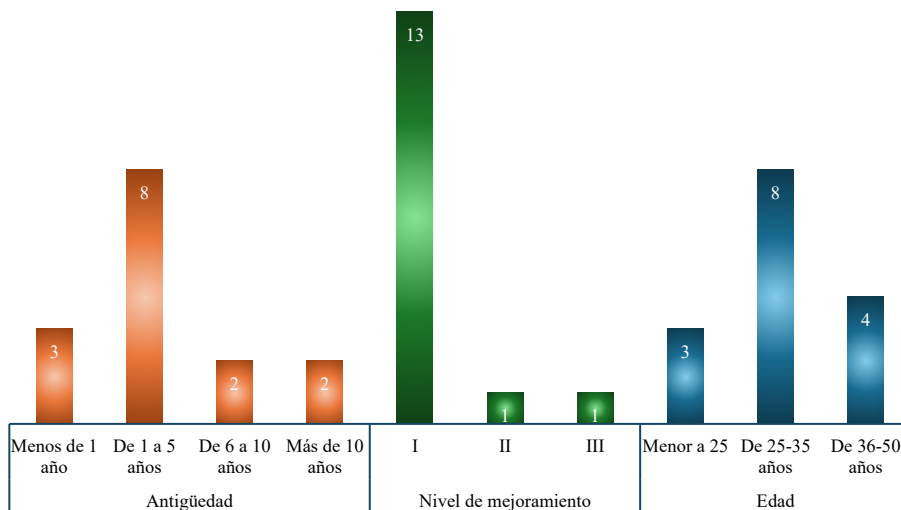
La prueba piloto se aplicó a una muestra de 30 colaboradores que hacen parte del área administrativa (15 colaboradores) y asistencial (15 colaboradores) de una institución de salud acreditada en Floridablanca, Santander (Apéndice A. Encuestas de prueba piloto); también es importante destacar que estos mismos colaboradores pertenecen a diferentes niveles de mejoramiento de la institución, lo cual permitió realizar la validación del instrumento en una muestra heterogénea. A continuación, se presenta la caracterización de la muestra, lo cual tiene como propósito describir las principales variables demográficas de la población que hizo parte de la prueba de validación:

Figura 4. Información demográfica de los colaboradores del área administrativa



Nota: información demográfica de la muestra de 15 colaboradores del área administrativa de una institución de salud acreditada

Figura 5. Información demográfica de los colaboradores del área asistencial



Nota: información demográfica de la muestra de 15 colaboradores del área asistencial de una institución de salud acreditada

4.3.5. *Análisis de la información y discusión de resultados*

Los resultados obtenidos fueron codificados y posteriormente analizados en el software SPSS con el fin de validar la fiabilidad del instrumento, el análisis arrojó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.906, lo cual indica la excelente consistencia interna del instrumento. El resultado permite interpretar que los ítems incluidos presentan una alta correlación entre sí y en conjunto, miden de manera coherente el constructo: la cultura de mejoramiento continuo.

Figura 6. *Resultado de las estadísticas de fiabilidad*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,906	22

Tomando de los resultados del software SPSS

Mediante el mismo software estadístico se llevó a cabo un análisis ítem por ítem, cuyos resultados se presentan en la figura 7, esto con el propósito de evaluar el efecto de la eliminación de cada ítem sobre el valor global del coeficiente Alfa de Cronbach. Si bien algunos ítems, como el 1 (0.073) y el 3 (0.008), mostraron correlaciones ítem-total corregidas por debajo del umbral recomendado de 0.30, si se evalúa el “Alfa si el elemento se ha suprimido” muestra que la exclusión de dichos ítems no genera una mejora significativa en el coeficiente alfa global, lo que indica que su inclusión en el instrumento no incide de forma sustancial en la consistencia interna del instrumento.

Figura 7. Estadísticas de análisis de confiabilidad del instrumento de medición







Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	86,93	96,961	,073	,910
Ítem 2	87,50	90,948	,562	,901
Ítem 3	86,93	97,926	,008	,910
Ítem 4	87,70	88,493	,538	,901
Ítem 5	87,03	96,999	,083	,909
Ítem 6	87,87	90,947	,364	,906
Ítem 7	87,67	84,713	,794	,894
Ítem 8	87,03	96,102	,191	,907
Ítem 9	87,13	89,430	,663	,899
Ítem 10	87,00	94,207	,335	,905
Ítem 11	87,13	87,016	,663	,898
Ítem 12	87,57	87,909	,623	,899
Ítem 13	87,63	83,689	,765	,895
Ítem 14	86,83	96,902	,119	,908
Ítem 15	87,40	83,766	,808	,894
Ítem 16	87,60	88,248	,555	,901
Ítem 17	87,13	85,982	,733	,896
Ítem 18	87,90	85,403	,639	,899
Ítem 19	87,77	84,806	,756	,895
Ítem 20	87,47	89,982	,530	,901
Ítem 21	87,37	87,620	,650	,898
Ítem 22	86,90	90,438	,574	,901

Tomado de los resultados del software SPSS

Los anteriores hallazgos y el resultado global respaldan la fiabilidad del cuestionario CUME-22 como una herramienta para evaluar la cultura de mejoramiento, siendo este instrumento adecuado para su aplicación en la población objetivo (Apéndice B. Instrumento de medición de la cultura de mejoramiento CUME-22).

De acuerdo con lo anterior, nos remitimos a realizar el cálculo final de los valores de niveles de interpretación que hacen parte de la ficha técnica del instrumento (Apéndice C. Ficha técnica del instrumento CUME-22), esto en coherencia con los 22 ítems ya validados y que conforman el instrumento de medición CUME-22.

Tabla 18. *Niveles de interpretación y significación*

Nivel	Valor	Significación
 Muy fuerte	96 – 110	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy fuerte
 Fuerte	81.2 – 95.9	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo fuerte
 Moderadamente fuerte	66.4 – 81.1	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente fuerte
 Moderadamente débil	51.6 – 66.3	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo moderadamente débil
 Débil	36.8 – 51.3	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo débil
 Muy Débil	22 – 36.7	Percepción de una cultura de mejoramiento continuo muy débil

Adaptado de Patlán et al., (2021).

5. Balance del presupuesto

A continuación, se presenta el balance de presupuesto de la presente investigación, en el que se evidencia la relación entre los recursos inicialmente estimados y los gastos ejecutados, así como las principales variaciones:

Tabla 19. *Balance de presupuesto de la investigación*

Concepto	Presupuesto estimado (COP)	Presupuesto ejecutado (COP)	Diferencia (COP)	Observaciones
Honorarios de los investigadores	\$15.400.000	\$28.000.000	+\$12.600.000	Inicialmente, se proyectó un presupuesto mensual de \$1.400.000 para las dos investigadoras por un periodo de 11 meses; sin embargo, el desarrollo del proyecto requirió un periodo de 20 meses.
Servicio de internet	\$1.320.000	\$2.400.000	+\$1.080.000	Inicialmente, se proyectó un presupuesto mensual de \$120.000 para un periodo de 11 meses; sin embargo, el desarrollo del proyecto requirió un periodo de 20 meses.
Computadores portátiles	\$4.000.000	\$4.000.000	\$0	Sin variación
Procesamiento de los datos	\$250.000	\$100.000	-\$150.000	Inicialmente, se proyectó un presupuesto por hora de \$50.000 para una dedicación de 5 horas; sin embargo, el procesamiento de los datos requirió de 2 horas.
Otros gastos (10%)	\$2.097.000	\$200.000	-\$1.897.000	Inicialmente, se asignó un rubro para otros gastos equivalente al 10% del presupuesto total estimado. No obstante, durante la ejecución del proyecto, los gastos adicionales se limitaron a impresiones, implementos de papelería, incentivos y transporte.
Total	\$23.067.000	\$34.700.000	+\$11.633.000	La diferencia entre el presupuesto estimado y el ejecutado presentó una variación de +\$11.633.000, atribuible principalmente a la ampliación del tiempo de desarrollo del proyecto.

6. Comparación de cronogramas

Tabla 20. *Cronograma planeado*

Momentos de la investigación		Año 2024						Año 2025				
		May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Ene	Feb	Mar	Abr
M1	1. 1. Definición de la ecuación de búsqueda, motores de búsqueda o bases de datos y criterios de inclusión y exclusión.	■										
	1.2. Ejecución de la búsqueda en las fuentes primarias y secundarias definidas		■	■	■							
	1.3. Discusión de los resultados para la selección de las dimensiones y variables a usar en el diseño del instrumento.				■							
M2	2.1. Estructuración de la ficha técnica del instrumento.				■							
	2.2. Diseño del instrumento según las dimensiones y variables definidas de acuerdo con la estratificación de la población.					■	■	■				
M3	3.1. Selección de los expertos para las pruebas de validez de contenido.							■				
	3.2. Aplicación del instrumento para evaluación por parte de los expertos.								■			
	3.3. Aplicación de la prueba piloto con los colaboradores.									■	■	
	3.4. Análisis de información, discusión de resultados y realización del informe final.											■

En comparación con el cronograma inicialmente establecido desde la concepción de la idea de investigación, se presentaron ajustes tanto en las actividades planificadas como en las fechas estimadas para el desarrollo del estudio. Estas modificaciones respondieron a situaciones imprevistas propias del proceso investigativo, que exigieron la reprogramación de actividades y la ampliación de algunos plazos.

En el primer momento, se decidió no considerar como una etapa independiente la “definición de la ecuación de búsqueda, motores de búsqueda o bases de datos y criterios de inclusión y exclusión”, integrándola en la actividad de revisión de literatura y otras fuentes. Adicionalmente, se incorporó la identificación de dimensiones y variables mediante juicio de expertos, aprovechando el acceso al equipo especializado de la oficina de calidad y planeación de la institución con acreditación en salud donde se desarrolló la prueba piloto, lo cual implicó una ampliación de tres semanas en el cronograma. La discusión de resultados también demandó más tiempo del previsto, debido a la necesidad de homologar las variables identificadas a partir de tres fuentes (literatura, juicio de expertos y Manual de Acreditación en Salud, versión 3.1), lo que supuso un esfuerzo adicional de análisis conceptual y metodológico, extendiendo esta fase en dos semanas.

Durante el segundo momento, se reordenaron las actividades inicialmente previstas. Aunque se había contemplado elaborar primero la ficha técnica y posteriormente el instrumento, se identificó que era necesario desarrollar el instrumento en primer lugar para poder documentar con mayor precisión los aspectos generales de la ficha. La etapa de diseño del instrumento requirió dos semanas adicionales, ya que la operacionalización de las variables y la construcción de los ítems representaron una de las fases más complejas de la investigación.




En el tercer momento, la selección de expertos técnicos tomó una semana más de lo estimado, debido a la limitada disponibilidad de profesionales en la región y al tiempo requerido para obtener su aceptación. Asimismo, fue necesario incorporar una actividad no contemplada en la planificación inicial: el ajuste del instrumento con base en los resultados de la evaluación realizada por los expertos,

lo cual demandó una semana adicional. Este tiempo fue compensado utilizando una semana inicialmente destinada a la prueba piloto, cuya duración se redujo a dos semanas, al igual que la actividad de análisis de la información.

Finalmente, como consecuencia del tiempo extendido en las etapas anteriores, fue necesario acortar el periodo destinado al análisis final de resultados y la elaboración de informes. Esto implicó un mayor esfuerzo en menor tiempo, sin afectar la calidad ni el alcance de los hallazgos obtenidos.

Tabla 21. *Cronograma final ejecutado*

Momentos de la investigación	Año 2024						Año 2025					
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
M1	1. 1. Revisión de la literatura existente y otras fuentes.											
			1.2. Identificación de dimensiones y variables a través de juicio de expertos.									
				1.3. Discusión de los resultados para la selección de las dimensiones y variables a usar en el diseño del instrumento.								
M2						2.1. Diseño del instrumento según las dimensiones y variables definidas de acuerdo con la estratificación de la población.						
							2.2. Estructuración de la ficha técnica del instrumento.					
M3										3.1. Selección de los expertos para las pruebas de validez de contenido.		
											3.2. Evaluación del instrumento por parte de los expertos.	

3.3. Ajuste del instrumento de acuerdo con los resultados de la evaluación de los expertos.	
3.4. Aplicación de la prueba piloto con los colaboradores.	
3.5. Análisis de información y discusión de resultados.	

7. Dificultades durante el desarrollo de la investigación

- Limitación en el acceso a antecedentes actualizados sobre la temática de cultura de mejoramiento continuo, tanto a nivel nacional como regional y local. Esta limitante se debe a que el constructo en mención ha sido poco abordado en la literatura, lo que restringió la contextualización de investigaciones previas en torno a la temática. Para superar esta limitación, se amplió la revisión de antecedentes hacia estudios en otros sectores organizacionales distintos al de salud, para la identificación de conceptos y prácticas desde el enfoque de la cultura organizacional. Asimismo, se exploraron instrumentos ya existentes relacionados con cultura de las organizaciones, identificando componentes relevantes que pudieran ser adaptados o considerados en el diseño del instrumento propuesto, enriqueciendo así su construcción conceptual y metodológica.
- Complejidad para la traducción del constructo en variables observables y medibles, ya que estos conceptos pueden estar conformados por múltiples percepciones subjetivas tanto a nivel individual como organizacional, lo que hasta cierto punto dificulta la definición y medición precisa. Para superar esta dificultad se llevó a cabo un proceso riguroso de operacionalización

- de la variable, en el que se tuvo en cuenta la definición conceptual de cada indicador en base a la literatura identificada, la determinación de la dimensión o dimensiones correspondientes y, finalmente, la formulación de los ítems que permiten la evaluación dentro del instrumento diseñado.
- La limitada disponibilidad de expertos con experiencia específica en gestión de la calidad en instituciones de salud acreditadas en la región, así como con nivel de formación académica de nivel de maestría y experticia en el componente investigativo, representó una dificultad para la validación del instrumento. Estos criterios de selección de los expertos redujeron el número potencial de evaluadores idóneos a nivel local, lo cual pudo influir en la amplitud de enfoques durante el proceso de validación por juicio de expertos. Para superar esta limitante, se optó por el cumplimiento parcial de los criterios de selección, permitiendo que cada experto cumpliera con al menos dos de los tres definidos, adicionalmente, se consideró como válido el perfil de un experto que, si bien no contaba con nivel de maestría, acreditó una experiencia profesional de 20 años en el área de gestión de la calidad y un nivel de cualificación de especialización, lo que aseguró la idoneidad sin comprometer el rigor metodológico del proceso.

8. Barreras o limitantes para la aplicación del instrumento de medición en las organizaciones

- La falta de espacios para la aplicación de instrumentos orientados específicamente a la medición de la cultura de mejoramiento. En la práctica, las organizaciones tienden a evaluar la cultura organizacional de manera general, lo que podría brindar algunos indicios sobre esta *subcultura* si los principios y valores evaluados guardan relación con el mejoramiento continuo. En el ámbito de la salud, por ejemplo, es más común la medición

del clima de seguridad del paciente, lo cual puede dificultar la implementación de instrumentos diseñados para evaluar de forma puntual la cultura de mejoramiento.

- Falta de apropiación del concepto de cultura de mejoramiento y de los elementos que lo integran por parte de los colaboradores, lo cual puede comprometer la calidad de las respuestas durante la aplicación del instrumento. Esta limitación podría dar lugar a interpretaciones subjetivas o respuestas basadas en suposiciones, afectando la validez de los datos recolectados, así como la pertinencia de los resultados para el análisis.

9. Recomendaciones

- Con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento se recomienda establecer un plan de intervención para el abordaje de las variables con calificación moderadamente débil, débil y muy débil con el fin de establecer estrategias para fortalecer la cultura de mejoramiento, lo cual podría articularse con las actividades que se desarrollen desde el eje de transformación cultural propuesto por el SUA.
- Se sugiere llevar a cabo la aplicación del instrumento de manera periódica y sistemática, con el propósito de establecer una línea base que permita caracterizar la cultura organizacional orientada al mejoramiento continuo. Esta práctica, además de proporcionar una visión inicial del estado cultural de la institución, facilitará el monitoreo de su evolución y comportamiento en el tiempo y contribuirá a valorar, de forma directa, la efectividad de los planes de intervención implementados.
- Se recomienda que los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento sean la evidencia de la evaluación de estrategias implementadas en el marco del mejoramiento continuo, y que finalmente sean insumo para la toma de decisiones estratégicas en torno a

la gestión de la calidad.

- Se recomienda establecer una correlación entre los resultados obtenidos a través del instrumento y los resultados de la evaluación de indicadores, en especial aquellos que miden adherencia a procesos, estándares o prácticas institucionales y que se ven directamente influenciados por los comportamientos de los colaboradores.
- Se recomienda considerar la aplicación de este instrumento en instituciones pertenecientes a otros sectores, dado que su construcción se fundamentó en teorías del conocimiento de carácter transversal, no limitadas a un ámbito sectorial específico. No obstante, se sugiere realizar un ajuste al ítem “Considero que las oportunidades de mejoramiento implementadas en la organización propenden por el bienestar del paciente”, correspondiente a la dimensión *Enfoque en el paciente*, para adaptarlo al perfil del cliente o usuario final del sector en el cual se pretenda aplicar el instrumento, manteniendo la coherencia conceptual y la validez del constructo.
- Se recomienda que, aun cuando el instrumento cuente con una alta valoración por parte de los jueces expertos y presente un excelente índice de fiabilidad, este sea sometido a revisiones periódicas y procesos de mejora continua, con el fin de garantizar su pertinencia, vigencia y capacidad de adaptación a los cambios en el contexto organizacional o sectorial.
- Se recomienda que, una vez analizados los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se lleve a cabo un proceso de socialización con las áreas o procesos involucrados, con el objetivo de facilitar un análisis transversal de los hallazgos, así como una articulación institucional que favorezca la unificación de esfuerzos, recursos y responsabilidades para la construcción e implementación del plan de intervención.

10. Conclusiones

Se concluye que el instrumento desarrollado presenta validez para medir la cultura de mejoramiento continuo en una institución de salud acreditada, respaldado por un adecuado nivel de consistencia interna de sus ítems, evaluado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0.906, lo cual indica una alta fiabilidad del instrumento. Este resultado demuestra que los ítems incluidos son coherentes entre sí y miden de manera consistente los constructos definidos en las dimensiones del cuestionario.

Aunque el enfoque principal de la presente investigación corresponde a la aplicación del instrumento en una institución con reconocimiento en estándares superiores de calidad bajo el modelo de Acreditación en Salud, el instrumento evidencia un alto potencial de aplicabilidad en instituciones de salud no acreditadas, especialmente en aquellas que se encuentran en las etapas iniciales de la ruta crítica hacia la acreditación.

Esto se fundamenta en que dicho modelo contempla diversos ejes trazadores, entre los cuales la cultura organizacional —y específicamente la cultura de mejoramiento— juega un papel fundamental, al promover desde el inicio el desarrollo de capacidades internas que favorezcan el aprendizaje institucional, la gestión del cambio y la mejora continua.

La implementación del instrumento en este tipo de instituciones permitiría realizar un seguimiento sistemático del fortalecimiento de la cultura de mejoramiento, desde las fases tempranas hasta etapas más avanzadas del sistema de gestión. En estos niveles superiores de madurez, mantener vigente y activa dicha cultura en el quehacer diario de los colaboradores representa un reto significativo, que requiere atención estratégica y monitoreo permanente.

A futuro, se recomienda aplicar el instrumento en diversas instituciones de salud del país, ubicadas en distintas regiones y que se encuentren en diferentes etapas del proceso de acreditación,

es decir, con distintos niveles de madurez frente a los estándares de calidad. Esto permitiría enriquecer su validación externa y aportar al conocimiento sobre las dinámicas culturales que favorecen o dificultan el desarrollo de una cultura de mejoramiento continuo en contextos organizacionales diversos.

Referencias

- Akpa, V., Asikhia, O., Nneji, N. (2021). Organizational Culture and Organizational Performance: A Review of Literature. *International Journal of Advances in Engineering and Management (IJAEM)*, 3(1), 361–372.
https://ijaem.net/issue_dcp/Organizational%20Culture%20and%20Organizational%20Performance%20%20A%20Review%20of%20Literature.pdf
- América economía. (2023). *Ranking de Clínicas y Hospitales 2023*.
<https://www.americaeconomia.com/rankings/estos-son-los-resultados-del-ranking-de-clinicas-y-hospitales-2023>
- Ansoff, H. I. (1968). *Corporate Strategy*. Penguin Books.
- Arias, J. L. (2021). Guía para elaborar la operacionalización de variables. *Espacio I+D, Innovación más Desarrollo*, 10(28).
<https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/274>
- Baker, F. B., y Kim, S.-H. (2017). *The Basics of Item Response Theory Using R*. Springer.
- Bessant, J., Caffyn, S., Gallagher, M. (2001). An evolutionary model of continuous improvement behaviour. *Technovation*, 21(2), 67–77.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166497200000237>
- Caicedo, S., y Caldas, M. (2002). La importancia de la cultura organizacional en la implementación y mantenimiento de sistemas de gestión de calidad basados en la norma ISO 9000. *Innovar*, 1(20), 135–148.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/24368>
- Cameron, K., y Quinn, R. E. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Prentice Hall.

- Carmines, E. G., y Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. SAGE Publications, Inc.
- Celina, H., y Campo, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 572–580.
<https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Charón, L. (2007). Importancia de la cultura organizacional para el desarrollo del sistema de gestión de la calidad. *Ciencia en su PC*, 5, 87–95.
<https://www.redalyc.org/pdf/1813/181315033009.pdf>
- Checa, V. N. (2023). Cultura organizacional y la calidad del servicio del hospital Universitario de Guayaquil en el 2022. *Espíritu Emprendedor TES*, 7(2), 68–87.
<https://www.espirituemprendedort.es.com/index.php/revista/article/view/335>
- Chiavenato, I. (2002). *Gestión del talento humano*. McGraw-Hill.
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Alcaldía de Bogotá.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248&dt=S>
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104.
<https://www.psycholosphere.com/what%20is%20coefficient%20alpha%20by%20Cortina.pdf>
- Cronbach, L. J. (1952). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
http://cda.psych.uiuc.edu/psychometrika_highly_cited_articles/cronbach_1951.pdf

- Dale, B. G., Wilcox, M., McQuater, R. E. (1997). *Managing business improvement and quality: Implementing key tools and techniques*. Blackwell Business.
- Deal, T., y Kennedy, A. (1982). *Las empresas como sistemas culturales*. Editorial Sudamericana.
- https://www.academia.edu/4485490/Deal_y_Kennedy_Las_empresas_como_sistemas_culturales
- Deming, W. E. (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Escobar, J., y Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27–36.
- Fernández, E. M. (2001). *Gestión del mejoramiento continuo de la calidad en las organizaciones empresariales modernas*. Pueblo y Educación.
- García, C. M. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Universitas Psychologica*, 5(1), 163–174. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750112.pdf>
- García, J. J., y Marín, J. A. (2009). Facilitadores y barreras para la sostenibilidad de la mejora continua: Un estudio cualitativo en proveedores del automóvil de la Comunidad Valenciana. *Intangible Capital*, 5(2), 183–209.
- <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/7605/garcia-sabater.pdf?sequence=1>
- García, J., Marín, J., Vidal, P., García, J. (2008, 3-5 de septiembre). *Barreras y facilitadores para la mejora continua. Evolución a lo largo de los años* [Conferencia]. XII Congreso de Ingeniería de Organización, Burgos, España.
- http://adingor.es/congresos/web/uploads/cio/cio2008/LEAN_MANUFACTURING_AND_CONTINUOUS_IMPROVEMENT/1017-1026.pdf

- Garzón, J. F., Alba, M. A., Duarte, E. L., Molina, E. (2020). Estudio de caso sobre herramientas de industria 4.0 y Lean Healthcare para la mejora del nivel del servicio en servicios especializados de alta complejidad. *FACE: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales*, 21(1), 94–107. <https://doi.org/https://doi.org/10.24054/face.v21i1.1029>
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (4a ed.). MA: Allyn y Bacon.
- Gómez, C. F., y Rodríguez, J. K. (2001). Teorías de la cultura organizacional. *Revista Contabilidad y Auditoria*, 115, 111–140. <https://strathprints.strath.ac.uk/7361/>
- Grinnell, R. M., y Unrau, Y. A. (2005). *Social Work Research and Evaluation: Quantitative and Qualitative Approaches* (7a ed.). Oxford University Press.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). Mc Graw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (1998). *Metodología de la investigación* (2a ed.). McGraw-Hill.
- Hernández, R., y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Hincapié, S. M., Zuluaga, Y. C., López, E. (2018). Liderazgo transformacional y mejoramiento continuo en equipos de trabajo de pymes colombianas. *Revista Venezolana de Gerencia*, 23(83), 649–662. <https://www.redalyc.org/journal/290/29058775009/29058775009.pdf>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind* (3a ed.). McGraw-Hill Professional.
- Hyland, P. W., Mellor, R., Sloan, T. (2007). Performance Measurement and Continuous Improvement: Are They Linked to Manufacturing Strategy? *International Journal of*

- Technology Management*, 37(3–4), 237–246.
<https://www.inderscienceonline.com/doi/abs/10.1504/IJTM.2007.012260>
- ICONTEC. (2015). *NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9000*.
<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/5454330/14491339/d2.+NTC+ISO+9000-2015.pdf/ccb4b35c-ee63-44b5-ba1e-7459f8714031>
- ICONTEC. (2021). *Acreditación en salud*. <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>
- ICONTEC. (2025). *Listado de instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud*.
- Imai, M. (1989). *Kaizen: La clave de la ventaja competitiva japonesa*. Compañía Editorial Continental.
- Ishikawa, K. (1992). *Introducción al control de calidad*. Editorial Limusa.
- Johnson, R. L., y Morgan, G. B. (2016). *Survey Scales A Guide to Development, Analysis, and Reporting*. The Guilford Press.
- Jørgensen, F., y Kofoed, L. (2004, 22-25 de septiembre). *Defining the Role of Middle Management in Continuous Improvement* [Conferencia]. 5th International CINet Conference Continuous Innovation: Strategic Priorities for the Global Knowledge Economy, Sydney, Australia. <https://vbn.aau.dk/en/publications/defining-the-role-of-middle-management-in-continuous-improvement>
- Juran, J. (1990). *Juran y la planificación para la calidad*. Díaz de Santos.
- Kaizen LAB. (2023). *Fomentando una Cultura de Mejora Continua*.
<https://thekaizenlab.com/cultura-mejora-continua/>
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., Margolis, P. A. (2011). The Model for

- Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Quality & Safety*, 21, 13–20. https://www.researchgate.net/publication/51565829_The_Model_for_Understanding_Success_in_Quality_MUSIQ_Building_a_theory_of_context_in_healthcare_quality_improvement
- Kast, F. E., y Rosenzweig, J. E. (2003). *Administración de las Organizaciones*. McGraw Hill.
- Kerlinger, F. N. (1973). *Foundations of Behavioral Research: Educational, Psychological, and Sociological Inquiry* (2a ed.). Holt, Rinehart and Winston.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55. https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
- Logam, L. (s/f). *El tamaño de la muestra para la prueba piloto*. Recuperado el 21 de febrero de 2025, de <https://es.scribd.com/document/364335438/El-Tamano-de-La-Muestra-Para-La-Prueba-Piloto-1>
- López, G. L., Rincón, C. A., López, M. E. (2010). Medición del impacto cultural de la implementación de un sistema de gestión de la calidad. *Scientia Et Technica*, XVII(46), 196–200. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84920977021>
- Mathinson, S. (2004). *Encyclopedia of Evaluation*. SAGE Publications.
- Mendoza, Y., Villamizar, P. A., García, S., Gutiérrez, J. C. (2021). Relación entre la cultura organizacional, la satisfacción laboral y el engagement en el sector confecciones de Piedecuesta, Santander. *I+D Revista de Investigaciones*, 16(1), 216–224. https://www.researchgate.net/publication/349329323_Relacion_entre_la_cultura_organizacion_la_satisfaccion_laboral_y_el_engagement_en_el_sector_confecciones_de_Piedecuesta_Santander

- Mesfin, D., Woldie, M., Adamu, A., Bekele, F. (2020). Perceived organizational culture and its relationship with job satisfaction in primary hospitals of Jimma zone and Jimma town administration, correlational study. *BMC Health Services Research*, 20(438), 1–9. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05319-x#citeas>
- Messick, S. (1994). Standards-based score interpretation: Establishing valid grounds for valid inferences. *ETS Research Report Series*, 1994(2), 291. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.2333-8504.1994.tb01630.x>
- Mihi, A., y Rivera, H. A. (2009). *El mejoramiento continuo*. <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2775>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia* (3.1). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=

- Montañez, J. R., y Palma, A. Y. (2023). Propuesta para la Elaboración de Baremos de un Instrumento en Trabajos de Investigación. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 7418–7436. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9284/13802>
- Morales, P., Urosa, B., Blanco, Á. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert (Cuadernos de estadística)*. La Muralla.
- Paredes, H. (2023). *Motivación laboral y compromiso organizacional en personal de enfermería del servicio de emergencia de un Hospital Público de Chiclayo-2023* [Tesis de maestría, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud] Universidad César Vallejo. Repositorio digital institucional. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/127528/Paredes_GHV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pateiro, B. (2008). *ESTADÍSTICA: ingeniería química USC*. Universidad de Santiago de Compostela. <http://eio.usc.es/pub/pateiro/files/IQ0809Pateiro.pdf>
- Patlán, J., Betanzo, S., De la Cruz, B., Espinoza, V. (2021). Escala para medir tipos de cultura organizacional: construcción y propiedades psicométricas. *Contaduría y Administración*, 66(4), 1–28. <http://cya.unam.mx/index.php/cya/article/view/2066>
- Presidencia de la República. (2006, 03 de abril). *Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=19975>
- Ramos, L. M., Leal, D. X., Blanco, I. (2021). Percepción de los sistemas de gestión de calidad desde la cultura organizacional: caso Universidad de Cartagena. *Revista CIES*, 12(1),

- 255–268. <http://revista.escolme.edu.co/index.php/cies/article/view/331>
- Rao, J., y Weintraub, J. (2013). How Innovative Is Your Company's Culture? *MIT SLOAN MANAGEMENT REVIEW*, 54(3). <https://www.panopticonsight.com/wp-content/uploads/2014/05/Rao-Weintraub-innov-culture.pdf>
- Reyes, E. R. (2022). *Cultura del mejoramiento continuo en el mantenimiento del sistema de gestión de calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud* [Artículo, Especialización en gerencia estratégica de la calidad] Universidad Militar Nueva Granada. Repositorio Institucional UMNG. <https://repository.umng.edu.co/server/api/core/bitstreams/d13e7380-de24-41ff-9119-8ad3f1f8565c/content>
- Rich, N., y Bateman, N. (2003). Companies perceptions of inhibitors and enablers for process improvement activities. *International Journal of Operations & Production Management*, 23(2), 185–199. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/01443570310458447/full/html>
- Rodríguez, C. É. (2020). La búsqueda de la excelencia en la acreditación en salud (primera parte). *Normas & Calidad*, 8–19. <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Revista-124-la-busqueda-de-la-excelencia-parte-1.pdf>
- Rodríguez, C. É. (2022). El mejoramiento continuo de la calidad en la Acreditación en Salud. *Normas & Calidad*, 6–16. <https://www.acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Revista%20Normas%20y%20Calidad%20102.pdf>
- Sánchez, D., Rodríguez, Y., Del Río, Y. (2018). Gestión de información y percepción organizacional en el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(4), 1–15.

- <https://acimed.sld.cu/index.php/acimed/article/view/1252/792>
- Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3a ed.). Jossey-Bass.
- Senge, P. (1990). *La quinta disciplina*. Granica.
- Skjong, R., y Wentworth, B. H. (2001, 17-22 de junio). *Expert Judgment and Risk Perception* [Ponencia]. Eleventh (2001) International Offshore and Polar Engineering Conference, Stavanger, Norway.
https://www.researchgate.net/publication/265032303_Expert_Judgment_and_Risk_Perception
- Soriano, A. M. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos*, 8(14), 19–40. <https://core.ac.uk/download/pdf/47265078.pdf>
- Steneck, N., Mayer, T., & Anderson, M. (2010). *Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación*. <https://www.wcrif.org/downloads/former-conferences/2nd-wcri-in-singapore-2010/translations-statements/16-singapore-statement-spanish/file>
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*, 80(1), 99–103.
https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1207/S15327752JPA8001_18?needAccess=true
- Sullivan, L. E., Burke, J., Mercado, C., Terry, K. J. (2009). *The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences*. SAGE Publications.
- Upton, D. (1996). Mechanisms for building and sustaining operations improvement. *European Management Journal*, 14(3), 215–228.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0263237396000023>
- Uris, J. (2009). Gestión del conocimiento y sistema de calidad: certificación según las Normas

- ISO. En *Gestión de los procesos de soporte asistencial*. Universitat Oberta de Catalunya.
<https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/f3faf491-3ff5-447f-acda-7aa51501df91/content>
- Valderrama, D., Obregón, Z. H., Ramírez, C. A. (2018). *Factores que interfieren en la transformación cultural en el proceso de acreditación de la E.S.E. hospital local de Piedecuesta* [Trabajo de grado, Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud]. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. Tesis y Trabajos de Grado USTA. <https://repository.usta.edu.co/items/fd317b8d-c576-4bd3-bd67-fca108d992c9>
- Villabona, D. F. (2024). *Diagnóstico y propuesta de mejoramiento de la cultura de innovación en el ecosistema de la Fundación Cardiovascular de Colombia* [Trabajo de Grado, Ingeniería Industrial] Universidad Industrial de Santander. Repositorio de la Universidad Industrial de Santander. <https://noesis.uis.edu.co/server/api/core/bitstreams/ab6eacd6-2574-454c-9a63-d2f84cb57300/content>
- Yopan, J. L., Palmero, N., Santos, J. R. (2020). Cultura Organizacional. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(20), 263–281.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588663787016>
- Zapata, M., y Saturno, P. (2018). Validación psicométrica de instrumento para evaluar contexto de mejora de calidad y acreditación de hospitales. *Salud Pública de México*, 60(5), 528–538. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2018.v60n5/528-538/es>

Apéndices

Apéndice A. *Encuestas de prueba piloto*

Nota: véase archivo en fuente externa.

Apéndice B. Instrumento de medición de la cultura de mejoramiento CUME-22

CUME-22

INSTRUMENTO DE ESCALONAMIENTO TIPO LIKERT MEDICIÓN DE LA CULTURA DE MEJORAMIENTO

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Este cuestionario tiene como propósito conocer su percepción frente a aspectos propios y organizacionales relacionados con la cultura de mejoramiento.

Le agradecemos responder a cada afirmación con total sinceridad. No existen respuestas buenas ni malas; lo importante es que estas reflejen su manera de pensar respecto a la cultura de mejoramiento en la organización. Le solicitamos leer cuidadosamente cada afirmación, pensar sobre su experiencia en torno a los aspectos propios y organizacionales, y marcar únicamente una opción de respuesta por afirmación. Para ello, indique su elección con una "X" en la casilla correspondiente de la escala.

Tenga presente que este cuestionario NO lo evalúa a usted como trabajador, sino que busca conocer su percepción sobre la cultura de mejoramiento de la organización. Sus respuestas serán tratadas de forma anónima.

El cuestionario no tiene límite de tiempo; sin embargo, aproximadamente usted requerirá de 10 minutos para completarlo en su totalidad.

Gracias por su colaboración.

AFIRMACIONES	ESCALA				
	5 Totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo
1- Considero que mi actitud receptiva y mi capacidad de adaptación a los cambios facilitan el mejoramiento continuo en la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Considero que la organización gestiona los cambios derivados de las oportunidades de mejoramiento para que estas se mantengan en el tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Colaboro activamente con mi equipo de trabajo para identificar oportunidades de mejoramiento y alcanzar los objetivos organizacionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Considero que la articulación existente entre los servicios y áreas de la organización permite implementar iniciativas de mejoramiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Manifiesto disposición para participar constantemente en los procesos de mejoramiento continuo para alcanzar los objetivos de la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Considero que en los procesos de mejoramiento organizacionales participan todas las personas involucradas, independiente de su nivel jerárquico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Considero que la organización mantiene en el tiempo las mejoras implementadas en las áreas y servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Aplico de forma continua las lecciones aprendidas y las mejoras implementadas en la organización en mis labores diarias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Considero que la formación brindada por la organización en temas de calidad responde a los requerimientos de mi área o servicio para aportar al mejoramiento continuo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Considero que mantengo un compromiso constante con los procesos de calidad en el desarrollo de mis funciones diarias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUME-22










INSTRUMENTO DE ESCALONAMIENTO TIPO LIKERT MEDICIÓN DE LA CULTURA DE MEJORAMIENTO






















AFIRMACIONES	ESCALA				
	5 Totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Ni de acuerdo, ni desacuerdo	2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo
11- El ambiente laboral de la organización incide en mi motivación y disposición para proponer oportunidades de mejoramiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- Considero que los valores, principios y creencias de la organización se reflejan en los procesos de mejoramiento que se implementan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13- Considero que los líderes de la organización fomentan y motivan constantemente el mejoramiento continuo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14- Considero que el mejoramiento continuo es parte esencial de nuestra cultura organizacional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15- Considero que la organización promueve y motiva de forma continua la generación y aplicación de ideas innovadoras para lograr mejores resultados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16- Considero que la organización realiza seguimiento permanente a la implementación de acciones de mejoramiento establecidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17- Considero que el direccionamiento estratégico de la organización (misión, visión, objetivos y planes estratégicos) promueve el mejoramiento continuo en los procesos y servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18- Considero que los resultados obtenidos de los procesos de mejoramiento de la calidad son comunicados a todos los niveles de la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19- Considero que la organización asigna recursos (tiempo, personal, herramientas) para implementar oportunidades de mejoramiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20- Considero que las oportunidades de mejoramiento implementadas en la organización propenden por el bienestar del paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21- Considero que el proceso de calidad está integrado en todas las áreas y servicios de la organización.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22- Considero que la implementación de la Acreditación en Salud es asumida como una oportunidad organizacional para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Apéndice C. Ficha técnica del instrumento CUME-22

Ficha técnica	
Instrumento de medición de la cultura de mejoramiento continuo CUME-22	
I. Generalidades del instrumento	
Nombre del instrumento	CUME-22
Objetivo del instrumento	Medir la percepción de los colaboradores sobre la cultura de mejoramiento continuo en instituciones prestadoras de servicios de salud -independientemente del nivel de avance en procesos de acreditación o certificación de calidad- con el propósito de identificar fortalezas y oportunidades que orienten intervenciones estratégicas, y faciliten la alineación entre la cultura organizacional real y la cultura deseada.
Población objetivo	Colaboradores de una institución prestadora de servicios de salud (personal asistencial, administrativo, de apoyo y directivo).
Técnica de recolección de datos	Cuantitativa mediante la aplicación de una encuesta estructurada autoadministrada (física o digital).
Tipo de instrumento	Cuestionario cerrado con escala de tipo Likert de cinco (5) puntos, siendo: 5 = Totalmente de acuerdo 4 = De acuerdo 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 = En desacuerdo 1 = Totalmente en desacuerdo
Número de ítems	22 afirmaciones
II. Estructura del instrumento	
<p>El instrumento CUME-22 está estructurado en torno a dos dimensiones clave del comportamiento humano: la dimensión emocional y la dimensión racional. A partir de estas, se articulan 18 variables, las cuales orientan el contenido de los ítems que conforman el instrumento.</p> <p>La dimensión emocional comprende aquellos aspectos del comportamiento influenciados por emociones, sentimientos, intuiciones y motivaciones subjetivas. Esta dimensión reconoce el impacto de las experiencias personales y las respuestas afectivas en la forma de actuar de los individuos. Se asocian directamente a esta dimensión 2 variables y 2 ítems.</p> <p>La dimensión racional abarca componentes del comportamiento humano sustentados en el razonamiento, el análisis lógico, la planeación estratégica y la fundamentación técnica. Representa la capacidad de actuar de manera estructurada, con base en datos y hechos verificables. A esta dimensión se vinculan directamente 12 variables y 12 ítems.</p> <p>Por último, 4 variables y 8 ítems integran elementos tanto racionales como emocionales, permitiendo una visión más holística del comportamiento organizacional en relación con la cultura de mejoramiento continuo.</p>	
<i>Dimensión emocional</i>	

Variable	Alcance
Conducta frente a la mejora	❖ Respuesta o comportamiento frente al mejoramiento continuo.
Clima laboral	❖ Existencia de un ambiente laboral que influye en la disposición del personal para la implementación de mejoras.
<i>Dimensión racional</i>	
Variable	Alcance
Conocimiento específico para la gestión del mejoramiento continuo	❖ El personal cuenta con formación, competencias técnicas y metodológicas para liderar y participar en la gestión del mejoramiento continuo.
Filosofía de la institución	❖ Los valores, principios y creencias se reflejan en los procesos de mejora de la institución.
Liderazgo	❖ Existencia de un liderazgo para la gestión del mejoramiento continuo. ❖ Motivación y promoción del mejoramiento continuo.
Transformación del mejoramiento continuo en cultura de calidad	❖ Proceso profundo y sostenido donde los principios de calidad se convierten en parte esencial de la cultura organizacional.
Innovación	❖ Promoción de iniciativas de innovación. ❖ Incorporación de ideas innovadoras en los procesos y en la gestión de la calidad.
Evaluación y monitoreo de resultados	❖ Monitorización permanente de los resultados de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.
Alineación estratégica	❖ Integración del mejoramiento continuo en el direccionamiento estratégico. ❖ Vinculación de la mejora con los objetivos estratégicos.
Comunicación del proceso de mejoramiento	❖ Comunicación y despliegue de los resultados de las mejoras implementadas a todos los niveles.
Recursos	❖ Asignación y disposición de recursos para la implementación del mejoramiento.
Enfoque en el paciente	❖ Enfoque de la implementación de las mejoras en la satisfacción del paciente.
Búsqueda de la mejora en todas las áreas de la organización	❖ El proceso de calidad se encuentra integrado de manera sistémica en todas áreas y servicios de la institución. ❖ Mejora constante de los procesos.
Uso estratégico del sistema de gestión	❖ La implementación de los sistemas de gestión hace posible el mejoramiento continuo de forma sistemática, medible y sostenible.
<i>Dimensión emocional-racional</i>	
Variable	Alcance
Gestión del Cambio	❖ Capacidad individual de los trabajadores para ajustarse de manera flexible y eficaz a nuevos cambios. ❖ Capacidad institucional de gestionar los cambios resultantes de la implementación de mejoras para que sean sostenibles en el tiempo.

Colaboración y trabajo en equipo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Comunicación efectiva y cohesión para el alcance de los objetivos y de la mejora. ❖ Integración de procesos. 												
Participación del personal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existencia de la intencionalidad o motivación del personal en participar en los procesos de mejoramiento continuo. ❖ Participación de todos los involucrados en el proceso de mejoramiento y en todos los niveles. 												
Aprendizaje organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ La institución interioriza los resultados de las mejoras implementadas. ❖ Los resultados de las mejoras implementadas son sostenibles en el tiempo. 												
Información demográfica													
<p>Se incluyen cuatro preguntas de carácter demográfico, orientadas a identificar características generales del encuestado con el propósito de establecer correlaciones entre dichas variables y los resultados obtenidos en la medición de la cultura de mejoramiento continuo. Estas variables son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de personal: distingue entre colaboradores del área administrativa y asistencial. 2. Antigüedad en la institución: número de años de vinculación del encuestado con la organización. 3. Nivel de mejoramiento al que pertenece: según los tres niveles definidos por el Modelo de Acreditación en Salud. 4. Edad: se refiere al rango etario del encuestado. 													
III. Cuestiones técnicas de aplicación													
Duración estimada de diligenciamiento	10 minutos												
Frecuencia de aplicación sugerida	Bienal												
Nivel de confidencialidad	La encuesta es anónima y los resultados se analizarán de manera agregada, es decir, no se identifica ni se vincula la información con personas específicas, lo que ayuda a proteger la privacidad de los encuestados.												
Criterio interpretativo	<p>Para la interpretación de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento, se utiliza una escala de seis niveles que permite clasificar el estado de la cultura de mejoramiento continuo en función de los puntajes globales promedios alcanzados. Esta escala facilita la identificación del grado de desarrollo de la cultura y orienta la toma de decisiones respecto a la implementación de acciones de fortalecimiento o intervención. Los niveles son los siguientes:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Valor</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 60%;">Significación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">96 - 110</td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Muy fuerte</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">81.2 - 95.9</td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Fuerte</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">66.4 - 81.1</td> <td style="text-align: center;"></td> <td>Moderadamente fuerte</td> </tr> </tbody> </table>	Valor		Significación	96 - 110		Muy fuerte	81.2 - 95.9		Fuerte	66.4 - 81.1		Moderadamente fuerte
Valor		Significación											
96 - 110		Muy fuerte											
81.2 - 95.9		Fuerte											
66.4 - 81.1		Moderadamente fuerte											

	51.6 - 66.3		Moderadamente débil																						
	36.8 - 51.5		Débil																						
	22 - 36.7		Muy Débil																						
	<p>Para la interpretación de los resultados individuales por variable, se emplea la siguiente escala, la cual facilita una lectura detallada del comportamiento de cada una, permitiendo identificar con precisión las fortalezas y brechas en aspectos específicos de la cultura de mejoramiento continuo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Valor</th> <th colspan="2">Significación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4.35 - 5</td> <td></td> <td>Muy fuerte</td> </tr> <tr> <td>3.68 - 4.34</td> <td></td> <td>Fuerte</td> </tr> <tr> <td>3.01 - 3.67</td> <td></td> <td>Moderadamente fuerte</td> </tr> <tr> <td>2.34 - 3</td> <td></td> <td>Moderadamente débil</td> </tr> <tr> <td>1.67 - 2.33</td> <td></td> <td>Débil</td> </tr> <tr> <td>1 - 1.66</td> <td></td> <td>Muy Débil</td> </tr> </tbody> </table>				Valor	Significación		4.35 - 5		Muy fuerte	3.68 - 4.34		Fuerte	3.01 - 3.67		Moderadamente fuerte	2.34 - 3		Moderadamente débil	1.67 - 2.33		Débil	1 - 1.66		Muy Débil
Valor	Significación																								
4.35 - 5		Muy fuerte																							
3.68 - 4.34		Fuerte																							
3.01 - 3.67		Moderadamente fuerte																							
2.34 - 3		Moderadamente débil																							
1.67 - 2.33		Débil																							
1 - 1.66		Muy Débil																							
Validación del instrumento	<p>El presente instrumento fue validado inicialmente mediante juicio de cinco (5) expertos, utilizando una rúbrica previamente establecida. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con una muestra de 30 colaboradores de una institución de salud acreditada. Finalmente, se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, con base en los resultados obtenidos en dicha aplicación.</p>																								
Consideraciones para tener en cuenta	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se recomienda que, posterior a la aplicación del instrumento, se realice un análisis detallado de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems, con el fin de identificar brechas entre la cultura actual y la cultura deseada. En particular, se sugiere prestar atención a aquellos ítems que presenten valores entre [1-3], correspondientes a los niveles de significación muy débil, débil o moderadamente débil según la escala establecida, con el propósito de definir acciones de intervención específicas orientadas al fortalecimiento de la cultura de mejoramiento continuo. ❖ Para la aplicación del instrumento, se recomienda (si aplica) complementar la pregunta número 3 de la sección de Información Demográfica: <i>Nivel de mejoramiento al que pertenece</i>, incorporando los nombres específicos utilizados institucionalmente para referirse a los niveles de mejoramiento establecidos en el Sistema Único de Acreditación en Salud (SUA), con el fin de facilitar que cada colaborador identifique con mayor claridad el nivel al que pertenece. 																								