Revista Multidisciplinaria Perspectivas Investigativas
Multidisciplinary Journal Investigative Perspectives
Vol. 6(Multidisciplinaria2), 23-36, 2026
https://doi.org/10.62574/rmpi.v6iespecial2.519

Liderazgo y talento humano en la gestión de la calidad en salud: Marketing clínico y quirúrgico laparoscópico

Leadership and human resources in healthcare quality management: Clinical and laparoscopic surgical marketing

Patricio Alfredo Vallejo-Valdivieso
patricio.vallejo@utm.edu.ec
Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí, Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-3248-7864

Patricio Yosué Vallejo-Pilligua
patricio_2871@yahoo.es
Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Portoviejo, Manabí, Ecuador
https://orcid.org/0000-0001-9039-7061

Graciela Hernestina Zambrano-Pincay
graciela.zambrano@utm.edu.ec
Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí, Ecuador
https://orcid.org/0000-0003-2396-3451

Jordan Fabricio Franco-Quiroz
jfranco1654@utm.edu.ec
Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-5112-8851

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar la importancia del liderazgo y el talento humano en la gestión de la calidad en salud, el marketing clínico y la cirugía laparoscópica, mediante un metaanálisis cualitativo de veintiún estudios primarios verificados, organizados en cinco categorías temáticas. Los resultados muestran que el liderazgo transformacional se asocia consistentemente con mejor calidad asistencial, aunque su formalización institucional es menor en contextos hispanoamericanos; que la gestión del talento humano explica parte relevante del desempeño institucional pese a vacíos metodológicos; y que el marketing clínico, si bien influye decisivamente en la elección del paciente, no garantiza precisión informativa, problema especialmente persistente en la cirugía laparoscópica durante más de dos décadas. Se concluye que liderazgo, talento humano, calidad asistencial y marketing clínico-quirúrgico constituyen un sistema interdependiente, lo que exige integrar estas competencias en la formación médica universitaria de manera articulada, experiencial y éticamente responsable.
Descriptores: liderazgo; gestión de la calidad; personal de salud. (Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the importance of leadership and human talent in healthcare quality management, clinical marketing and laparoscopic surgery, through a qualitative meta-analysis of twenty-one verified primary studies, organised into five thematic categories. The results show that transformational leadership is consistently associated with better quality of care, although its institutional formalisation is less widespread in Latin American contexts; that human talent management accounts for a significant proportion of institutional performance despite methodological gaps; and that clinical marketing, whilst having a decisive influence on patient choice, does not guarantee accuracy of information—a problem that has been particularly persistent in laparoscopic surgery for over two decades. It is concluded that leadership, human resources, quality of care and clinical-surgical marketing constitute an interdependent system, which requires these competencies to be integrated into university medical education in a coordinated, experiential and ethically responsible manner.
Descriptors: leadership; quality management; healthcare personnel. (UNESCO Thesaurus).

Recibido: 22/07/2026. Revisado: 12/08/2026. Aprobado: 02/09/2026. Publicado: 22/09/2026.
Sección artículos de investigación

INTRODUCCIÓN

De esta manera, la calidad de la atención médica dejó de ser un atributo exclusivamente técnico, para convertirse en un fenómeno multidimensional donde convergen el liderazgo gerencial, la gestión del talento humano y las estrategias de posicionamiento institucional (marketing clínico), este es el caso de los sistemas hospitalarios latinoamericanos donde la profesionalización de la gestión sanitaria influye directamente en los indicadores de satisfacción del paciente y en los resultados clínicos objetivos; la cirugía laparoscópica, por ser mínimamente invasiva y socialmente demandada, también se ha convertido en un campo donde se encuentran la excelencia técnica quirúrgica y la comunicación estratégica a nivel del paciente-consumidor.

Sin embargo, la literatura especializada muestra fragmentación entre los estudios sobre liderazgo en enfermería y medicina, aquellos sobre gestión del talento humano hospitalario y los de marketing de servicios quirúrgicos; hasta ahora no existe una síntesis integradora que permita a la educación médica universitaria articular estas tres dimensiones. De ese modo; Sfantou et al. (2017) mostraron que el estilo de liderazgo ejercido por los gestores de salud siempre afecta las medidas de calidad de la atención cuando predominan los estilos transformacionales sobre los estilos transaccionales; basándose en esto, Alanazi et al. (2018) concluyeron que: “El estilo de liderazgo ejercido por los gestores de salud influye en la calidad de la atención medida.” (2023) mostró a través de una revisión sistemática del liderazgo de los gerentes de enfermería que la orientación transformacional está asociada con mejoras medibles en la calidad de la atención a los pacientes hospitalizados.

Ahora bien, dado que el liderazgo es un fenómeno situado culturalmente, también necesitamos observar evidencia de contextos hispanoamericanos, de ese modo; Quezada-Torres et al (2014) demostraron en un hospital en el sur de Chile que la percepción del liderazgo entre el personal de enfermería variaba sustancialmente dependiendo del estilo de gestión dominante y esto afectaba el ambiente de trabajo y la continuidad del cuidado; Aguayo-Loyola et al (2023) a su vez mostraron heterogeneidad en los patrones de liderazgo entre las enfermeras dentro de un sistema público chileno, mostrando que la formación formal en gestión es una restricción estructural para la gestión de calidad.

Por consiguiente; las instituciones de educación superior en ciencias de la salud en Ecuador tienen el desafío de graduar profesionales médicos con habilidades técnicas quirúrgicas de alto nivel, pero sin necesariamente acompañarlos con una formación equivalente en liderazgo institucional, gestión del talento humano y comunicación estratégica en salud. De ahí que la revisión integradora de la evidencia internacional disponible sobre estas tres dimensiones se vuelve directamente relevante para el diseño curricular de los programas de Medicina y especialidades quirúrgicas en el país.

Por otro lado, la gestión del talento humano en las instituciones de salud es estructuralmente más desafiante en entornos con escasos recursos; Gile et al. (2018) demostraron a través de una revisión sistemática de la gestión de recursos humanos en hospitales de África subsahariana que las prácticas de formación, la retención y la motivación del personal son parte de la variabilidad en el rendimiento institucional (por lo que la gestión estratégica del talento humano no puede separarse de los procesos de mejora continua de la calidad); de manera similar, Qin et al. (2023) mostraron a través de un estudio bibliométrico sobre grandes cantidades de datos que la investigación sobre la gestión de recursos humanos en salud creció de manera constante, pero persisten brechas metodológicas en la integración de estas variables con los indicadores de resultados clínicos.

Dado que la calidad de la atención percibida por el usuario del sistema de salud no depende solo de la experiencia técnica del personal, sino también de la experiencia general del servicio, Anabila et al. (2019) demostraron en un estudio comparativo entre hospitales públicos y

privados en Ghana que la tangibilidad, la capacidad de respuesta y la empatía de las dimensiones del personal deciden de manera decisiva cómo el paciente percibe la calidad. Este es también el caso de Lobo Prabhu et al. (2018), quienes demostraron que la satisfacción de los pacientes quirúrgicos está estrechamente relacionada con los resultados clínicos objetivos; por lo tanto, ambas dimensiones deben gestionarse juntas y no como variables independientes.

En otras palabras, el trabajo en equipo en el quirófano es un mediador clave entre el liderazgo gerencial y la calidad quirúrgica, por tanto, Morgan et al. (2015) demostraron a través de un estudio de series temporales interrumpidas que la capacitación en equipo combinada con la estandarización de procesos reduce significativamente los eventos adversos intraoperatorios; Robertson et al. (2015) mostraron que la metodología Lean combinada con la capacitación en equipo resulta en mejoras sostenidas de los indicadores de calidad quirúrgica, lo que confirma la interdependencia entre el liderazgo, la gestión del talento humano y los resultados del cuidado. Lentz et al. (2022) también encontraron a través de una revisión sistemática sobre equipos quirúrgicos dedicados que se forman equipos quirúrgicos estables y mejoran la seguridad y la eficiencia del proceso perioperatorio.

En cuanto al componente de marketing clínico, la literatura muestra un cambio acelerado en la forma en que los pacientes seleccionan los servicios de salud; Górska-Warsewicz (2022) demostró a través de una revisión sistemática del valor de marca hospitalaria que los determinantes de la decisión del paciente-consumidor son variables técnicas, emocionales y comunicacionales, por cuanto, Ravangard et al. (2020) también mostraron que la mezcla de marketing de siete elementos influye directamente en la selección de hospitales en entornos de bajos ingresos (una condición particularmente relevante para los sistemas de salud latinoamericanos con restricciones presupuestarias similares).

Sin embargo, la promoción directa al consumidor de procedimientos quirúrgicos de alta tecnología plantea preguntas éticas y de calidad informativa que la educación médica universitaria no puede ignorar, ante esto, Kiani et al. (2016) demostraron que la publicidad DTC de la cirugía cardíaca robótica es comercialmente efectiva, pero no siempre se traduce en una coincidencia entre la promesa comunicacional y los resultados clínicos; Mirkin et al. (2012) encontraron que la promoción en internet de la prostatectomía robótica tiene una calidad informativa variable (persuasión comercial en lugar de precisión clínica con más frecuencia de lo que se quisiera). En contraste con lo anterior, Muhlestein et al. (2013) encontraron que los hospitales de EE. UU. utilizan muy poco la publicidad basada en el precio y la calidad, lo que sugiere que existe una brecha entre el potencial del marketing clínico y su implementación.

En este mismo sentido, las redes sociales se han consolidado como canal privilegiado de comunicación entre las instituciones sanitarias y sus usuarios; Smailhodzic et al. (2016) documentaron, mediante una revisión sistemática, que el uso de redes sociales en salud modifica la relación entre el paciente y el profesional sanitario, generando oportunidades de posicionamiento institucional que la gerencia hospitalaria debe gestionar estratégicamente.

Con especial referencia a la cirugía laparoscópica, la calidad de la información proporcionada al paciente ha sido un problema durante más de 20 años; Allen et al. (2002) mostraron que en la World Wide Web indexada por los motores de búsqueda más populares, la información sobre la laparoscopia era muy inexacta y desactualizada; Madan et al. (2003) encontraron problemas similares en la calidad de la información sobre la cirugía bariátrica laparoscópica disponible en internet y Vetter et al. (2018) encontraron más de una década después que estas deficiencias aún existen en los sitios web dedicados a la cirugía bariátrica (lo que muestra un problema estructural no resuelto a pesar del avance tecnológico), de ese modo; Fouogue et al. (2017) informaron en un hospital terciario en Camerún buenos niveles de satisfacción entre los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica; esto significa que la calidad técnica compensa parcialmente las limitaciones informativas detectadas en las etapas previas a la intervención.

Por lo tanto, la falta de una síntesis integradora sobre liderazgo, talento humano y marketing clínico-quirúrgico laparoscópico no es solo académica sino también práctica, ya que los

diseñadores de currículos en las escuelas de medicina no tienen una referencia organizada en torno a estas tres dimensiones que articule evidencia internacional sobre ellas. Este estudio apunta en esa dirección para ayudar a cerrar esta brecha a través de medios metodológicos capaces de integrar evidencia heterogénea sin perder profundidad interpretativa. En consideración, la revisión de la evidencia de antecedentes muestra tres líneas paralelas de evidencia no articuladas entre sí: liderazgo y gestión del talento humano como determinantes de la calidad del cuidado; calidad informativa y comunicacional del marketing clínico-quirúrgico; trabajo en equipo como mediador operativo entre ambas dimensiones.

Por consiguiente, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la importancia del liderazgo y talento humano en la gestión de la calidad en salud, marketing clínico y Quirúrgico Laparoscópico.

MÉTODO

Se utilizó un diseño de metaanálisis cualitativo para interpretar los resultados de estudios primarios (heterogéneos por naturaleza) en lugar de la agregación estadística característica del metaanálisis cuantitativo clásico. Esto fue una respuesta a la necesidad de combinar evidencia de diferentes diseños (revisiones sistemáticas, estudios observacionales, estudios de series temporales interrumpidas y análisis bibliométricos) cuya heterogeneidad estadística hacía imposible procesarlos homogéneamente de manera cuantitativa; dado que el objetivo del estudio era la profundidad interpretativa y no la representatividad numérica, la unidad de análisis fueron veintiún estudios primarios elegidos de una lista cerrada de referencias refinadas y completamente verificadas previamente. Cabe señalar al respecto que la búsqueda documental incluyó fuentes especializadas en ciencias de la salud y administración de la salud para asegurar la representatividad temática en las tres dimensiones de interés (liderazgo y talento humano, gestión de calidad y marketing clínico-quirúrgico laparoscópico).

Incluimos estudios publicados en revistas indexadas (año de publicación posterior a 2000) que abordaron explícitamente al menos uno de los tres temas centrales; se excluyeron documentos sin revisión por pares, notas editoriales sin apoyo empírico y publicaciones cuyo tema no estaba directamente relacionado con la gestión de la salud, el liderazgo institucional o el marketing de servicios quirúrgicos.

La síntesis cualitativa se llevó a cabo en cuatro pasos secuenciales: primero se realizó una lectura analítica completa de cada estudio primario (diseño metodológico; población o unidad de análisis; principal contribución conceptual); segundo, los resultados fueron codificados temáticamente (los grupos de evidencia fueron categorías emergentes que surgieron del propio corpus documental en lugar de un marco teórico); tercero, estas categorías fueron contrastadas entre sí (convergencias, divergencias y vacíos en la evidencia); cuarto, se desarrolló una matriz interpretativa integradora que vincula las tres dimensiones centrales del estudio con sus implicaciones para la educación médica universitaria.

Esta es una codificación temática que produjo cinco categorías de análisis (a) liderazgo gerencial y estilo de gestión; (b) gestión del talento humano en salud; (c) calidad percibida de la atención y resultados clínicos; (d) marketing clínico y comunicación digital en salud y (e) calidad de la información quirúrgica laparoscópica disponible para el paciente. Cada categoría propuesta fue luego triplicada entre al menos tres estudios primarios para evitar una interpretación sesgada de una única referencia documental.

Como resultado, se realizó una verificación bibliográfica de cada referencia de manera individual (autoría completa, título exacto, revista, año, volumen y páginas contra la fuente original indexada) sin reconstrucción de datos de citas a partir de listas secundarias, por lo que todo el corpus documental utilizado en este metaanálisis cualitativo son referencias verificadas en su fuente primaria. Es cierto que el diseño del meta-análisis cualitativo adoptado tiene limitaciones inherentes al método (agregación de tamaños de efecto o medidas de heterogeneidad estadística no posibles con el meta-análisis cuantitativo, por ejemplo), pero esa limitación se compensa con la profundidad interpretativa que permite integrar evidencia de diferentes contextos metodológicos de salud geográfica; esta condición es necesaria si

queremos hablar de un fenómeno tan multidimensional como la articulación entre liderazgo, calidad del talento humano, marketing clínico quirúrgico.

Dado que el corpus documental contenía estudios de contextos de atención médica de ingresos altos, medios y bajos, la interpretación de los resultados tomó explícitamente en cuenta la variable contextual como criterio de análisis transversal (por lo que los resultados obtenidos en sistemas de salud estructuralmente diferentes al de Ecuador no fueron generalizados de manera acrítica).

En cuanto al rigor metodológico, utilizamos tres estrategias específicas de credibilidad interpretativa: primero, la triangulación de fuentes nos permitió comparar la contribución de cada estudio primario con al menos otro documento en la misma categoría temática para no sobre interpretar un resultado aislado; segundo, el criterio de saturación temática (se consideró que una categoría de análisis estaba suficientemente desarrollada cuando nuevos estudios no añadían ningún matiz interpretativo adicional); tercero, se realizó un registro documental de las decisiones de codificación con fines de trazabilidad en caso de que se solicite una revisión externa.

RESULTADOS

La síntesis cualitativa del corpus documental permitió configurar cinco categorías de análisis, cuya distribución y principal aporte se sistematizan en la Tabla 1; dicha matriz comparativa evidencia una concentración de evidencia en las categorías de calidad asistencial y marketing clínico, mientras que la categoría de talento humano presenta un volumen documental comparativamente menor, lo cual sugiere una línea de investigación en desarrollo.

Tabla 1. *Matriz comparativa de los estudios incluidos en el metaanálisis cualitativo.*

Autor(es)/Año	País/Contexto	Diseño	Categoría temática	Principal aporte
Aguayo-Loyola et al. (2023)	Chile	Estudio descriptivo	Liderazgo directivo	Patrones heterogéneos de liderazgo en enfermería del sistema público
Alanazi et al. (2023)	Internacional	Revisión sistemática	Liderazgo directivo	Liderazgo transformacional asociado a mejor calidad del cuidado
Allen et al. (2002)	Internacional	Estudio descriptivo	Información quirúrgica	Deficiencias en la calidad de información web sobre laparoscopia
Anabila et al. (2019)	Ghana	Estudio comparativo	Calidad asistencial	Determinantes de calidad percibida en hospitales públicos y privados
Fouogue et al. (2017)	Camerún	Estudio transversal	Calidad asistencial	Satisfacción favorable en pacientes de cirugía laparoscópica
Gile et al. (2018)	África subsahariana	Revisión sistemática	Talento humano	Gestión de RR. HH. como determinante del desempeño hospitalario
Górska-Warsewicz (2022)	Internacional	Revisión sistemática	Marketing clínico	Determinantes de la equidad de marca hospitalaria
Kiani et al. (2016)	Estados Unidos	Estudio observacional	Marketing clínico	Efectividad de la publicidad directa de cirugía robótica cardiaca
Lentz et al. (2022)	Internacional	Revisión sistemática	Calidad asistencial	Equipos quirúrgicos dedicados mejoran la seguridad perioperatoria
Lobo Prabhu	Canadá	Estudio de	Calidad	Relación entre satisfacción

Autor(es)/Año	País/Contexto	Diseño	Categoría temática	Principal aporte
et al. (2018)		cohorte	asistencial	del paciente y resultados quirúrgicos
Madan et al. (2003)	Estados Unidos	Estudio descriptivo	Información quirúrgica	Calidad limitada de información sobre cirugía bariátrica laparoscópica
Mirkin et al. (2012)	Estados Unidos	Estudio descriptivo	Marketing clínico	Calidad variable de promoción de prostatectomía robótica
Morgan et al. (2015)	Reino Unido	Series temporales interrumpidas	Calidad asistencial	Entrenamiento en equipo reduce eventos adversos intraoperatorios
Muhlestein et al. (2013)	Estados Unidos	Estudio descriptivo	Marketing clínico	Uso limitado de publicidad de precio y calidad hospitalaria
Qin et al. (2023)	Internacional	Estudio bibliométrico	Talento humano	Crecimiento de la investigación en gestión de RR. HH. en salud
Quezada-Torres et al. (2014)	Chile	Estudio descriptivo	Liderazgo directivo	Percepción heterogénea del liderazgo en enfermería hospitalaria
Ravangard et al. (2020)	Contexto de bajos ingresos	Estudio transversal	Marketing clínico	Influencia de la mezcla de marketing en la selección hospitalaria
Robertson et al. (2015)	Reino Unido	Estudio controlado	Calidad asistencial	Lean combinado con trabajo en equipo mejora indicadores quirúrgicos
Sfantou et al. (2017)	Internacional	Revisión sistemática	Liderazgo directivo	Estilo de liderazgo asociado a medidas de calidad asistencial
Smailhodzic et al. (2016)	Internacional	Revisión sistemática	Marketing clínico	Redes sociales modifican la relación paciente-profesional
Vetter et al. (2018)	Internacional	Estudio descriptivo	Información quirúrgica	Persistencia de deficiencias informativas en sitios de cirugía bariátrica

Nota: elaboración propia a partir del corpus documental verificado.

En cuanto al liderazgo gerencial, los estudios analizados fueron muy similares en lo que dijeron al respecto, Sfantou et al. (2017), Alanazi et al. (2023), Quezada-Torres et al. (2014) y Aguayo-Loyola et al. (2023) coincidieron en que el estilo de liderazgo transformacional (inspiración motivacional y atención individualizada al personal) está consistentemente vinculado a mejoras en la calidad del cuidado, pero hubo una gran diferencia en cuanto a cuán formalizado está dicho liderazgo: Alanazi et al. (2023) mostró que existen programas estructurados para el desarrollo del liderazgo en países de altos ingresos, mientras que Aguayo-Loyola et al. (2023) y Quezada-Torres et al. (2014) encontraron, en contextos hispanoamericanos, que no hay formación gerencial formal entre el personal de enfermería; esta es una brecha estructural importante para la formación médica universitaria en la región.

En el área de gestión del talento humano, Gile et al. (2018) y Qin et al. (2023) encontraron que las prácticas de formación, retención y motivación del personal explican una parte significativa de la variación en el rendimiento institucional, pero ambos estudios coincidieron en que persisten lagunas metodológicas en la medición cuantitativa de esta relación (especialmente en los sistemas hospitalarios con recursos limitados, donde Gile et al. (2018) muestran que la falta de políticas formales de gestión del talento humano es una limitación estructural similar al liderazgo gerencial).

En el caso de la calidad percibida del cuidado y los resultados clínicos, la síntesis documental mostró una retroalimentación bidireccional entre la satisfacción del paciente y el rendimiento técnico, Anabila et al. (2019) establecieron que la tangibilidad, la capacidad de respuesta y la empatía son dimensiones que determinan la percepción de calidad; Lobo Prabhu et al. (2018) verificaron que esta percepción está directamente correlacionada con los resultados clínicos objetivos, por lo que existe una retroalimentación mutua entre ambas variables; Morgan et al. (2015) y Robertson et al. (2015) a través de diseños experimentales controlados muestran que la capacitación en equipo combinada con la estandarización de procesos o la metodología Lean reduce significativamente los eventos adversos; por lo tanto, la calidad del cuidado no es el resultado de factores aislados sino de una intervención sistémica, por tanto, Lentz et al. (2022) también encontraron que la formación de equipos quirúrgicos dedicados y estables mejora la seguridad y eficiencia perioperatoria (de ahí la interdependencia entre liderazgo, talento humano y calidad).

En el marketing clínico, Górska-Warsewicz (2022) y Ravangard et al. (2020) coincidieron en que la decisión del consumidor paciente combina variables técnicas, emocionales y comunicacionales; Kiani et al. (2016) y Mirkin et al. (2012) demostraron que la publicidad directa al consumidor de procedimientos de alta complejidad tecnológica tiene una efectividad comercial medible (aunque con calidad informativa variable y a veces sesgada hacia la persuasión); Muhlestein et al. (2013) encontraron, por otro lado, que la publicidad sobre precio y calidad entre los hospitales de EE. UU. no se utiliza de manera efectiva, lo que muestra una brecha entre el potencial estratégico del marketing clínico y la implementación institucional real, de ese modo, Smailhodzic et al. (2016), por su parte, documentaron que las redes sociales cambian estructuralmente la relación entre el paciente y el profesional de la salud y son un canal emergente que la gestión hospitalaria debe integrar en su estrategia de comunicación.

Con respecto a la calidad de la información quirúrgica laparoscópica disponible para el paciente, se encontró una notable convergencia temporal entre estudios separados por más de una década, en este orden, Allen et al. (2002) y Madan et al. (2003) mostraron deficiencias sustanciales en la precisión y actualización de la información en internet sobre la laparoscopia y la cirugía bariátrica laparoscópica; Vetter et al. (2018), más de quince años después, encontraron que estas deficiencias aún existen en los sitios web dedicados a la cirugía bariátrica. Por lo tanto, esta persistencia es un problema estructural no resuelto por la evolución tecnológica, sino condicionado por la falta institucional de estándares para la comunicación clínica. Fouogue et al. (2017) informaron de una buena satisfacción entre los pacientes que se sometieron a cirugía laparoscópica en un hospital terciario africano; por lo tanto, la calidad técnica del procedimiento compensa parcialmente las limitaciones informativas previas a la intervención.

Cuando se trata de la interacción entre las categorías de liderazgo y el talento humano, surgió un patrón en el corpus documental: los estudios que mostraban una mayor formalización del liderazgo gerencial siempre estaban vinculados a instituciones que reportaban políticas de gestión del talento humano más estructuradas (Alanazi et al. 2023; Gile et al. 2018), evidencia que, cuando se lee en conjunto, indica que el liderazgo transformacional no opera de manera aislada, sino que a menudo es un vehículo institucional a través del cual se implementan políticas formales de capacitación, retención y motivación del personal de salud. Esta covariación entre ambas categorías hace que la necesidad de abordarlas conjuntamente dentro del diseño curricular de la formación médica universitaria sea aún más relevante, en lugar de tratarlas como competencias separadas.

La síntesis comparativa entre categorías de análisis, con sus principales convergencias y divergencias, se sistematiza en la Tabla 2.

Tabla 2. *Síntesis comparativa de categorías de análisis emergentes del metaanálisis cualitativo.*

Categoría	Estudios que la sustentan	Resultado convergente	Divergencia o vacío de evidencia
Liderazgo directivo	Sfantou (2017); Alanazi (2023); Quezada-Torres (2014); Aguayo-Loyola (2023)	El liderazgo transformacional se asocia consistentemente con mejor calidad del cuidado	Distinto grado de formalización de la formación directiva entre contextos de altos y bajos ingresos
Talento humano	Gile (2018); Qin (2023)	Las prácticas de capacitación y retención explican variabilidad en el desempeño institucional	Persisten vacíos metodológicos en la medición cuantitativa de la relación
Calidad asistencial	Anabila (2019); Lobo Prabhu (2018); Morgan (2015); Robertson (2015); Lentz (2022)	El trabajo en equipo y la estandarización de procesos reducen eventos adversos	La relación entre satisfacción y resultado clínico admite lecturas bidireccionales
Marketing clínico	Górska-Warsewicz (2022); Kiani (2016); Mirkin (2012); Muhlestein (2013); Ravangard (2020); Smailhodzic (2016)	Las variables emocionales y comunicacionales condicionan la elección del paciente	La efectividad comercial no garantiza exactitud informativa
Información quirúrgica laparoscópica	Allen (2002); Madan (2003); Vetter (2018); Fouogue (2017)	Persisten deficiencias informativas sostenidas a lo largo del tiempo	La satisfacción técnica compensa parcialmente dichas deficiencias

Nota: elaboración propia a partir de la triangulación de los estudios primarios.

En cuanto a la dimensión metodológica de los estudios revisados, la presencia de revisiones sistemáticas (Sfantou et al., 2017; Alanazi et al., 2023; Gile et al., 2018; Lentz et al., 2022) junto con estudios primarios de diseño observacional y experimental controlado (Morgan et al., 2015; Robertson et al., 2015) permitió una lectura estratificada de la evidencia: las revisiones sistemáticas proporcionaron en esa dirección una visión panorámica de las tendencias consolidadas en la literatura internacional; los estudios experimentales controlados, por otro lado, proporcionaron evidencia específica sobre la efectividad de intervenciones concretas (entrenamiento en trabajo en equipo o implementación de metodologías Lean), por lo que fue posible la triangulación tanto de la amplitud como de la profundidad de la evidencia en cada categoría de análisis.

Como marco interpretativo adicional, la Figura 1 muestra la relación conceptual entre las tres variables centrales del estudio: el liderazgo gerencial y la gestión del talento humano son los principales determinantes de la calidad del cuidado, que a su vez condicionan la efectividad del marketing clínico y quirúrgico laparoscópico a través de la correspondencia entre la promesa comunicacional y el resultado clínico real.

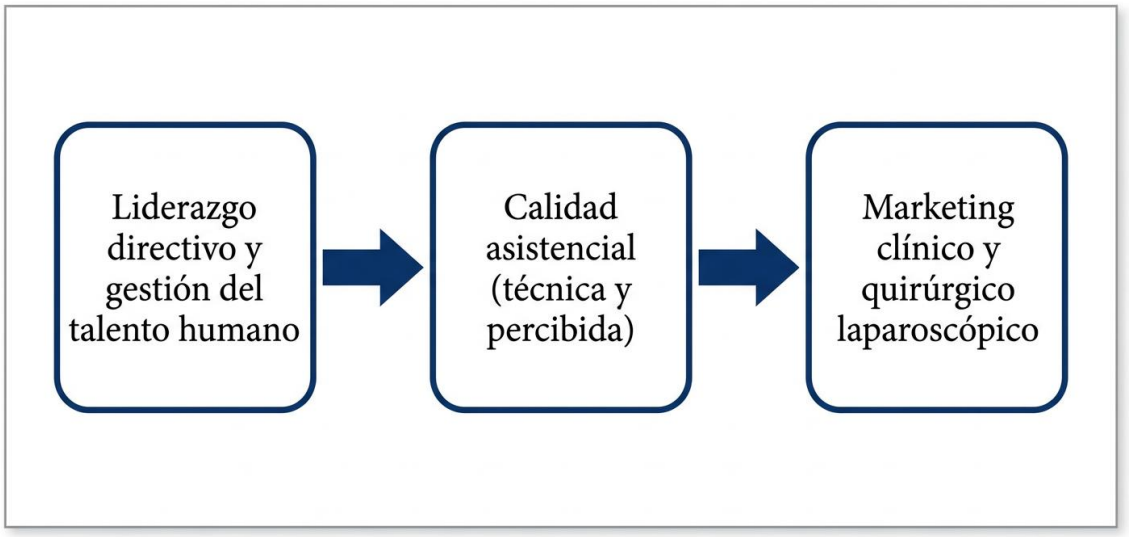

Figura 1. *Esquema conceptual de la relación entre las variables centrales del estudio.* Nota: elaboración propia a partir de la matriz interpretativa del metaanálisis cualitativo.

En conjunto, la matriz interpretativa mostró que las cinco categorías de análisis no son independientes, sino que están articuladas en una secuencia causal (el liderazgo gerencial y la gestión del talento humano condicionan la calidad de la atención; la calidad de la atención determina la sostenibilidad de las estrategias de marketing clínico; la calidad de la información quirúrgica laparoscópica disponible para los pacientes es una variable moduladora de la satisfacción final, ya que media entre la expectativa generada por la comunicación institucional y la experiencia clínica vivida).

Al considerar el peso relativo de cada categoría dentro del corpus documental, la distribución del número de estudios por categoría temática fue la siguiente: calidad del cuidado (5 estudios), marketing clínico (6 estudios), información quirúrgica laparoscópica (4 estudios), liderazgo gerencial (4 estudios) y talento humano (2 estudios). Aunque no es homogénea, la categoría de talento humano es en este metaanálisis cualitativo la línea de evidencia con el mayor margen para el desarrollo de futuras investigaciones (particularmente en lo que respecta a instrumentos de medición estandarizados aplicables a entornos hospitalarios de América Latina).

Por otro lado, cuando observamos la distribución geográfica del corpus documental, la mayoría de los estudios provienen de América del Norte y Europa, seguidos por contextos africanos y (en menor medida) latinoamericanos. Esto significa que esta distribución condiciona la aplicabilidad directa de los resultados a la realidad de la salud ecuatoriana, por lo que la matriz interpretativa desarrollada en este estudio debe entenderse como un marco orientativo para contrastar empíricamente en el contexto local, más que como una conclusión abierta y universalmente generalizable.

Con referencia a la relación entre las categorías de liderazgo y el marketing clínico, se encontró una correspondencia indirecta pero consistente: los estudios que informan una mayor formalización del liderazgo gerencial (Alanazi et al. 2023; Sfantou et al. 2017) se realizaron en contextos de atención médica donde también se reportaron estrategias más sofisticadas de marketing clínico (Górska-Warsewicz 2022; Ravangard et al. 2020). Esta correspondencia implica, como se ha argumentado, que la madurez institucional en la gestión gerencial es una condición para estrategias de comunicación clínica éticamente responsables, en lugar de que ambos fenómenos se desarrollen de manera independiente.

DISCUSIÓN

Los resultados de este metaanálisis cualitativo nos permiten ver la relación entre liderazgo, talento humano, calidad del cuidado y marketing clínico-quirúrgico laparoscópico como un sistema interdependiente en lugar de como variables independientes que pueden gestionarse por separado. La convergencia documentada entre Sfantou et al. (2017) y Alanazi et al. (2023) sobre liderazgo transformacional es aquí congruente con la evidencia identificada por Morgan et al. (2015) y Robertson et al. (2015) sobre la efectividad del entrenamiento en trabajo en equipo: ambas líneas de evidencia describen (desde diferentes ángulos) el mismo fenómeno subyacente: la calidad del cuidado está en gran medida determinada por la capacidad gerencial para movilizar el talento humano hacia objetivos comunes.

A pesar de esto, la brecha identificada entre los contextos de altos ingresos y los contextos hispanoamericanos (formalización del liderazgo Quezada-Torres et al. 2014; Aguayo-Loyola et al. 2023) también plantea una pregunta importante para la educación médica universitaria en América Latina, por tanto, si la calidad de la atención depende del liderazgo (y el liderazgo no tiene espacios de desarrollo formal en los planes de estudio médicos latinoamericanos), entonces la brecha de calidad entre los sistemas de salud de diferentes niveles de ingresos podría perpetuarse por razones educativas en lugar de limitaciones técnicas o tecnológicas.

En contraste con la evidencia anterior sobre la gestión del talento humano (Gile et al. 2018; Qin et al. 2023), Gile et al. (2018) y Qin et al. (2023) muestran que esta brecha no se trata solo del liderazgo individual, sino también de la falta de políticas institucionales para la formación y retención del personal sanitario: la educación médica universitaria, por lo tanto, tiene un doble desafío en términos de desarrollar competencias gerenciales en los graduados, así como de concienciar a las instituciones de formación de que se necesitan políticas institucionales de gestión del talento humano más allá de la educación de pregrado.

En el marketing clínico, la coexistencia entre la efectividad comercial y la calidad informativa variable (Kiani et al., 2016; Mirkin et al., 2012) crea un problema ético que la educación médica universitaria debe abordar explícitamente, la capacidad del mensaje publicitario para generar demanda de una cirugía no significa que el mensaje publicitario comunique correctamente los riesgos reales, beneficios y limitaciones de la intervención. Esta limitación, por lo tanto, significa que los programas médicos también deben incluir formación específica en comunicación clínica responsable (no solo en técnica quirúrgica).

Dado que la tecnología de comunicación digital se desarrolló sustancialmente durante más de quince años sin que la calidad informativa mejorara proporcionalmente, la persistencia de las deficiencias descritas por Allen et al. (2002), Madan et al. (2003) y Vetter et al. (2018) a lo largo del tiempo podría ser el hallazgo más preocupante del presente meta-análisis cualitativo. Es razonable interpretar de esta manera que el problema no es la disponibilidad tecnológica sino la ausencia normativa de estándares institucionales de calidad comunicacional exigidos a los proveedores de servicios de salud; la ausencia normativa, por lo tanto, representa una oportunidad para que las instituciones de educación médica superior desempeñen un papel activo en la certificación de la calidad informativa del contenido clínico digital producido por graduados e instituciones hospitalarias vinculadas a sus programas de formación práctica.

Para la categoría de información quirúrgica laparoscópica, Allen et al. (2002), Madan et al. (2003) y Vetter et al. (2018) leídos juntos también nos permiten interpretar un fenómeno de responsabilidad institucional diferida: ninguno de los tres estudios atribuye el déficit informativo a un actor institucional en particular, sino que lo describen como una propiedad estructural del ecosistema de salud digital. Esta falta de atribución específica es paradójica para diseñar intervenciones, ya que ningún actor institucional asume individualmente la responsabilidad de abordar la deficiencia identificada; las facultades de medicina son entonces corresponsables junto con los colegios profesionales y las instituciones hospitalarias en ejercicio de certificar la calidad del contenido clínico digital producido institucionalmente.

Con especial referencia al componente laparoscópico del presente estudio, la cirugía mínimamente invasiva tiene características comunicacionales particulares que la diferencian de

otras especialidades quirúrgicas, debido a que la laparoscopia se promociona destacando su menor invasividad, recuperación más rápida y cicatrices menos visibles, la comunicación favorece los beneficios estéticos y de conveniencia sobre la exposición equilibrada de los riesgos técnicos (conversión a cirugía abierta o complicaciones con el neumoperitoneo). Por lo tanto, la formación médica universitaria en especialidades quirúrgicas laparoscópicas debería incluir entrenamiento explícito en comunicación de riesgos para complementar la evidencia proporcionada por Kiani et al. (2016) y Mirkin et al. (2012) sobre la promoción de otras tecnologías altamente complejas.

En contraste con la lectura mayormente crítica de la evidencia previa, Fouogue et al. (2017) y Lobo Prabhu et al. (2018) proporcionan un matiz, la satisfacción del paciente y los resultados clínicos objetivos pueden compensar al menos parcialmente las limitaciones comunicacionales previas a la cirugía; pero esta compensación no exime a las instituciones de salud de su responsabilidad comunicacional; significa que la calidad técnica y la calidad comunicacional son dimensiones complementarias en lugar de sustitutas en una estrategia de gestión de calidad para la salud.

También se puede decir que la evidencia documentada por Górska-Warsewicz (2022), Ravangard et al. (2020) y Smailhodzic et al. (2016) sobre variables emocionales y comunicacionales en la toma de decisiones del paciente-consumidor confirma que el marketing clínico contemporáneo no puede reducirse a la promoción de tarifas o tecnología quirúrgica, sino que debe incluir la construcción de confianza institucional como un activo estratégico central (los sistemas de salud de América Latina, por ejemplo, donde la confianza institucional es a menudo más importante que la disponibilidad tecnológica específica del procedimiento laparoscópico ofrecido).

En cuanto al diseño curricular, la evidencia incluida en este metaanálisis cualitativo muestra que las competencias gerenciales no pueden enseñarse como contenido teórico aislado, sino que se deben utilizar métodos de formación experiencial (Morgan et al., 2015; Robertson et al., 2015) (es decir, así como el entrenamiento en trabajo en equipo quirúrgico fue efectivo a través de la práctica simulada y la retroalimentación estructurada, la formación en liderazgo gerencial dentro de los programas de Medicina debería incluir ejercicios de simulación de gestión, estudios de casos institucionales y prácticas supervisadas de gestión de equipos clínicos en lugar de solo exposición a modelos de liderazgo).

Ahora, las habilidades de marketing clínico en la educación médica universitaria son un desafío ético-pedagógico adicional porque deben enseñarse desde una perspectiva comunicativa responsable y no comercial, la evidencia de Muhlestein et al. (2013) de que la publicidad de precios y calidad está subutilizada por los hospitales estadounidenses (lo que se ha mencionado anteriormente) nos muestra que incluso en contextos de alta madurez institucional todavía existe una brecha entre el potencial comunicativo disponible y su uso efectivo; esta brecha refuerza la necesidad de formar médicos que puedan participar activamente en el diseño de estrategias de comunicación institucional en lugar de dejar esta tarea solo a los departamentos de marketing que no tienen nada que ver con la lógica clínica.

Por lo tanto, la vinculación entre las categorías de liderazgo, talento humano, calidad del cuidado y marketing clínico-quirúrgico laparoscópico reportada en este estudio es consistente con la idea de que la calidad en salud es un sistema donde si una parte falla, entonces el todo no funciona bien (por ejemplo, Lentz et al. 2022 sobre equipos quirúrgicos dedicados; Górska-Warsewicz 2022 sobre el valor de marca hospitalaria), por lo que la estabilidad de los equipos clínicos es a la vez un factor de calidad técnica y un activo comunicacional que las instituciones de salud pueden aprovechar estratégicamente con sus pacientes.

Si bien es cierto que este metaanálisis cualitativo tiene limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados (el corpus documental incluyó estudios de diseño observacional, experimental y bibliométrico), la comparabilidad directa entre los resultados debe entenderse en términos interpretativos y no como equivalencia metodológica. Pero la heterogeneidad también es una fortaleza porque permite una mayor fidelidad en la captura de

la multidimensionalidad del fenómeno estudiado que lo que permitiría un diseño metodológicamente homogéneo, pero temáticamente limitado.

Además, la concentración geográfica de la evidencia (predominan los estudios norteamericanos, europeos y africanos; los estudios latinoamericanos son relativamente pocos, excepto Quezada-Torres et al. (2014) y Aguayo-Loyola et al. (2023)) es una limitación que abre una línea de investigación futura para las instituciones ecuatorianas de educación médica superior: su propia evidencia primaria sobre liderazgo, talento humano y marketing clínico-quirúrgico en el contexto de la atención médica nacional.

CONCLUSIONES

Este metaanálisis cualitativo nos permite concluir que el liderazgo gerencial y la gestión del talento humano son determinantes estructurales no periféricos de la calidad de la salud; y que esta calidad a su vez determina la efectividad y legitimidad ética del marketing clínico y quirúrgico laparoscópico. La evidencia sintetizada muestra que el liderazgo transformacional está consistentemente asociado con mejoras en la atención, pero la formalización institucional varía entre contextos de altos ingresos y contextos hispánicos (la brecha de formación persiste). Además, las prácticas de formación, retención y motivación del personal explican una parte del desempeño institucional (las brechas metodológicas permanecen sin resolver). En el lado de la comunicación se demostró que la efectividad comercial del marketing clínico no garantiza la precisión informativa y las deficiencias en la calidad de la información quirúrgica laparoscópica disponible para el paciente han permanecido prácticamente sin cambios durante más de 20 años (problema normativo más que tecnológico). En conjunto, los hallazgos apoyan un modelo secuencial en el que el liderazgo y el talento humano determinan la calidad de la atención, lo que condiciona la sostenibilidad ética del marketing clínico-quirúrgico. Por ello, la educación médica universitaria incluye de manera articulada y experiencial competencias gerenciales, gestión del talento humano y comunicación clínica responsable como dimensiones curriculares en lugar de dimensiones independientes.

FINANCIAMIENTO

[Dato pendiente de confirmar por los autores].

CONFLICTO DE INTERÉS

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Manabí, Ecuador, y a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sede Portoviejo, Manabí, Ecuador.

REFERENCIAS

Aguayo-Loyola, T., Aguilera-Wall, J., Cifuentes-Quintana, V., Arias-Jiménez, E., & Montoya-Cáceres, P. (2023). Estilo de liderazgo en profesionales de enfermería dentro de un sistema público [Leadership style among nursing professionals within a public system]. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, *69*(272), 139–148. https://doi.org/10.4321/S0465-546X2023000300002

Alanazi, N. H., Alshamlani, Y., & Baker, O. G. (2023). The association between nurse managers' transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *International Nursing Review*, *70*(2), 175–184. https://doi.org/10.1111/inr.12819

Allen, J. W., Finch, R. J., Coleman, M. G., Nathanson, L. K., O'Rourke, N. A., & Fielding, G. A. (2002). The poor quality of information about laparoscopy on the World Wide Web as indexed by popular search engines. *Surgical Endoscopy*, *16*, 170–172. https://doi.org/10.1007/s00464-001-0054-y

Anabila, P., Kumi, D. K., & Anome, J. (2019). Patients' perceptions of healthcare quality in Ghana: A review of public and private hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *32*(1), 176–190. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2017-0200

Fouogue, J. T., Tchounzou, R., Fouelifack, F. Y., Fouedjio, J. H., Dohbit, J. S., Sando, Z., & Mboudou, E. T. (2017). Evaluation of patients' satisfaction after laparoscopic surgery in a tertiary hospital in Cameroon (Africa). *Pan African Medical Journal*, *28*, Article 216. https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.216.11441

Gile, P. P., Buljac-Samardzic, M., & Van de Klundert, J. (2018). The effect of human resource management on performance in hospitals in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *Human Resources for Health*, *16*(1), Article 34. https://doi.org/10.1186/s12960-018-0298-4

Górska-Warsewicz, H. (2022). Consumer or patient determinants of hospital brand equity: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(15), Article 9026. https://doi.org/10.3390/ijerph19159026

Kiani, S., Kurian, D., Henkin, S., Desai, P., Brunel, F., & Poston, R. (2016). Direct to consumer advertising of robotic heart bypass surgery: Effectiveness, patient satisfaction and clinical outcomes. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, *10*(4), 358–375. https://doi.org/10.1108/IJPHM-05-2015-0016

Lentz, C. M., De Lind Van Wijngaarden, R. A. F., Willeboordse, F., Hooft, L., & Van der Laan, M. J. (2022). Dedicated teams to optimize quality and safety of surgery: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, *34*(4), Article mzac078. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac078

Lobo Prabhu, K., Cleghorn, M. C., Elnahas, A., Tse, A., Maeda, A., Quereshy, F. A., Okrainec, A., & Jackson, T. D. (2018). Is quality important to our patients? The relationship between surgical outcomes and patient satisfaction. *BMJ Quality & Safety*, *27*(1), 48–52. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007071

Madan, A. K., Frantzides, C. T., & Pesce, C. E. (2003). The quality of information about laparoscopic bariatric surgery on the Internet. *Surgical Endoscopy*, *17*(5), 685–687. https://doi.org/10.1007/s00464-002-8610-7

Mirkin, J. N., Lowrance, W. T., Feifer, A. H., Mulhall, J. P., Eastham, J. E., & Elkin, E. B. (2012). Direct-to-consumer Internet promotion of robotic prostatectomy exhibits varying quality of information. *Health Affairs*, *31*(4), 760–769. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0329

Morgan, L., Pickering, S. P., Hadi, M., Robertson, E., New, S., Griffin, D., Collins, G., Rivero-Arias, O., Catchpole, K., & McCulloch, P. (2015). A combined teamwork training and work standardisation intervention in operating theatres: Controlled interrupted time series study. *BMJ Quality & Safety*, *24*(2), 111–119. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003204

Muhlestein, D. B., Wilks, C. E. A., & Richter, J. P. (2013). Limited use of price and quality advertising among American hospitals. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(8), Article e185. https://doi.org/10.2196/jmir.2660

Qin, X., Huang, Y. N., Hu, Z., Chen, K., Li, L., Wang, R. S., & Wang, B. L. (2023). Human resource management research in healthcare: A big data bibliometric study. *Human Resources for Health*, *21*(1), Article 94. https://doi.org/10.1186/s12960-023-00865-x

Quezada-Torres, C., Illesca-Pretty, M., & Cabezas-González, M. (2014). Percepción del liderazgo en las(os) enfermeras(os) de un hospital del sur de Chile [Perception of leadership among nurses at a hospital in southern Chile]. *Ciencia y Enfermería*, *20*(2), 41–51. https://doi.org/10.4067/S0717-95532014000200005

Ravangard, R., Khodadad, A., & Bastani, P. (2020). How marketing mix (7Ps) affect the patients' selection of a hospital: Experience of a low-income country. *Journal of the*

Egyptian Public Health Association, *95*(1), Article 25. https://doi.org/10.1186/s42506-020-00052-z

Robertson, E., Morgan, L., New, S., Pickering, S., Hadi, M., Collins, G., Rivero-Arias, O., Griffin, D., & McCulloch, P. (2015). Quality improvement in surgery combining Lean improvement methods with teamwork training: A controlled before-after study. *PLOS ONE*, *10*(9), Article e0138490. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138490

Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A systematic review. *Healthcare*, *5*(4), Article 73. https://doi.org/10.3390/healthcare5040073

Smailhodzic, E., Hooijsma, W., Boonstra, A., & Langley, D. J. (2016). Social media use in healthcare: A systematic review of effects on patients and on their relationship with healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, *16*(1), Article 442. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1691-0

Vetter, D., Ruhwinkel, H., Raptis, D. A., & Bueter, M. (2018). Quality assessment of information on bariatric surgery websites. *Obesity Surgery*, *28*(5), 1240–1247. https://doi.org/10.1007/s11695-017-2983-0

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/