



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MAESTRIA GERENCIA EN SALUD

TEMA:

**GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO
EN EL HOSPITAL GENERAL MACHALA**

MAESTRANTE:

ANA KARINA TIVILLÍN CHÁVEZ

**PROYECTO DE TITULACIÓN CON COMPONENTES DE INVESTIGACIÓN
APLICADA Y/O DESARROLLO**

TUTORA:

LCDA. CARMEN LILIANA PACCHA TAMAY

JULIO 2025

PENSAMIENTO

"Calidad significa hacer lo correcto cuando nadie está mirando"

Henry Ford

DEDICATORIA

Dedico este trabajo investigativo a toda mi familia, especialmente a mi hijo Samuel, que es mi fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo investigativo, es el resultado del apoyo incondicional de muchas personas, mi más profundo agradecimiento a cada una de ellos que hicieron posible culminar con éxito este proyecto. Especialmente a mi querido esposo Sr. Gonzalo Carrión.

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

Yo, Ana Karina Tivillin Chávez con CI. N.º 0704116748, declaro que el trabajo de “Gestión de Calidad en la atención de pacientes con pie diabético en el Hospital General Machala”, en opción al título de Magister en Gerencia en Salud, es original y auténtico; cuyo contenido: conceptos, definiciones, datos empíricos, criterios, comentarios y resultados son de mi exclusiva responsabilidad.

Ana Karina Tivillin Chávez

CI: 0704116748

Machala, 2025/07/04

REPORTE DE SIMILITUD



INFORME DE ANÁLISIS
magister

GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL MACHALA

7%
Textos sospechosos

< 1% Similitudes

< 1% similitudes entre comillas

0% entre las fuentes mencionadas

6% Idiomas no reconocidos

Nombre del documento: GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL MACHALA.pdf

ID del documento: d75347c0cbc04b1411b89d65b5995b6d2d737c6

Tamaño del documento original: 133,81 kB

Depositante: CARMEN LILIANA PACCHA TAMAY

Fecha de depósito: 2/7/2025

Tipo de carga: interface

fecha de fin de análisis: 2/7/2025

Número de palabras: 5117

Número de caracteres: 34.479

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes de similitudes

Fuentes con similitudes fortuitas					
Nº	Descripciones		Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1		CALDAS HIDALGO EVELYN ANDREA - TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.pdf ... El documento proviene de mi grupo	#9e66d4 < 1%		 Palabras idénticas: < 1% (15 palabras)
2		rnao.ca https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Person_Family_Ctrd_Care_-_2015_-_CUIDA...	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (14 palabras)
3		dspace.unach.edu.ec http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9520/1/Guallu Godoy, J y Heredia Bucay, D (Satis...	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Yo, Carmen Liliana Paccha Tamay con C.I. 1103261333; tutor del trabajo de titulación “Gestión de Calidad en la atención de pacientes con pie diabético en el Hospital General Machala”, modalidad de estudio en línea, en opción al título de Magister en Gerencia en Salud, declaro que el trabajo ha sido revisado, y está enmarcado en los procedimientos científicos, técnicos, metodológicos y administrativos establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Técnica de Machala (UTMACH), razón por la cual doy fe de los méritos suficientes para que sea presentado a evaluación.

CARMEN LILIANA PACCHA TAMAY

C.I: 1103261333

Machala, 2025/07/04

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Ana Karina Tivillin Chávez con CI. 0704116748, autor del trabajo de titulación “Gestión de Calidad en la atención de pacientes con pie diabético en el Hospital General Machala”, en opción al título de Magister en Gerencia en Salud, declaro bajo juramento que:

- El trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido presentado previamente para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.
- Cede a la Universidad Técnica de Machala de forma exclusiva con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra en el repositorio institucional para su demostración a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia *Creative Commons Attribution-NoCommercial* – Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY NCSA 4.0); la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en INTERNET, así como correspondiéndome como Autora la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

ANA KARINA TIVILLIN CHÁVEZ

C.I: 0704116748

Machala, 2025/07/04

RESUMEN

Introducción: La Gestión de Calidad (GC) es eficaz a nivel de todo el establecimiento de la salud cuando la misma se evalúa con frecuencia. En ese sentido, un enfoque para evaluar la GC en la atención en salud es el uso de indicadores de calidad, propuesto por el Modelo de Avedis Donabedian (MAD), los cuales se clasifican en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultados. **Objetivo:** Evaluar la GC en los procesos de atención a los pacientes con Pie Diabético (PD) del Hospital General Machala. **Metodología:** Estudio con diseño descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 120 profesionales de enfermería que laboran en el Hospital General IESS y 60 pacientes con diagnóstico de PD. Se utilizó el Formulario de Google para encuestar al personal y el Cuestionario PSQ para los pacientes. **Resultados:** Las unidades con mayor representación fue Hospitalización Clínica 1 (24,17%), mientras que el área de PD (2,50%) evidenció una escasa asignación de personal. La mayor proporción del personal (45,83%) cuenta con una experiencia intermedia entre 6 y 10 años. Sobre la dimensión Estructura evaluada bajo el MAD, la categoría más representativa fue “Buena” (32,50%). Acerca de la dimensión Proceso, el 66,66% percibió como positiva (buena o excelente) la calidad de atención. En la dimensión Resultados, el 21,67% calificó la atención como regular y un 5,83% como deficiente. Respecto a la percepción de barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD, la satisfacción general reportó una media de 7,13 (DE = 0,982). Todas las correlaciones de Spearman (GC, Proceso y Resultados) fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Los hallazgos demostraron que, para proponer estrategias orientadas a mejorar la atención, es importante focalizar los esfuerzos en las áreas de oportunidad identificadas, especialmente en la comunicación y los aspectos financieros. **Palabras clave:** Calidad de la Atención de Salud; Pie Diabético; Modelo de Donabedian.

ABSTRACT

Introduction: Quality Management (QM) is effective across the entire healthcare facility when it is evaluated frequently. In this regard, one approach to assessing QM in healthcare is the use of quality indicators, proposed by the Avedis Donabedian Model (ADM), which are classified into three elements: Structure, Process, and Outcomes. **Objective:** To evaluate QM in the care processes for patients with Diabetic Foot (DF) at Machala General Hospital. **Methodology:** This study featured a descriptive, cross-sectional design with a quantitative approach. The population consisted of 120 nursing professionals working at the IESS General Hospital and 60 patients diagnosed with DF. A Google Form was used to survey staff, and the PSQ questionnaire was used for patient surveys. **Results:** The most widely represented unit was Clinical Hospitalization 1 (24.17%), while the DF area (2.50%) showed a low staffing level. The largest proportion of staff (45.83%) has between 6 and 10 years of experience. Regarding the Structure dimension assessed under the MAD, the most representative category was "Good" (32.50%). Regarding the Process dimension, 66.66% perceived the quality of care as positive (good or excellent). In the Results dimension, 21.67% rated care as fair and 5.83% as poor. Regarding the perception of care and administrative barriers in the management of patients with PD complications, overall satisfaction reported a mean of 7.13 (SD = 0.982). All Spearman correlations (CG, Process, and Results) were statistically significant. **Conclusions:** The findings demonstrated that, in order to propose strategies aimed at improving care, it is important to focus efforts on the identified areas of opportunity, especially communication and financial aspects. **Keywords:** Healthcare Quality; Diabetic Foot; Donabedian Model.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	4
1.1 Antecedentes históricos	4
1.2 Antecedentes Conceptuales y Referenciales	5
CAPITULO 2. METODOLOGÍA	13
2.1 Tipo de estudio	13
2.2 Paradigma o Enfoque	13
2.3 Población y muestra	13
2. 4 Métodos Teóricos	15
2. 5 Métodos Empíricos	15
2.6 Técnicas para el procesamiento de los datos obtenidos	16
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	18
CAPITULO 4. DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	39

LISTA DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Gráfico 1. Distribución del personal según área de trabajo en el Hospital General Machala...	17
Gráfico 2. Años de experiencia laboral del personal de enfermería en el Hospital General Machala	18
Gráfico 3. Personal de salud que ha atendido pacientes con PD en el Hospital General Machala durante el último año.....	19
Gráfico 4. Nivel percibido de la dimensión estructura en la atención del PD según el MAD - Hospital General Machala.....	20
Gráfico 5. Evaluación de la dimensión proceso en la atención de pacientes con PD según el MAD - Hospital General Machala	21
Gráfico 6. Evaluación de la dimensión resultado en la atención de pacientes con PD según el MAD - Hospital General Machala	22
Gráfico 7. Barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD.....	23
Tabla 1. Correlaciones de Spearman entre la gestión de calidad, los procesos de atención y los resultados clínicos en pacientes con PD.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

APS:	Atención Primaria en Salud
DM:	Diabetes Mellitus
GC:	Gestión de Calidad
GPC:	Guía de Práctica Clínica
FID:	Federación Internacional de Diabetes
IC:	Indicador de calidad
MAD:	Modelo de Avedis Donabedian
MSP:	Ministerio de Salud Pública
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PD:	Pie Diabético
VAC:	Vacuum Assisted Closure - Sistema de cierre asistido por vacío

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la salud (OMS) define la calidad de atención como: “El grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados para la población en general y son coherentes con los conocimientos de los profesionales” ⁽¹⁾. Para Klein et al. (2023), la calidad se refiere a la capacidad de un producto o servicio para satisfacer su propósito o la necesidad del consumidor, mientras que la Gestión de la Calidad (GC) es considerado el sistema para lograr y gestionar la misma ⁽²⁾. En consecuencia, una GC estandarizada es eficaz a nivel de toda la organización y el éxito dependerá en gran medida de la frecuencia de la evaluación ⁽³⁾.

Desde esta perspectiva, un enfoque para evaluar la GC en la atención en salud, es el uso de indicadores de calidad (IC), propuesto por el Modelo de Avedis Donabedian (MAD) en la década de 1960, los cuales se clasifican en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultados ⁽⁴⁾. El primero, se relaciona con el entorno en el que se produce la atención; el segundo, a cómo se brinda la atención; y, finalmente, el tercero, hace énfasis a los efectos de la atención en la salud del paciente y la población. En virtud de esto, la flexibilidad de este modelo ha permitido ser de gran utilidad en iniciativas en mejora de los servicios en diferentes entornos clínicos.

Aproximadamente entre el 19 % y el 34 % de las personas con diabetes mellitus (DM) desarrollan úlceras por pie diabético (PD) a lo largo de su vida, lo que representa un problema de salud pública de gran relevancia ⁽⁵⁾. En el contexto nacional, se han implementado diversas estrategias orientadas a la prevención y el manejo integral del PD; no obstante, esta afección persiste como una de las complicaciones crónicas más frecuentes de la diabetes. Se caracteriza por la presencia de infección, ulceración y destrucción de los tejidos profundos del pie o de la extremidad inferior, generalmente como resultado de la neuropatía diabética y/o de grados variables de enfermedad vascular periférica ⁽⁶⁾.

En Brasil, un estudio identificó una marcada deficiencia en el acceso a información sobre el cuidado del PD en comunidades rurales y zonas remotas, donde persisten limitaciones tanto en la cobertura de servicios de salud como en la aplicación de guías básicas de manejo, en este escenario, la investigación centrada en las percepciones de los usuarios adquiere relevancia, ya que favorece un enfoque de atención más humanizado ⁽⁷⁾. Además, este tipo de aproximación podría contribuir a reorientar la gestión sanitaria hacia un modelo de atención comunitaria, ayudando así a fortalecer la atención primaria (APS) y reducir las brechas existentes en la prestación de servicios, al incrementar el nivel de conocimientos en el área de enfermería y

fortalecer las medidas preventivas sobre las úlceras o infecciones de los miembros inferiores por parte de los profesionales de la salud ⁽⁸⁾.

Como profesionales de la salud, reconocemos que garantizar una atención oportuna, integral, segura y centrada en el paciente, exige la implementación de procesos de GC que aborden desde la prevención hasta el tratamiento avanzado de úlceras, infecciones y riesgo de amputación. En Ecuador, específicamente en el Hospital General Machala, observamos un número creciente de ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas al PD, déficit de personal de salud para la atención a pacientes con PD y la falta de medicinas e insumos médicos, lo que refleja la necesidad urgente de mejorar los procesos de atención desde un enfoque basado en la calidad.

En este contexto, se formula el problema científico a través de la siguiente pregunta: ¿Cómo incide la Gestión de Calidad en los procesos de atención de los pacientes con Pie Diabético en el Hospital General Machala?

El objeto de estudio es la Gestión de Calidad Hospitalaria, entendida como el conjunto de estrategias, políticas, estándares y procesos implementados para garantizar una atención efectiva, segura y centrada en el usuario en el contexto del Pie Diabético.

Entre las causas que originan el problema científico, según la literatura están: la falta de un consenso estandarizado sobre los Indicadores de calidad (IC) para evaluar la calidad de atención del PD ⁽⁹⁾, la falta de oportunidades para ampliar sus conocimientos y actualizar sus habilidades a través de talleres y capacitaciones sobre el manejo integral del PD ⁽¹⁰⁾, la demora en la atención a pacientes poniendo en riesgo la salud de miles de pacientes por la crisis sanitaria ⁽¹¹⁾, el bajo estatus socioeconómico de los pacientes diabéticos y la falta de apoyo social que afectan el control y el tratamiento de la enfermedad ⁽¹²⁾; y el incumplimiento de las guías clínicas y protocolos actualizados que apoyan la investigación para fortalecer la calidad de la evidencia que sustenta las guías internacionales ⁽¹³⁾.

Por otro lado, no existen estudios relacionados a esta problemática de salud en el país. De ahí que el propósito de la investigación es: Evaluar la Gestión de Calidad en los procesos de atención a los pacientes con Pie Diabético del Hospital General Machala.

Objetivos específicos:

- Analizar los elementos de la estructura hospitalaria, organizacional y recursos materiales disponibles para atender a pacientes con Pie Diabético.

- Identificar las principales barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de Pie Diabético.
- Proponer estrategias para mejorar la atención brindada a pacientes con Pie Diabético mediante la evaluación de los resultados clínicos y de satisfacción de los pacientes como Indicador de Calidad.

Esta investigación se circunscribe al área de servicios hospitalarios de atención a personas con PD, como Hospitalización Clínica 1,2,3; Hospitalización Quirúrgica; Diálisis; PD; Quirófano: y Emergencia del Hospital General Machala. Por lo tanto, es importante garantizar una GC eficiente para prevenir las complicaciones y futuras amputaciones de los miembros inferiores. Si bien el presente estudio aportará con resultados sobre las experiencias satisfactorias o insatisfactorias de los pacientes con PD, también existe la necesidad de un análisis sistemático de cómo se implementaría la GC en este hospital con la participación de las partes interesadas.

Hipótesis

Una Gestión de Calidad adecuada incide positivamente en los procesos de atención y resultados clínicos de los pacientes con Pie Diabético en el Hospital General Machala.

El presente estudio está estructurado en cinco capítulos. En el capítulo I, abordamos el marco teórico que sustenta la Gestión de Calidad en salud y su aplicación al PD. En el capítulo II, describimos el diseño metodológico, incluyendo el enfoque de investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados. El capítulo III presenta los resultados obtenidos del análisis de calidad en los procesos de atención en el hospital estudiado. El capítulo IV discute estos resultados a la luz de la literatura científica. Finalmente, el capítulo V plantea conclusiones y recomendaciones orientadas a la mejora continua de la atención.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes históricos

Las iniciativas de mejora de la calidad utilizan diversos métodos para planificar y enmarcar el cambio sistémico en la atención médica. En el siglo XX, aparecieron algunas Teorías relacionadas con la calidad, como, por ejemplo, Edwards Deming, con su Ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar); la “Trilogía de Juran” (Planificación de la Calidad, Control de la Calidad y Mejora de la Calidad); Crosby, y sus cuatro principios de la Calidad ⁽¹⁴⁾. Six Sigma, cuyo enfoque principal en la reducción de errores es disminuir la variabilidad, para lo cual emplea un proceso conocido como DMAIC (Definir-Medir-Analizar-Mejorar-Controlar) ⁽¹⁵⁾.

Estas Teorías utilizan diversas herramientas de mejora de la calidad para identificar las causas raíz, abordar los problemas del proceso, priorizar las oportunidades de cambio y anticipar posibles obstáculos. Las más utilizadas son: a) el diagrama de Vilfredo Pareto, con la representación visual más utilizada de la regla 80/20; b) el mapeo de procesos introducido por Frank Gilbreth, el cual brinda una descripción detallada, paso a paso, de los procedimientos reales, revelando posibles duplicaciones, demoras, puntos de decisión, variaciones e ineficiencias ⁽¹⁶⁾; y c) el diagrama de causa y efecto de Ishikawa, que ayuda a analizar la causa raíz de un problema de calidad ⁽¹⁷⁾.

En el ámbito de la salud, la Teoría Lean se considera una estrategia de mejora continua orientada a optimizar la calidad y la seguridad asistencial, mediante la eliminación de desperdicios y la estandarización de las prácticas laborales siempre que sea posible. Su principio fundamental radica en que las mejoras emergen desde el conocimiento y la experiencia del personal operativo, promoviendo un proceso iterativo y participativo; este enfoque coloca en el centro de sus esfuerzos a los pacientes, sus familias y al equipo de trabajo, priorizando su perspectiva para lograr transformaciones sostenibles ⁽¹⁸⁾.

No obstante, este trabajo se fundamenta en la teoría desarrollada por el médico Avedis Donabedian, quien, en la década de 1960, influenciado por los aportes de Deming y Codman, propuso que la evaluación de la calidad en la atención sanitaria debía contemplar no solo los resultados, sino también la cuantificación de las estructuras y los procesos asistenciales, esta perspectiva introdujo un enfoque integral y sistemático en la GC en los servicios de salud ⁽¹⁹⁾.

En resumen, el MAD propuso que los gestores de calidad de la atención sanitaria midieran lo siguiente:

- Los elementos de infraestructura, como la cantidad de computadoras disponibles en las habitaciones de los pacientes y la cantidad de jeringas defectuosas encontradas.
- Los comportamientos y finalización de tareas, como la tasa de cumplimiento de las listas de verificación por parte del proveedor de atención médica y el tiempo que el profesional dedica a tareas específicas.
- Los resultados del estado de la enfermedad del individuo, como la morbilidad y la mortalidad.

Sin embargo, este modelo presenta ciertas limitaciones ya que, en sus primeros planteamientos señalaba que muchos estudios sobre calidad en salud adoptaban definiciones excesivamente restringidas, centradas especialmente en el manejo técnico de la enfermedad, este enfoque dejaba de lado componentes esenciales como la prevención, la rehabilitación, la coordinación y la continuidad de la atención, así como el adecuado manejo de la relación médico-paciente ⁽¹⁹⁾. Otra limitación, fue el enfoque tradicional, al figurarse como una perspectiva lineal y reduccionista que no reconoce que la calidad de la atención se crea en el contexto de sistemas de salud complejos ⁽²⁰⁾.

1.2 Antecedentes Conceptuales y Referenciales

Calidad de atención

La presente definición integra las acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos e implica que la calidad puede ser evaluada y mejorada de manera continua a través de una atención fundamentada en la evidencia considerando las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios, es decir, del paciente, su familia y su entorno ⁽²¹⁾. En definitiva, se trata de un concepto complejo que requiere un abordaje integral, considerando los intereses, necesidades e interacciones de todos los actores involucrados: los clientes externos (pacientes y familiares), los clientes internos (profesionales de la salud y gestores), así como las múltiples dimensiones que conforman la calidad asistencial ⁽²²⁾.

Gestión de calidad (GC)

La GC se refiere a la dirección estratégica orientada al diseño de políticas y procesos que permitan minimizar los riesgos, maximizar la eficiencia del tiempo asistencial y optimizar los resultados centrados en el paciente, tras la estancia hospitalaria, los equipos de GC analizan

datos, incluidos los eventos adversos, los desenlaces clínicos y la experiencia del paciente (como mortalidad, discapacidad, enfermedad, malestar o insatisfacción), con el objetivo de mejorar la atención futura y formular recomendaciones o ajustes necesarios en los procesos asistenciales ⁽²³⁾. Dentro de los componentes que conforman la GC se incluyen el aseguramiento de la calidad, entendido como el conjunto de acciones que garantizan el cumplimiento de los estándares; el proceso de garantía de calidad, que vela por la implementación sistemática de dichos estándares; el control de calidad, enfocado en la detección y corrección de desviaciones; y la evaluación de la calidad, orientada a medir y analizar el desempeño de los servicios prestados (2).

Aseguramiento de la calidad

Según Kjaer (2021), el aseguramiento de la calidad se refiere al mantenimiento de un nivel deseado de calidad asistencial, mientras que la mejora continua de la calidad implica el desarrollo sistemático de procesos orientados a optimizar dicha calidad ⁽²⁴⁾. Por su parte, Mainz et al. (2021) señalan que este enfoque se basa en la identificación de problemas específicos en la atención sanitaria y en la definición de criterios y estándares para abordarlos eficazmente ⁽²⁵⁾. En este contexto, una estrategia para asegurar la calidad de la atención consiste en garantizar que todo el personal de salud reciba formación y capacitación adecuada para brindar cuidados al paciente con PD, conforme a su ámbito profesional de práctica.

Proceso que garantiza la calidad

La atención médica de calidad se fundamenta en realizar la intervención adecuada, en el momento oportuno, de la manera correcta y dirigida a la persona indicada, con el objetivo de alcanzar los mejores resultados posibles: en este sentido, brindar una atención de calidad implica lograr un equilibrio adecuado en la prestación de los servicios de salud, evitando tanto el uso excesivo como el uso insuficiente o inapropiado de los recursos disponibles ⁽²⁶⁾. Por otra parte, la formación continua del personal de salud resulta fundamental para desarrollar competencias en garantía de “calidad”, aplicables a todos los niveles de atención al paciente (2).

Control de la calidad

Cuando, durante el proceso de atención, se detecta una “calidad insatisfactoria”, se procede a identificar las causas subyacentes; con base en este análisis, se implementan medidas correctivas y se reevalúa la “calidad” tras un periodo de tiempo apropiado. Este enfoque cíclico

convierte el aseguramiento de la “calidad” en una actividad dinámica, en la que los criterios y estándares son revisados de manera continua con el objetivo de optimizar progresivamente los servicios de salud ⁽²⁵⁾. Según Schechter (2020), comprender la “calidad de la atención” en cada fase del tratamiento de la úlcera por PD es esencial para optimizar los cuidados y aumentar las probabilidades de preservar la extremidad afectada ⁽²⁷⁾.

Evaluación de la calidad

Para evaluar la “calidad de la atención” en el ámbito de la salud, es indispensable establecer indicadores, criterios y estándares: los indicadores constituyen variables definidas que permiten identificar desviaciones en la “calidad del servicio”; los criterios representan los parámetros que determinan el nivel óptimo de atención, mientras que los estándares expresan el grado de cumplimiento esperado respecto a dichos criterios ⁽²⁵⁾. El MAD se aplica en la evaluación del desempeño dentro del sistema de salud; en una formulación simplificada, Donabedian propuso que la “calidad de la atención” puede ser evaluada a través de tres dimensiones fundamentales: Estructura, Proceso y Resultados ⁽²⁸⁾.

Indicadores de la calidad

El dominio de la Estructura hace referencia a los recursos físicos, humanos y organizativos disponibles para apoyar los procesos asistenciales, incluyendo el personal capacitado que participa en la atención de personas enfermas o lesionadas. Por su parte, el dominio del Proceso comprende todas las actividades que se desarrollan durante la atención sanitaria, tales como el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y las acciones preventivas. Finalmente, el dominio de los Resultados se concibe como la medida de efectividad de la atención, expresada en términos del estado de salud alcanzado por los pacientes; en muchos casos, se considera el componente más relevante para valorar la calidad asistencial. En conclusión, todo paciente espera recibir un nivel elevado de calidad y satisfacción durante su estancia en los establecimientos de salud ⁽²⁹⁾.

Diabetes Mellitus (DM)

La DM es una enfermedad crónica caracterizada por un control inadecuado de los niveles de glucemia; se clasifica en dos formas principales: DM tipo 1 y tipo 2, cada una con fisiopatología, manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos distintos; No obstante, ambas comparten como característica común la presencia de hiperglucemia sostenida ⁽³⁰⁾. Por otra parte, la OMS advierte que una persona con diagnóstico de DM que no se somete a controles

periódicos corre un alto riesgo de desarrollar complicaciones crónicas, ya que con el tiempo la enfermedad puede afectar gravemente diversos órganos y sistemas, especialmente los nervios periféricos y los vasos sanguíneos ⁽³¹⁾. En consonancia con esta preocupación, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que la población mundial con diabetes podría alcanzar los 853 millones de personas para el año 2050 ⁽³²⁾.

Pie Diabético (PD)

El PD se presenta como una complicación aguda y grave que puede poner en riesgo tanto la extremidad afectada como la vida del paciente, es una de las manifestaciones más frecuentes en personas con DM mal controlada; su forma clásica de presentación es la de una infección grave del pie, con necrosis de rápida progresión, que requiere intervención quirúrgica urgente para desbridar el tejido necrótico y drenar las colecciones purulentas, acompañada de tratamiento antibiótico adecuado ⁽³³⁾. Las úlceras del PD suelen localizarse en zonas del pie expuestas a traumatismos o presiones repetitivas ⁽³⁴⁾.

Factores de riesgo del PD

Un metaanálisis de 16 estudios de cohorte identificó múltiples factores de riesgo asociados con amputaciones en pacientes con úlceras por PD, incluyendo: sexo masculino, antecedentes de tabaquismo, índice de masa corporal elevado, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, leucocitosis, bajos niveles de hemoglobina y albúmina ⁽³⁵⁾; otro estudio señala la presencia de enfermedades mentales y la privación social ⁽³⁶⁾, privación social, bajo nivel educativo y escasos recursos económicos como elementos que incrementan el riesgo de complicaciones y amputación ⁽³⁷⁾. En consecuencia, las intervenciones integrales deben abordar estos determinantes sociales para reducir la incidencia de amputaciones.

Prevención del PD

La prevención del PD implica la identificación temprana del pie en riesgo, la inspección diaria del mismo, el adecuado control metabólico, la educación del paciente, su familia y el personal de salud, así como el tratamiento oportuno de lesiones preulcerosas y el uso de calzado adecuado ⁽³⁸⁾. En relación con este aspecto, estudios han demostrado que hasta el 50 % de las recurrencias ulcerosas pueden prevenirse mediante el uso de calzado acolchado hecho a medida; un seguimiento de 217 pacientes con antecedentes de úlcera neuropática, se observó una alta

tasa de recaída dentro de los primeros 48 meses, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas sostenidas ⁽³⁹⁾.

Tratamiento del PD

El manejo de las úlceras del PD requiere un enfoque multidisciplinario, que involucra la atención coordinada de endocrinólogos, podólogos, cirujanos vasculares, infectólogos, enfermeros especializados en heridas, ortesistas y terapeutas de rehabilitación ⁽⁴⁰⁾. Las intervenciones incluyen el desbridamiento, la descarga de la úlcera, el manejo de la infección y otras terapias complementarias, según indicación clínica ⁽⁴¹⁾.

Desbridamiento

El desbridamiento está indicado en todas las heridas crónicas para eliminar tejido necrótico y promover la formación de tejido de granulación. Puede realizarse mediante técnicas quirúrgicas, enzimáticas, biológicas o autolíticas ⁽⁴¹⁾.

El desbridamiento quirúrgico, también conocido como método cortante, se realiza con bisturí y permite la remoción rápida de tejido no viable. Se debe preservar el tejido sano (granulación), eliminando el necrótico hasta formar un lecho ulceroso viable. En casos de isquemia crítica, se debe posponer el procedimiento hasta contar con una evaluación vascular completa y, de ser necesario, una revascularización ⁽⁴²⁾.

En cuanto al desbridamiento enzimático, para las úlceras de PD se requiere de una valoración detallada de la herida y la aplicación de agentes enzimáticos tópicos adecuados, con seguimiento regular para evaluar la respuesta y progresión de la cicatrización ⁽⁴³⁾.

Respecto al desbridamiento biológico, utiliza larvas estériles de *Lucilia sericata* para la eliminación selectiva del tejido desvitalizado; es útil en heridas muy exudativas o con infección, donde el desbridamiento quirúrgico está contraindicado ⁽⁴⁴⁾.

Por último, el desbridamiento autolítico, mecanismo natural mediante el cual enzimas endógenas degradan tejido necrótico; es selectivo y se recomienda en heridas no infectadas o como complemento en heridas infectadas, con uso de apósitos que mantengan un ambiente húmedo favorable para la acción enzimática ⁽⁴⁵⁾.

Descarga

La descarga consiste en redistribuir la presión sobre el pie, alejándola de las zonas ulceradas o en riesgo; esta técnica reduce el estrés mecánico sobre el tejido lesionado, favoreciendo la

cicatrización y previniendo daños adicionales, las modalidades incluyen yeso de contacto total, andadores removibles, calzado terapéutico personalizado, plantillas de espuma y zapatos de descarga, cada uno ajustado a las condiciones clínicas del paciente ⁽⁴⁰⁾. Cada una de ellas tiene como objetivo lograr la redistribución de la presión a través de diferentes mecanismos, atendiendo a varios escenarios clínicos y necesidades de los individuos.

Terapias complementarias potenciales

Se han propuesto terapias adicionales como: presión negativa con cierre asistido por vacío (VAC), injertos y sustitutos dérmicos, oxigenoterapia hiperbárica, ondas de choque, factores de crecimiento, y el uso de derivados hemáticos o placentarios ⁽⁴⁶⁾, así como, el apósito de espuma y el convencional ⁽⁴⁷⁾.

Manejo de la infección

Las úlceras del PD son altamente susceptibles a la infección, su diagnóstico debe ser oportuno, evaluando signos clásicos (calor, eritema, dolor, edema), extensión, profundidad, presencia de trayectos fistulosos, necrosis o abscesos, así como manifestaciones generalizadas (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, sepsis), por lo que, las infecciones suelen ser polimicrobianas; de ahí, el cultivo debe realizarse preferiblemente tras el desbridamiento, mediante aspiración, legrado profundo o biopsia, evitando los hisopos superficiales y el tratamiento antibiótico debe iniciarse de forma empírica según gravedad, ajustándose luego al antibiograma, en infecciones leves puede bastar con cobertura para grampositivos; en infecciones moderadas o graves se requiere cobertura amplia incluyendo anaerobios y gramnegativos ⁽⁴⁸⁾.

Complicaciones del PD

Más del 50 % de las úlceras del PD se infectan; aproximadamente el 20 % de estas desarrollan osteomielitis, y hasta el 80 % de los casos graves requieren amputación, lo que deteriora la funcionalidad y calidad de vida del paciente y representa un alto costo para los sistemas de salud ⁽⁴⁹⁾. Por lo tanto, la mortalidad a 5 años en pacientes con PD alcanza el 67 %, superando significativamente la de pacientes sin esta complicación ⁽⁵⁰⁾. Así mismo, estudios han evidenciado que el riesgo de amputación mayor o menor es 10 a 15 veces más alto en personas con DM que en la población general ⁽⁵¹⁾.

Neuropatía Periférica Diabética

Es una de las complicaciones más prevalentes de la DM, afecta a cerca del 50 % de los pacientes y se manifiesta principalmente como una polineuropatía simétrica distal, con pérdida sensorial,

dolor y disfunción motora, factores que predisponen a la formación de úlceras y amputaciones, su fisiopatología incluye hiperglucemia sostenida, dislipidemia, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial e inflamación crónica, que en conjunto afectan los nervios periféricos ⁽⁵²⁾. Además, las biopelículas bacterianas y la disfunción de la barrera cutánea agravan la evolución de las úlceras del PD ⁽⁵³⁾.

1.3 Antecedentes Contextuales

Contexto Internacional

La DM continúa representando una pandemia silenciosa con profundas repercusiones en la salud pública a nivel mundial, la OMS como la FID han advertido reiteradamente sobre el crecimiento sostenido de su prevalencia, con proyecciones preocupantes para las próximas décadas de alrededor de 18.6 millones de individuos presentaran úlcera de PD anualmente, terminando en amputaciones un 80% en las extremidades inferiores, generando un elevado impacto en la morbilidad de los pacientes y una considerable carga financiera para los sistemas sanitarios ⁽⁵⁴⁾.

En este contexto, resulta fundamental fortalecer la inversión en el primer nivel de atención, con el propósito de ampliar las capacidades diagnósticas y terapéuticas disponibles; esta estrategia no solo favorece la detección oportuna y el manejo integral del PD, sino que también incentiva la participación activa de los usuarios en el cuidado de su salud. Asimismo, impulsa el diseño de políticas sanitarias más eficaces orientadas a mejorar la cobertura del seguro médico y a mitigar la carga económica asociada a esta complicación crónica ⁽⁵⁵⁾. Situación que conlleva a discapacidad severa y reducción en la calidad de vida del paciente.

Por otro lado, los pilares de la GC aplicados a nivel global incluyen la adopción de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia para el cribado, diagnóstico, clasificación, tratamiento y prevención de las úlceras del PD; con la finalidad de contribuir en la reducción de las tasas de amputación y una mejora en la cicatrización de las úlceras considerando las particularidades epidemiológicas y los recursos disponibles, sin comprometer los estándares de calidad.

Contexto Regional

América Latina y el Caribe se ha convertido en una de las regiones con mayor crecimiento en la prevalencia de DM a nivel mundial. La Organización Panamericana de la Salud y la FID

consistentemente nos alertan sobre esta epidemia, que se ve exacerbada por factores como la transición demográfica y epidemiológica, la urbanización acelerada, los cambios en los patrones dietéticos y el sedentarismo ⁽⁵⁶⁾. De ahí que esta tendencia continuará, lo que significará un aumento sostenido en la demanda de servicios de salud para manejar la enfermedad y sus complicaciones.

Por lo antes mencionado, un estudio canadiense, Patry et al. ⁽⁵⁷⁾, encuestaron a 20 pacientes con úlceras de PD, quienes reportaron una experiencia positiva con un enfoque de atención interdisciplinario. La satisfacción fue alta, con puntuaciones iguales o superiores a las expectativas en todas las dimensiones de calidad evaluadas (Escala Likert de 4 puntos; rango: 3.85 – 4.00). Dentro de este panorama, esta complicación incide significativamente generando consecuencias se ven agravadas por barreras de acceso a la atención y sistemas de salud fragmentados e incrementos en las tasas de amputación generando discapacidad, reducción en la expectativa de vida de los pacientes y carga financiera en sistemas de salud que a frecuentemente operan con recursos limitados.

Contexto Nacional

En Ecuador, la DM representa la cuarta causa de mortalidad general, con 4.460 fallecimientos en el 2023 (5,1%), según cifras oficiales del INEC, siendo más frecuente en mujeres con 2380 defunciones ⁽⁵⁸⁾. Por tanto, el Ministerio de Salud Pública (MSP) destaca la importancia de fortalecer el tamizaje, la captación temprana, el tratamiento y seguimiento de pacientes diagnosticados con esta patología ⁽⁵⁹⁾. A nivel local, según el departamento de estadísticas del Hospital General Machala del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, desde enero 2022 a abril 2025 se registraron 3.810 atenciones a pacientes con diagnóstico de DM insulino dependiente (CIE 10: E105) y DM no insulino dependiente (CIE 10: E115), de los cuales 591 fueron atendidos por una úlcera de miembro inferior (CIE 10: L97).

En la actualidad, este hospital de segundo nivel de atención atraviesa una grave crisis sanitaria debido a la falta de insumos, medicamentos y déficit de personal médico y de enfermería para cubrir con las necesidades de la población que padece esta complicación de la DM y la falta de un protocolo estandarizado para las curaciones de PD, ya que la GPC titulada “Diabetes Mellitus Tipo 2” publicada en 2017 es la única normativa en el país ⁽⁶⁰⁾.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo, no experimental, de cohorte transversal y correlacional. Se considero el estudio como no experimental, ya que no se manipuló deliberadamente las variables, sino que se observó los hechos tal como ocurrieron en su contexto natural. Asimismo, fue transversal, puesto que se recolectó la información en un único momento en el tiempo, lo cual resultó pertinente para obtener una radiografía puntual de la calidad de la atención ⁽⁶¹⁾. Finalmente, el enfoque correlacional nos permitió analizar la relación entre la calidad de la gestión en los servicios de salud y aspectos clínicos, estructurales y de proceso en la atención del Pie Diabético del Hospital General Machala.

2.2 Paradigma o Enfoque

En el presente proyecto de investigación se adoptó un enfoque cuantitativo, con el propósito de medir de forma objetiva y sistemática los niveles de gestión de calidad en los servicios de salud orientados a pacientes con Pie Diabético. Esta elección metodológica respondió a la necesidad de obtener datos verificables, analizar relaciones estadísticas y establecer patrones que permitieron identificar áreas críticas dentro de los procesos de atención sanitaria.

Asimismo, se respaldó en el paradigma positivista, el cual guio el estudio hacia la comprobación empírica de hipótesis y la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. Este enfoque permitió observar los fenómenos en su contexto real con objetividad, utilizando instrumentos estandarizados y técnicas estadísticas rigurosas que aseguraron la validez y confiabilidad de los hallazgos ⁽⁶¹⁾.

2.3 Población y muestra

La población del estudio estuvo constituida por 175 profesionales de salud que laboraron en el Hospital General Machala, ubicado en el cantón Machala, provincia de El Oro. Estos profesionales brindaron atención directa a pacientes con diagnóstico de Pie Diabético en las áreas de Emergencia, Pie Diabético, Quirófano, Unidad de Diálisis y Hospitalización (Clínica 1, Clínica 2, Clínica 3 y Clínica Quirúrgica), y 72 pacientes atendidos durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2025.

La elección de esta población responde a la necesidad de evaluar, desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, los componentes estructurales, procedimentales y resultados vinculados

con la atención del Pie Diabético, según los lineamientos del MAD (Estructura, Proceso y Resultado).

Para la determinación de la muestra, se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple, considerando criterios de inclusión como: antigüedad mínima de seis meses en la institución, participación activa en la atención de pacientes con Pie Diabético y disposición para colaborar en la investigación. El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% (0,05), con el fin de garantizar la representatividad de los datos y la validez estadística de los resultados obtenidos. De acuerdo a la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z^2 = Nivel de confianza deseado. Se utilizó 1.96 para un nivel de confianza del 95%.

p= Proporción esperada de la población (0.5)

q= 1 - p (1- 0.5)

e = Margen de error tolerable expresado como decimal, por ejemplo, comúnmente se suele utilizar el valor 0.05 para un 5% de margen de error.

$$n = \frac{175 \cdot (196)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 (175 - 1) + (196)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{175 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot (174) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{168.07}{0.435 + 0.9604}$$

$$n = \frac{168.07}{1.3954}$$

$$\mathbf{n = 120}$$

Mientras que, para la selección de los pacientes con Pie Diabético, se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{72 \cdot (196)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 (72 - 1) + (196)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{72 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot (71) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{69.1488}{0.1775 + 0.9604}$$

$$n = \frac{69.1488}{1.1379}$$

$$n = 60$$

2. 4 Métodos Teóricos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica y estudios previos en diferentes bases de datos como Scielo, PubMed, Dialnet, Redalyc, Human Resources for Health, ScienceDirect, BMJ Open; así como de las normativas institucionales, protocolos clínicos y lineamientos relacionados con la calidad en la atención del Pie Diabético, emitidos por el MSP del Ecuador, Guías clínicas nacionales e internacionales, registros institucionales, manuales de GC, actualizada pertinente al abordaje integral del Pie Diabético.

2. 5 Métodos Empíricos

A través del Oficio N.º UTMACH-DIPOS-PM-GS-2025-055-OF (Anexo 1), se solicitó formalmente a la Gerencia del Hospital General Machala la autorización para la aplicación de encuestas con fines estrictamente investigativos y académicos, en estricto cumplimiento de los principios éticos, de confidencialidad y consentimiento informado, conforme a la normativa institucional vigente. De manera complementaria, se gestionó una solicitud al Departamento de Estadística mediante comunicación electrónica, con el fin de obtener datos actualizados sobre los casos atendidos por Pie Diabético en el período comprendido entre enero y abril de 2025. Las cifras obtenidas (Anexo 2) evidencian un incremento sostenido de esta problemática, lo que refuerza su relevancia como asunto prioritario de salud pública a nivel nacional. Encuestas estructuradas: Dirigidas a los profesionales de salud para valorar su nivel de conocimiento, cumplimiento de protocolos y percepción sobre la GC.

Se empleó una encuesta validada por juicio de expertos en Pie Diabético investigación clínica, implementada en formato digital a través de la plataforma Google Forms: https://docs.google.com/forms/d/1dKP_zDFQPOBIfAvMvHjimXyn08KP5sJBzkOnCZUtZlA/edit (Anexo 3). El instrumento incluyó una sección inicial de datos sociodemográficos y laborales de los participantes (profesión, tiempo de experiencia, frecuencia de atención a pacientes con Pie Diabético durante el año 2025), seguida de 25 ítems con escala tipo Likert: 1 = Nunca; 2 = Rara vez; 3 = Algunas veces; 4 = Siempre. Además, se incorporó una pregunta abierta (opcional) al final del formulario, orientada a recabar propuestas del personal de salud respecto a estrategias de mejora en la atención de pacientes con Pie Diabético.

Además, se aplicó a una muestra de usuarios diagnosticados con Pie Diabético, con el fin de explorar su experiencia respecto a la atención recibida, el trato humano, la accesibilidad y el seguimiento clínico; se utilizó el *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) en su versión abreviada, desarrollado por Marshall & Hays (1994) ⁽⁶²⁾, compuesto por 18 ítems que preservan las propiedades esenciales de la versión extensa. El instrumento se fundamenta en un enfoque centrado en el paciente y evalúa siete dimensiones: satisfacción general, calidad técnica, trato interpersonal, comunicación, aspectos financieros, tiempo con el profesional de salud, y accesibilidad / conveniencia (Anexo 5).

También se usó la observación directa para verificar el cumplimiento de procedimientos clínicos establecidos en la atención de pacientes con Pie Diabético, particularmente durante las consultas o curaciones mediante una Lista de Verificación (Checklist) estructurada con base en estándares de calidad asistencial y protocolos clínicos institucionales.

2.6 Técnicas para el procesamiento de los datos obtenidos

Para garantizar la rigurosidad metodológica y la validez estadística de los resultados, se implementó un proceso estructurado para el tratamiento y análisis de los datos obtenidos. En primer lugar, se procedió a la codificación y tabulación de la información recolectada a través de los diferentes instrumentos (encuestas a profesionales de salud, cuestionario de satisfacción al paciente y listas de verificación), utilizando la herramienta informática IBM SPSS Statistics, versión 26.

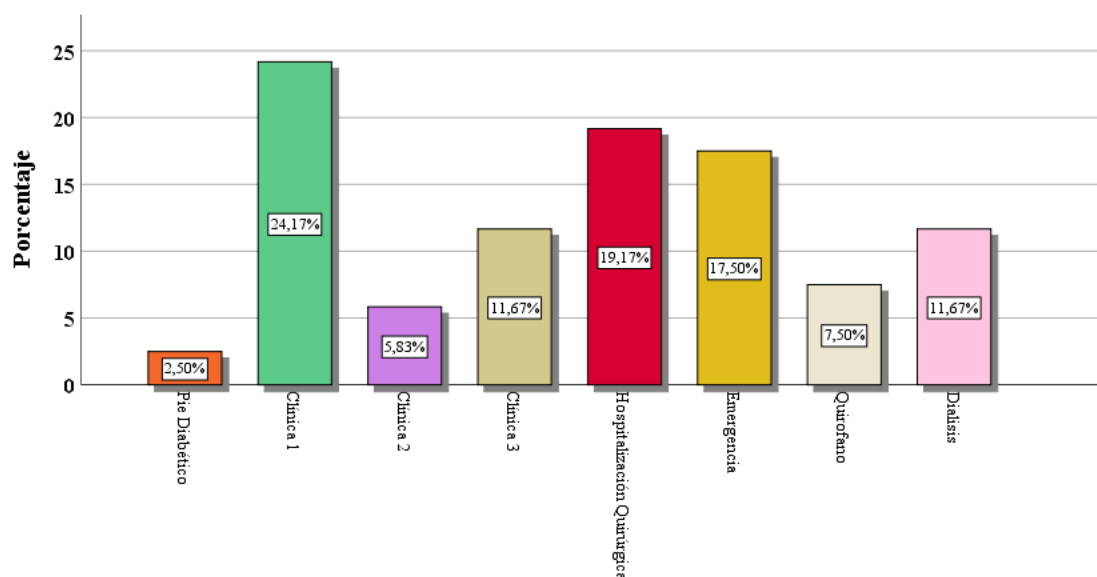
Durante la fase inicial, se realizó una depuración de la base de datos para detectar errores de digitación, valores atípicos y omisiones, asegurando así la consistencia interna de los datos. Posteriormente, se aplicó un análisis descriptivo para caracterizar las variables

sociodemográficas, institucionales y clínicas mediante frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar), según la naturaleza de cada variable.

Para comprobar la hipótesis de que la gestión de la calidad incide positivamente en los procesos de atención y en los resultados clínicos de los pacientes con Pie Diabético, aplicamos la prueba de correlación de Spearman, ya que las variables analizadas fueron de tipo ordinal. Esta prueba nos permitió identificar asociaciones significativas entre los distintos componentes del modelo de calidad y las áreas involucradas en la atención al Pie Diabético. Los datos fueron analizados bajo un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, considerando valores de $p < 0.05$ como estadísticamente significativos.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución del personal según área de trabajo en el Hospital General Machala

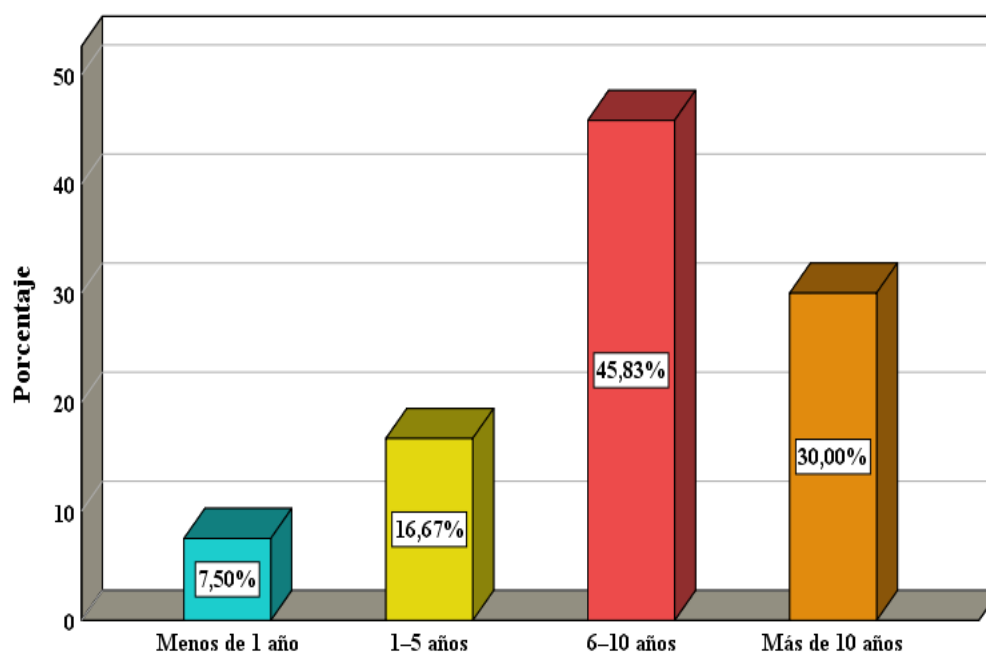


Fuente. Elaboración propia, (2025)

El Gráfico 1 muestra la distribución porcentual del personal de salud encuestado según el área hospitalaria en la que labora. Se observa que las unidades con mayor representación fueron Hospitalización Clínica 1 (24,17%), Hospitalización Quirúrgica (19,17%), y Emergencia (17,50%), lo que refleja una mayor concentración del personal en áreas con alta demanda asistencial. La notable participación del área quirúrgica sugiere que un número considerable de pacientes podría estar llegando a fases avanzadas del PD, requiriendo intervenciones complejas, incluidas amputaciones. Asimismo, Hospitalización Clínica 3 y Diálisis registraron un 11,67% de participación cada una, seguidas por Quirófano (7,50%), Clínica 2 (5,83%) y, finalmente, el área de PD (2,50%).

Esta última cifra evidencia una escasa asignación de personal a dicha unidad, lo que denota una posible subrepresentación estructural del servicio especializado en PD dentro del hospital. Esta limitación puede repercutir negativamente en la calidad del abordaje clínico integral, dada la necesidad de una atención continua, especializada y multidisciplinaria para el manejo eficaz de esta patología.

Gráfico 2. Años de experiencia laboral del personal de enfermería en el Hospital General Machala

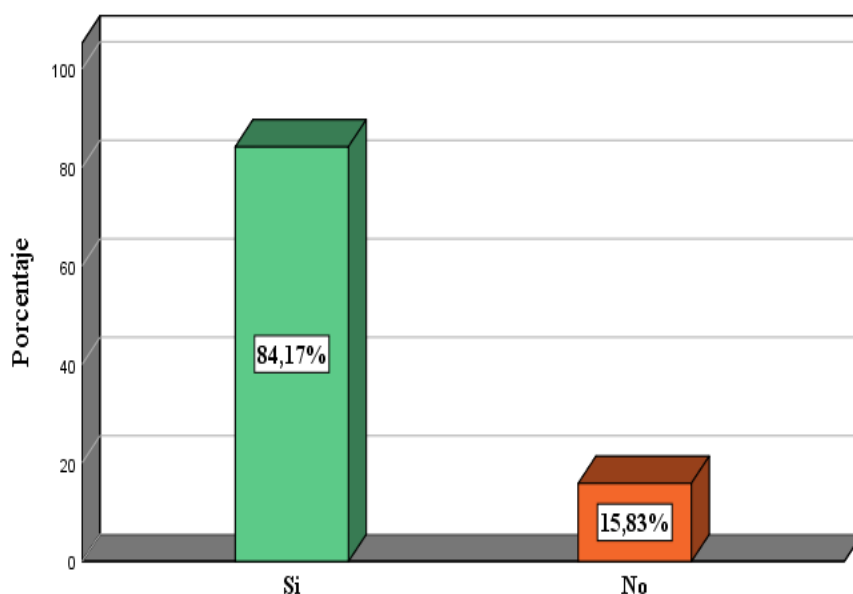


Fuente. Elaboración propia, (2025)

En el gráfico 2, se observó que la mayor proporción del personal (45,83%) cuenta con una experiencia intermedia entre 6 y 10 años, lo que sugiere una fuerza laboral consolidada, con trayectoria y familiarizada con los protocolos institucionales. El segundo grupo más representativo corresponde al personal con más de 10 años de experiencia (30%), lo que refuerza la presencia de un equipo profesional experimentado con conocimientos acumulados en el ámbito hospitalario.

En contraste, sólo el 7,5% del personal tiene menos de un año de experiencia, y un 16,67% se ubica en el rango de 1 a 5 años. Esta baja proporción de personal nuevo podría indicar una limitada rotación o incorporación reciente de enfermeros/as, lo cual puede tener implicaciones tanto positivas (mayor estabilidad y conocimiento institucional) como negativas (resistencia al cambio o déficit de actualización en prácticas emergentes).

Gráfico 3. Personal de salud que ha atendido pacientes con PD en el Hospital General Machala durante el último año

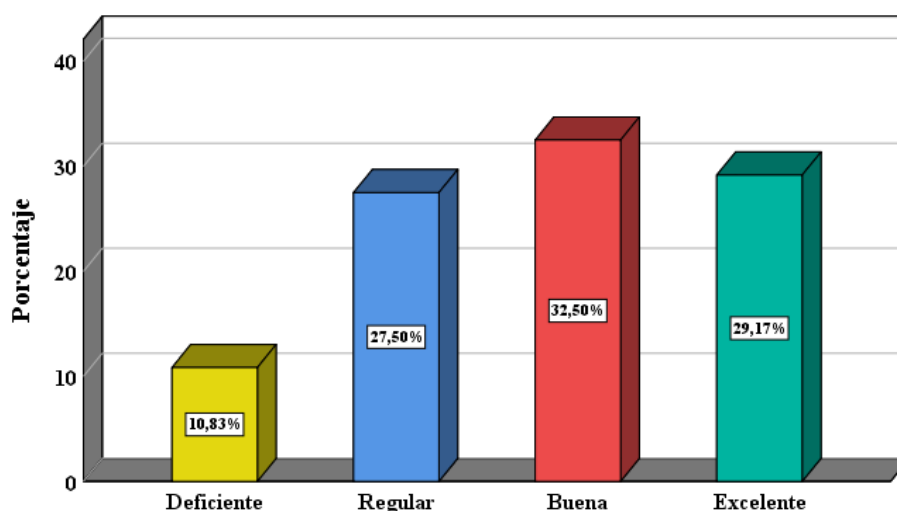


Fuente. Elaboración propia, (2025)

El gráfico 3, presenta la proporción de personal de salud que ha brindado atención a pacientes con PD en el Hospital General Machala durante el último año, los hallazgos indican que el 84,17% del personal sí ha atendido a pacientes con PD, esta condición representa una problemática clínica frecuente en el hospital, y que está siendo abordada por la mayoría del equipo de salud, incluso fuera de unidades especializadas. Esto podría reflejar una distribución descentralizada de la atención, donde distintos servicios hospitalarios como emergencias, hospitalización quirúrgica o clínicas generales enfrentan casos de PD, posiblemente debido a la falta de un servicio exclusivo y estructurado para su manejo integral.

Por otro lado, el 15,83% que no ha atendido estos casos podría estar vinculado a áreas no asistenciales directas o especialidades no relacionadas, pero también podría sugerir brechas en la formación clínica y en la exposición profesional frente a una de las complicaciones más frecuentes y graves de la DM.

Gráfico 4. Nivel percibido de la dimensión estructura en la atención del PD según el MAD - Hospital General Machala.

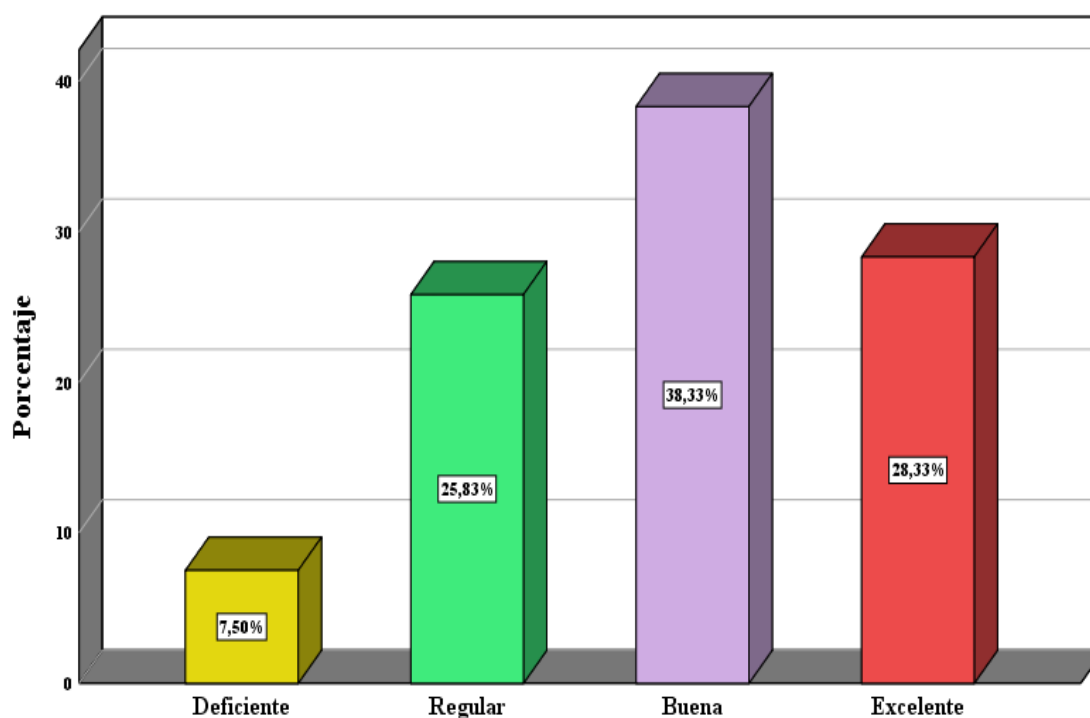


Fuente. Elaboración propia, (2025)

El gráfico 4, muestra la distribución porcentual de la percepción del personal de salud sobre la dimensión Estructura en la atención de pacientes con PD, evaluada bajo el MAD, el 32,50% de los encuestados calificó la estructura como Buena, siendo esta la categoría más representativa; con el 29,17% lo que indica que casi un tercio del personal considera que se cuenta con condiciones estructurales en una categoría Excelente, un 27,50% la considera Regular, lo que refleja una percepción intermedia, posiblemente por deficiencias puntuales en recursos o infraestructura mientras que un 10,83% la califica como Deficiente, lo cual, aunque es el valor más bajo, no deja de ser preocupante, ya que refleja limitaciones críticas en algunos servicios o áreas específicas.

Desde la perspectiva del MAD, una estructura sólida es prerequisite para procesos asistenciales efectivos y resultados clínicos favorables. Por tanto, las áreas calificadas como regulares o deficientes deben ser objeto de intervención prioritaria mediante estrategias de mejora continua, inversión en infraestructura, dotación de insumos esenciales y fortalecimiento del recurso humano especializado.

Gráfico 5. Evaluación de la dimensión proceso en la atención de pacientes con PD según el MAD - Hospital General Machala

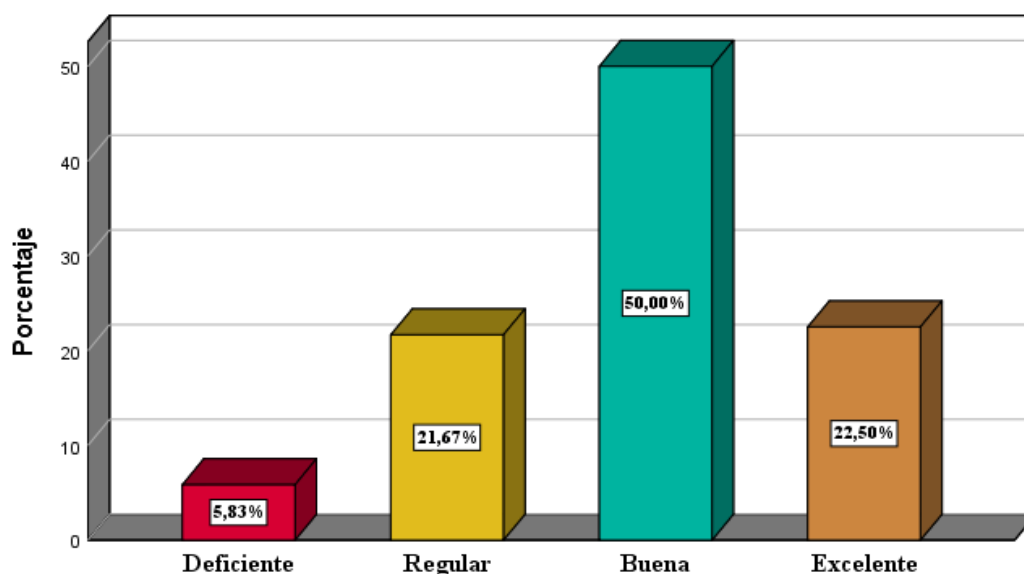


Fuente. Elaboración propia, (2025)

Respecto a la dimensión Proceso en la atención de pacientes con PD, los resultados revelan que una mayoría relativa del personal de enfermería (66,66%) percibe como positiva (buena o excelente) la calidad del proceso de atención, lo que indica una valoración favorable de las acciones clínicas, el cumplimiento de protocolos y la interacción profesional con el paciente. Esto puede estar relacionado con la experiencia del personal, la existencia parcial de guías clínicas y una cultura institucional de cumplimiento básico de estándares. Sin embargo, el 25,83% que califica el proceso como regular y el 7,50% como deficiente pone de manifiesto áreas críticas de mejora, especialmente en la estandarización del manejo clínico, la continuidad del cuidado, la valoración oportuna de lesiones, y la coordinación interprofesional.

Según el enfoque del MAD, esta dimensión es esencial para la calidad asistencial, pues vincula directamente los recursos (estructura) con los resultados en salud. Por ello, las limitaciones en el proceso pueden afectar la eficacia del tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones como infecciones, hospitalizaciones recurrentes o amputaciones.

Gráfico 6. Evaluación de la dimensión resultado en la atención de pacientes con PD según el MAD - Hospital General Machala

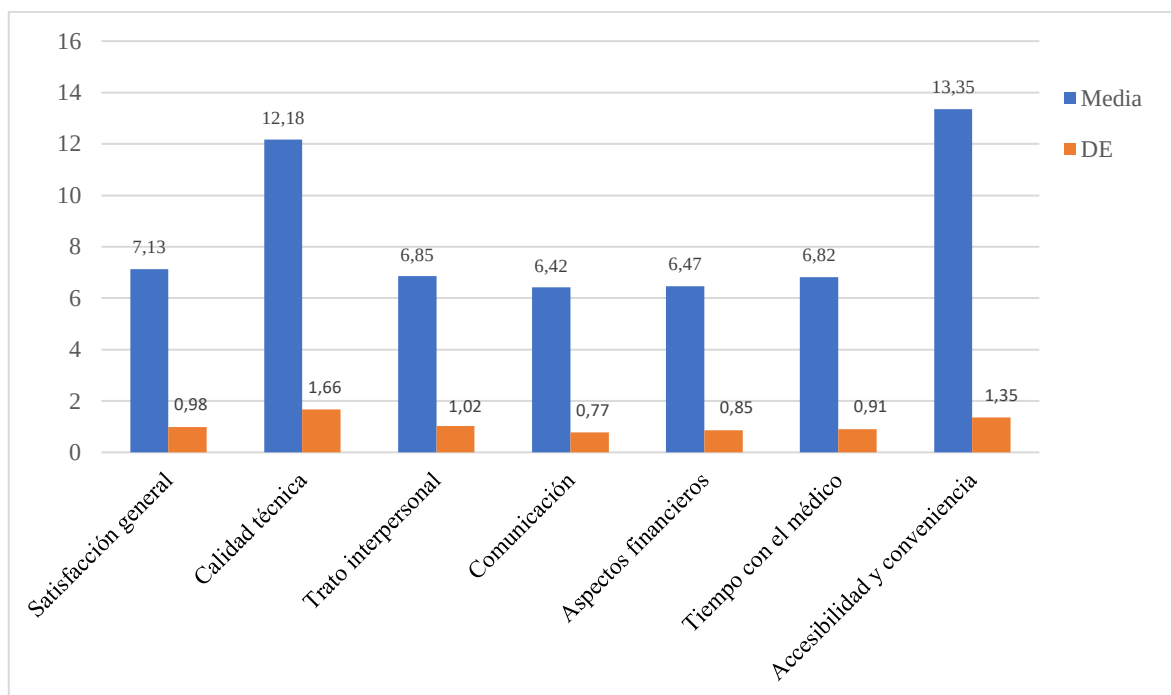


Fuente. Elaboración propia, (2025)

En relación a la evaluación de la dimensión Resultado en la atención de pacientes con PD se observó que el 50% de enfermeros considera que los resultados clínicos y asistenciales en el manejo del PD son buenos, mientras que un 22,5% adicional los califica como excelentes, lo cual sugiere que, en términos generales, el personal reconoce logros relevantes en el tratamiento, recuperación, prevención de complicaciones y satisfacción del paciente. No obstante, es importante destacar que un 21,67% califica los resultados como regulares y un 5,83% como deficientes, lo que indica que aún persisten desigualdades en la efectividad de las intervenciones clínicas, probablemente relacionadas con retrasos en el diagnóstico, seguimiento inadecuado o ausencia de un equipo multidisciplinario consolidado.

Con base en la propuesta del MAD, los resultados son el reflejo directo de la estructura y el proceso. Por tanto, la presencia de un 27,5% de respuestas no favorables debe motivar acciones de mejora en la calidad estructural y los procedimientos asistenciales, especialmente en aspectos como educación al paciente, adherencia al tratamiento, uso de guías clínicas y continuidad del cuidado.

Gráfico 7. Barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD



Fuente. Elaboración propia, (2025)

En el gráfico 7 se presentan los resultados sobre la percepción de barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD. La satisfacción general evidenció una media de 7,13 (DE = 0,982), lo que refleja una valoración moderada y homogénea, aunque susceptible de mejora. La calidad técnica fue una de las dimensiones con mayor puntuación (Media = 12,18; DE = 1,662), indicando una percepción favorable. El trato interpersonal mostró una media de 6,85 (DE = 1,022), con resultados moderados tanto en valoración como en dispersión. En cuanto a la comunicación, se obtuvo una media de 6,42 (DE = 0,766), lo que la posiciona como una barrera relevante con escasa variabilidad, posiblemente atribuible a una deficiencia estructural. Los aspectos financieros presentaron una media de 6,47 (DE = 0,853), reflejando una percepción negativa probablemente relacionada con dificultades económicas o administrativas en el acceso a los servicios. La dimensión tiempo con el médico obtuvo una media de 6,82 (DE = 0,911), considerada aceptable. Finalmente, la accesibilidad y conveniencia alcanzó la puntuación más alta (Media = 13,35; DE = 1,351), lo que refleja una percepción positiva, aunque con una dispersión que evidencia desigualdades en la experiencia de los usuarios frente a factores como transporte, disponibilidad de citas o tiempos de espera.

Tabla 1. Correlaciones de Spearman entre la gestión de calidad, los procesos de atención y los resultados clínicos en pacientes con PD

Correlación Rho de Spearman		Gestión de la calidad	Proceso	Resultado
Gestión de la calidad	Coefficiente de correlación	1,000	,870**	,777**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000
	N	120	120	120
Proceso	Coefficiente de correlación	,870**	1,000	,605**
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000
	N	120	120	120
Resultado	Coefficiente de correlación	,777**	,605**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	
	N	120	120	120
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).				

En la Tabla 1 se presenta el análisis de correlación Rho de Spearman realizado entre las variables Gestión de la calidad, Proceso y Resultado, con una muestra conformada por 120 observaciones.

Los hallazgos evidenciaron que la correlación entre Gestión de la calidad y Proceso arrojó un coeficiente de correlación (ρ) = 0,870 y una significación bilateral de p = 0,000, lo que indica una correlación positiva muy fuerte y estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Este resultado sugiere que, a mayor nivel de gestión de la calidad, se optimiza el desarrollo de los procesos.

En relación con la correlación entre Gestión de la calidad y Resultado, se obtuvo un coeficiente (ρ) = 0,777 con un nivel de significancia bilateral de p = 0,000, lo que demuestra una correlación positiva fuerte y significativa. Esto implica que una mejor gestión de la calidad está asociada con la obtención de mejores resultados.

Finalmente, la correlación entre Proceso y Resultado evidenció un coeficiente (ρ) = 0,605 y una significación de p = 0,000, lo cual refleja una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa. Este hallazgo indica que un desarrollo adecuado de los procesos contribuye de manera relevante a mejorar los resultados, aunque con una intensidad menor que en las correlaciones anteriores.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

El presente estudio buscó evaluar la GC en el manejo de los pacientes con PD en un hospital de segundo nivel de atención en Ecuador según el MAD, el cual se aplica ampliamente a la evaluación del desempeño en el sistema de salud, categorizando la medición de la calidad de la atención en tres IC: Estructura, Proceso y Resultados.

Los hallazgos obtenidos respecto al nivel percibido de la dimensión estructura en la atención a pacientes con PD revelan que el 32,50% de los encuestados calificó esta categoría como “Buena”, constituyéndose como el valor más alto reportado. En contraste, un 10,83% la evaluó como “Deficiente”, lo que evidencia la persistencia de limitaciones estructurales en determinadas áreas del Hospital General Machala. Esta dualidad coincide con lo reportado en investigaciones previas sobre calidad percibida en entornos hospitalarios, donde las mejoras en infraestructura y recursos materiales suelen coexistir con desafíos constantes en su implementación efectiva y sostenibilidad operativa ⁽⁶³⁾.

Cabe destacar que, según diversos estudios, la percepción de los usuarios constituye un indicador esencial para evaluar la calidad de la atención. Incluso un porcentaje relativamente bajo de valoraciones negativas pone en evidencia áreas críticas que requieren atención prioritaria para garantizar procesos de mejora continua ⁽⁶⁴⁾. En este sentido, los resultados obtenidos nos impulsan a profundizar en la identificación de los componentes específicos de la estructura hospitalaria que son percibidos como deficitarios, con el fin de diseñar e implementar intervenciones focalizadas que aseguren una atención integral, homogénea y de alta calidad para todas las personas con PD.

En cuanto, a la dimensión de proceso, los hallazgos reflejaron que poco más de la mitad del personal de enfermería encuestado 66,66% consideró que la calidad de atención en pacientes con PD fue buena - excelente, el 25,83% la calificó como regular. Este resultado es congruente con la literatura que destaca la importancia del rol de enfermería en la gestión de enfermedades crónicas (64); Sin embargo, nos preocupa que el 7,50% lo califique como deficiente, lo que pone de manifiesto áreas críticas de mejora. Esto se alinea con la necesidad de fortalecer la estandarización del manejo clínico, la continuidad del cuidado, la valoración oportuna de lesiones y la coordinación interprofesional, aspectos que han sido identificados como desafíos persistentes en la atención de enfermedades degenerativas ⁽⁶⁵⁾.

En relación a la dimensión resultados en la atención del PD revelan que la mitad del personal de enfermería (50%) percibe los resultados clínicos y asistenciales como buenos, y un 22,5%

como excelentes; esto muestra un impacto positivo general de los procesos implementados, lo cual es consistente con la literatura que destaca la mejora continua en la calidad asistencial ⁽⁶⁶⁾. No obstante, preocupa que un 21,67% califique como regulares y un 5,83% como deficientes; esta proporción, aunque menor, indica la persistencia de áreas con resultados subóptimos, lo cual requiere atención para garantizar la equidad en la calidad de la atención ⁽⁶⁷⁾; también recalca la necesidad de auditorías de resultados y ajustes en la práctica clínica para alcanzar la excelencia en todos los casos ⁽⁶⁸⁾.

Respecto a la percepción de barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD revelan una satisfacción general con una media de 7,13 (DE = 0,982), lo que sugiere una valoración moderada. La calidad técnica destaca con una media de 12,18 (DE = 1,662), indicando una percepción favorable, consistente con la inversión en infraestructura ⁽⁶⁹⁾. Aunque, la comunicación (Media = 6,42; DE = 0,766) emerge como una barrera relevante, posiblemente por deficiencias estructurales, un hallazgo que resuena con estudios sobre la importancia de la comunicación efectiva en la atención sanitaria ⁽⁷⁰⁾. Los aspectos financieros (Media = 6,47; DE = 0,853) también reflejan una percepción negativa, lo que nos impulsa a considerar las implicaciones socioeconómicas en el acceso a los servicios ⁽⁷¹⁾.

CONCLUSIONES

En conclusión, se analizaron exhaustivamente los elementos de la estructura hospitalaria, organizacional y los recursos materiales disponibles para la atención de pacientes con PD. Los resultados indicaron que, si bien se identificaron fortalezas relevantes en la percepción de la calidad técnica y la accesibilidad, persistieron desafíos en áreas como la comunicación y los aspectos financieros. Además, la infraestructura existente y la organización, aunque funcionales, evidenciaron oportunidades de mejora orientadas a optimizar la continuidad del cuidado y la estandarización de los procesos asistenciales.

Por otro lado, en relación con las barreras asistenciales y administrativas en el manejo de pacientes con complicaciones de PD, los hallazgos mostraron que, si bien la calidad técnica fue valorada positivamente, la comunicación se identificó como una barrera relevante, posiblemente atribuible a deficiencias estructurales o de proceso. Asimismo, los aspectos financieros representaron una limitación significativa, reflejando dificultades en el acceso a los servicios. Aunque la accesibilidad general fue percibida como alta, la variabilidad en las valoraciones evidenció desigualdades en la experiencia del usuario.

Finalmente, se evaluaron los resultados clínicos y el nivel de satisfacción de los pacientes con PD como indicadores de calidad. Los resultados evidenciaron que, para proponer estrategias orientadas a mejorar la atención, resultaba fundamental focalizar los esfuerzos en las áreas de oportunidad identificadas, especialmente en la comunicación y los aspectos financieros.

RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer los canales de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, así como optimizar la gestión de los recursos financieros para garantizar el acceso equitativo a los servicios. Además, es prioritario implementar acciones que promuevan la mejora continua de la infraestructura y la organización hospitalaria, con énfasis en la estandarización de procesos y la continuidad del cuidado con enfoque de calidad centrado en el usuario, que permita consolidar las fortalezas existentes y reducir las brechas identificadas en la atención del PD.

A nivel institucional se sugiere implementar estrategias institucionales que fortalezcan los canales de comunicación entre el personal de salud y los pacientes, mediante capacitaciones continuas y protocolos estandarizados; asimismo, es prioritario optimizar la gestión administrativa y financiera para reducir las barreras de acceso, garantizando equidad en la atención; de ahí que, la identificación de desigualdades en la experiencia del usuario exige una vigilancia continua de la calidad percibida, con enfoque en la mejora estructural y de procesos.

Al personal académico, se le insta a motivar a los estudiantes de pregrado y posgrado a desarrollar investigaciones en esta temática, promoviendo su vinculación con problemáticas reales de salud y fomentando un abordaje integral desde la APS, ante la alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada a esta condición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención. [Internet]; 2025 [citado 4 jun 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1.
2. Klein T, Seelbach C, Brannan G. Quality Assurance. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 [citado 4 jun 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491435/#:~:text=Quality%20refers%20to%20the%20ability,to%20achieve%20and%20manage%20quality>.
3. Olkiewicz M, Dyczkowska J, Chamier, N, et al. Quality management in organizations within the framework of standardized management systems [Internet]. Procedia Computer Science. 2023 [citado 5 jun 2025]; 225: p. 4101- 4109. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.10.406>
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. The Milbank Quarterly [Internet]. 2005 [citado 8 jun 2025]; 83(4): p. 691-729. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
5. Akkus G, Sert M. Diabetic foot ulcers: A devastating complication of diabetes mellitus continues non-stop in spite of new medical treatment modalities. World Journal of Diabetes [Internet]. 2022 [citado 8 jun 2025]; 13(12): p. 1106-1121. Disponible en: <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i12.1106>
6. Van Netten J, Bus, SA, Apelqvist J, et al. Definitions and criteria for diabetic foot disease. Diabetes/Metabolism Research and Reviews [Internet]. 2020 [citado 8 jun 2025]; 36(Suppl 1). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3268>
7. Coelho de Andrade R, Moraes Campos HL, Favero Alves T, et al. Percepção dos usuários com diabetes sobre o autocuidado com os pés: Uma Análise Qualitativa. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2024 [citado 8 jun 2025]; 29. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92149>
8. Gonçalves PH, Faraoni Cardoso AG, da Silva Ribeiro T, et al. Úlceras o infecciones de los miembros inferiores en personas con diabetes mellitus: conocimientos y prácticas de los enfermeros. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2024 [citado 8 jun 2025]; 29. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.94958>

9. Lusendi F, Vanherwegen A, Doggen K, et al. Evidence-based interventions for identifying candidate quality indicators to assess quality of care in diabetic foot clinics: a scoping review. BMC Public Health [Internet]. 2024 [citado 9 jun 2025]; 24(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18306-2>
10. Ranuve M, Mohammadnezhad M. Healthcare workers' perceptions on diabetic foot ulcers (DFU) and foot care in Fiji: a qualitative study. BMJ Open [Internet]. 2022 [citado 9 jun 2025]; 12(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060896>
11. UDLA Channel. La crisis del sistema de salud en Ecuador: demoras, falta de pagos y riesgo para los pacientes [Internet]. 2025 Enero 14. Disponible en: <https://www.udlachannel.com/2025/01/14/la-crisis-del-sistema-de-salud-en-ecuador-demoras-falta-de-pagos-y-riesgo-para-los-pacientes/>
12. Aalaa M, Mehrdad N, Bigdeli S, et al. Challenges and Expectations of Diabetic Foot Care from the Patients' Point of Views. Journal of Diabetes and Metabolic Disorders [Internet]. 2021; 20(2): p. 1111-1118. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40200-021-00825-z>
13. Definite Collaborators and Vascular and Endovascular Research Network. Widespread non-adherence to guidelines in the operative management of diabetes-related foot disease complications. The British Journal of Surgery [Internet]. 2024 [citado 9 jun 2025]; 111(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjs/znae231>
14. Chacón-Cantos J, Rugel-Kamarova S. Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. Revista Espacios [Internet]. 2018 [citado 10 jun 2025]; 39(50): p. 14. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf>
15. Puri I, Hollingshead C, Tadi P. Quality Improvement. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 10 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556097/>
16. Tagaram S, Chen C. Quality Tools and Techniques (Fishbone Diagram, Pareto Chart, Process Map). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 10 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK607994/>
17. Kumah A, Nwogu C, Issah A, et al. Cause-and-Effect (Fishbone) Diagram: A Tool for Generating and Organizing Quality Improvement Ideas. Global Journal on Quality and

- Safety in Healthcare [Internet]. 2024 [citado 10 jun 2025]; 7(2): p. 85-87. Disponible en: <https://doi.org/10.36401/JQSH-23-42>
18. Ojo B, Feldman R, Rampersad S. Lean methodology in quality improvement. Paediatric anaesthesia [Internet]. 2022 [citado 10 jun 2025]; 32(11): p. 1209-1215. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/pan.14439>
 19. Young M, Smith M. Standards and Evaluation of Healthcare Quality, Safety, and Person-Centered Care. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 10 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576432/>
 20. Geary U. Healthcare quality improvement: It's time to update the Donabedian approach with a complex systems perspective. The International Journal of Health Planning and Management [Internet]. 2024 [citado 11 jun 2025]; 39(5): p. 1669-1672. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hpm.3830>
 21. Organización Mundial de la Salud. Servicios de salud de calidad. [Internet]; 2025 [citado 4 jun 2025] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
 22. Mercader Alarcón M, Miralles Sancho J, Pérez Carbonell A, et al. Result of the implementation of a quality management system based on the ISO 9001:2015 standard in a surgical intensive care unit. Revista Española de Anestesiología y Reanimación [Internet]. 2023 [citado 11 jun 2025]; 70(1): p. 26-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.redare.2021.09.010>
 23. Seelbach C, Brannan G. Quality Management. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 11 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/>
 24. Kjaer K. Quality Assurance and Quality Improvement in the Labor and Delivery Setting. Anesthesiology Clinics [Internet]. 2021 [citado 12 jun 2025]; 39(4): p. 613-630. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.08.010>
 25. Mainz J, Hammershøy E, Worning A, Juul S. [Quality assessment, quality assurance and quality improvement in health care. Concepts and terminology]. Ugeskrift For Laeger

- [Internet]. 1992 [citado 12 jun 2025]; 154(17): p. 1151-1156. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1604740/>
26. Agency for Healthcare Research and Quality. 2019 National Healthcare Quality and Disparities Report [Internet]. In. Rockville (MD): United States: Quality in Healthcare; 2020 [citado 12 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579353/>
 27. Schechter M, Fayfman M, Khan L, et al. Evaluation of a comprehensive diabetic foot ulcer care quality model. Journal of Diabetes and its Complications [Internet]. 2020 [citado 13 jun 2025]; 34(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.107516>
 28. De Rosis S. Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. The International Journal of Health Planning and Management [Internet]. 2024 [citado 13 jun 2025]; 39(4): p. 1172-1182. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hpm.3732>
 29. Opele J, Adepoju K. Validation of the Donabedian Model of Health Service Quality in Selected States in Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice [Internet]. 2024 [citado 13 jun 2025]; 27(2): p. 167-173. Disponible en: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_220_22
 30. Sapra A, Bhandari P. Diabetes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 13 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/>
 31. World Health Organization. Diabetes. [Internet]; 2024 [citado 27 may 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
 32. Federación Internacional de Diabetes. Datos y cifras de la Diabetes. [Internet]; 2025 [citado 27 may 2025]. Disponible en: <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>.
 33. Carro G, Saurral R, Witman E, et al. Ataque de pie diabético. Descripción fisiopatológica, presentación clínica, tratamiento y evolución [Diabetic foot attack. Pathophysiological description, clinical presentation, treatment and outcomes]. Medicina [Internet]. 2020 [citado 14 jun 2023]; 80(5): p. 523-530. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33048798/>

34. Oliver T, Mutluoglu M. Diabetic Foot Ulcer (Archived). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 14 jun 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726013/#:~:text=Diabetic%20foot%20ulcers%20are%20among,disease%2C%20or%20poor%20foot%20care.>
35. Luo Y, Liu C, Li C, et al. The incidence of lower extremity amputation and its associated risk factors in patients with diabetic foot ulcers: A meta-analysis. International Wound Journal [Internet]. 2024 [citado 14 jun 2023]; 21(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/iwj.14931>
36. Chamberlain R, Fleetwood K, Wild S, et al. Foot ulcer and risk of lower limb amputation or death in people with diabetes: a national population-based retrospective cohort study. Diabetes Care [Internet]. 2022 [citado 14 jun 2023]; 45(1): p. 83-91. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc21-1596>
37. Zhou J, Zhou L. Comprehensive nursing model for diabetic foot ulcers: A strategy to improve prognosis and quality of life. Medicine [Internet]. 2024 [citado 14 jun 2023]; 103(26). Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038674>
38. Song K, Chambers A. Diabetic Foot Care. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 14 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553110/>
39. Chantelau E, Jung V. Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung bei der Schuhversorgung des diabetischen Fusses [Quality control and quality assurance in therapeutic shoes for the diabetic foot]. Die Rehabilitation [Internet]. 1994 [citado 20 jun 2025]; 33(1): p. 35-38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8165361/>
40. Sharma S, Rai M, Mahantesh L, Belehalli P. Offloading in diabetic foot ulcers: a comprehensive review with focus on the Indian context. Discover Medicine [Internet]. 2025 [citado 20 jun 2025]; 2(81). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44337-025-00285-x#citeas>
41. Alexiadou K, Doupis J. Management of Diabetic Foot Ulcers. Diabetes Therapy: Research, treatment and education of diabetes and related disorders [Internet]. 2012 [citado 20 jun 2025]; 3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13300-012-0004-9>

42. García Herrera AL. Procedimientos quirúrgicos del pie diabético neuropático. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2025]; 21(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372020000200010#:~:text=El%20desbridamiento%20quir%C3%B3rgico%20es%20la%20sola%20sesi%C3%B3n%20por%20un%20cirujano.
43. Ning P, Liu Y, Kang J, et al. Comparison of healing effectiveness of different debridement approaches for diabetic foot ulcers: a network meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Public Health [Internet]. 2023 [citado 20 jun 2025]; 11. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1271706>
44. Tentolouris A, Eleftheriadou L, Samakidou G, Tentolouris N. Developments in the management of diabetic foot ulcers (Review). World Academy of Sciences Journal [Internet]. 2025 [citado 20 jun 2025]; 7(3). Disponible en: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/wasj.2025.334#>
45. Manna B, Nahirniak P, Morrison C. Wound Debridement. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 20 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/>
46. Doğruel H, Aydemir M, Balci M. Management of diabetic foot ulcers and the challenging points: An endocrine view. World Journal of Diabetes [Internet]. 2022 [citado 21 jun 2025]; 13(1): p. 27-36. Disponible en: <https://doi.org/10.4239/wjd.v13.i1.27>
47. Yadav A, Mishra S, Khanna V, et al. Comparative study of various dressing techniques in diabetic foot ulcers in the Indian population: a single-center experience. International journal of diabetes in developing countries [Internet]. 2023 [citado 21 jun 2025]; p. 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13410-022-01163-3>
48. Matheson E, Bragg S, Blackwelder R. Diabetes-Related Foot Infections: Diagnosis and Treatment. American Family Physician [Internet]. 2021 [citado 21 jun 2025]; 104(4): p. 386-394. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34652105/>
49. Walicka M, Raczyńska M, Marcinkowska K, et al. Amputations of Lower Limb in Subjects with Diabetes Mellitus: Reasons and 30-Day Mortality. Journal of Diabetes Research [Internet]. 2021 [citado 21 jun 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/8866126>

50. Hayes J, Rafferty J, Cheung W, et al. Impact of diabetes on long-term mortality following major lower limb amputation: A population-based cohort study in Wales. *Diabetes Research and Clinical Practice* [Internet]. 2025 [citado 21 jun 2025]; 223. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2025.112156>
51. Kamitani F, Nishioka Y, Noda T, et al. Incidence of lower limb amputation in people with and without diabetes: a nationwide 5-year cohort study in Japan. *BMJ Open* [Internet]. 2021 [citado 21 jun 2025]; 11(8). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048436>
52. Yang Y, Zhao B, Wang Y, et al. Diabetic neuropathy: cutting-edge research and future directions. *Signal Transduction and Targeted Therapy* [Internet]. 2025 [citado 22 jun 2025]; 10(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41392-025-02175-1>
53. Sen C, Roy S, Khanna S. Diabetic Peripheral Neuropathy Associated with Foot Ulcer: One of a Kind. *Antioxidants & Redox Signaling* [Internet]. 2023 [citado 22 jun 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/ars.2022.0093>
54. Armstrong D, Tan T, Boulton A, et al. Diabetic Foot Ulcers: A Review. *JAMA* [Internet]. 2023 [citado 22 jun 2025]; 330(1): p. 62-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10578>
55. Li N, Wang H, Ye Y, et al. Patients' perceptions with high-risk diabetic foot on early access to medical care: A qualitative study. *Journal of Tissue Viability* [Internet]. 2025 [citado 22 jun 2025]; 34(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100863>
56. Magliano D, Boyko E. *Diabetes Atlas* [Internet]. 10th edition. [Internet].; 2021 [citado 22 jun 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581940/#ch3.s9>.
57. Patry J, Bourgault A, Blanchette V. Treatment of Diabetic Foot Ulcers Based on an Interdisciplinary Team Approach: Exploratory Cross-Sectional Study of Patients' Views on Quality of Care. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2024 [citado 23 jun 2025]; 51(3): p. 236-241. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001086>
58. Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2023*. Ecuador: 2024 [citado 23 jun 2025]. Disponible en:

https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales/2023/Principales_resultados_EDG_2023.pdf

59. Ministerio de Salud Pública. MSP presentó el programa de Atención Integral de la Diabetes Mellitus. [Internet]; 2023 [citado 23 jun 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-el-programa-de-atencion-integral-de-la-diabetes-mellitus/#:~:text=El%20programa%20opera%20a%20trav%C3%A9s,m%C3%A1s%20cercano%20y%20solicita%20informaci%C3%B3n.>
60. Ministerio de Salud Pública. Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de Práctica Clínica. Quito, Ecuador; 2017 [citado 23 jun 2025]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
61. Pérez L, Pérez R, Seca MV. Metodología de la Investigación Científica [Internet]. Primera ed. Ituzaingó: Maipue; 2020 [citado 24 jun 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/370048989_Metodologia_de_la_investigacion_cientifica
62. Marshall GN, Hays RD. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18). RAND [Internet]. 1994 [citado 24 jun 2025]; p. 1-39. Disponible en: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf>
63. Adame O, Tapia F. Importancia de la infraestructura para el sector salud en la ciudad de Acapulco de Juárez del estado de Guerrero, México. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2023 [citado 25 jun 2025]; 7(2). Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.6249
64. Rodríguez J. Enfermería en Cuidados Crónicos y Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Revista Vitalia [Internet]. 2021 [citado 25 jun 2025]; 2(1). Disponible en: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v2i1.16>
65. Noboa C. El rol de la enfermería en la gestión de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas. Reincisol [Internet]. 2025 [citado 25 jun 2025]; 4(7). Disponible en: [https://doi.org/10.59282/reincisol.V4\(7\)1759-1786](https://doi.org/10.59282/reincisol.V4(7)1759-1786)

66. Escobar B, Cid P. Equidad en la atención de salud y enfermería. Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud [Internet]. 2016 [citado 25 jun 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18633/bt.v18i1.228>
67. Carballo L. Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. Acta Médica Costarricense [Internet]. 2022 [citado 25 jun 2025]; 64(2). Disponible en: <https://doi.org/10.51481/amc.v64i2.1284>
68. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, et al. Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los servicios de salud. Infodir [Internet]. 2021 [citado 25 jun 2025]; 35: p. 1-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000200013
69. Rodríguez Pérez L. Análisis de la inversión pública en Salud: tendencias, impacto y desafíos globales. Revista Científica Ciencias Sociales [Internet]. 2024 [citado 25 jun 2025]; (e601113.). Disponible en: <https://doi.org/10.53732/rccsociales/e601113>
70. Cepeda-Cepeda JL, Pinta-Cacoango AE, Muñoz CI, et al. La calidad del servicio en centros de salud públicos ecuatorianos. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2024 [citado 25 jun 2025]; 46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242024000100123
71. Maldonado Méndez L, Maldonado Álava P, Maldonado Méndez D, Maldonado Méndez P. Percepción de la calidad de los servicios públicos de salud en el sector urbano durante el 2020. Recimundo [Internet]. 2020 [citado 25 jun 2025]; 6(4). Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.338-347](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.338-347)

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. No. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969

Calidad. Pertinencia y Calidez

DIRECCIÓN DE POSGRADO

Maestría en Gerencia en Salud

Oficio nro. UTMACH-DIPOS-PM-GS-2025-055-OF
Machala, 30 de mayo de 2025

Ing. Kristel Liseth Rojas Encalada
Gerente Hospital General IESS Machala

Reciba cordiales saludos de la Maestría en Gerencia en Salud de la Universidad Técnica de Machala, programa orientado a la formación de profesionales de cuarto nivel.

La presente tiene como fin solicitar su autorización para que uno de nuestros Maestranes pueda realizar una encuesta dirigida al personal de salud y administrativo de su prestigiosa institución, en el marco del proyecto de investigación titulado "GESTIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL MACHALA..".

Estas encuestas tienen un propósito exclusivamente investigativo y académico, y se desarrollarán respetando los principios éticos, de confidencialidad y de consentimiento informado, según lo establecido en la normativa institucional.

Ante lo mencionado, gentilmente solicito a través de su dirección se autorice el ingreso a la Lcda. Tivillín Chávez Ana Karina con CI. N° 0704116748, para la aplicación de las respectivas encuestas al personal, y que se ejecutarían desde el 02 hasta el 13 de junio del 2025, como también se facilite el acceso a datos estadísticos relacionados al tema de investigación mencionado.

Seguros de contar con su apoyo al fortalecimiento de la formación de futuros Magister en Gerencia en Salud – I Cohorte, me despido expresándole mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,



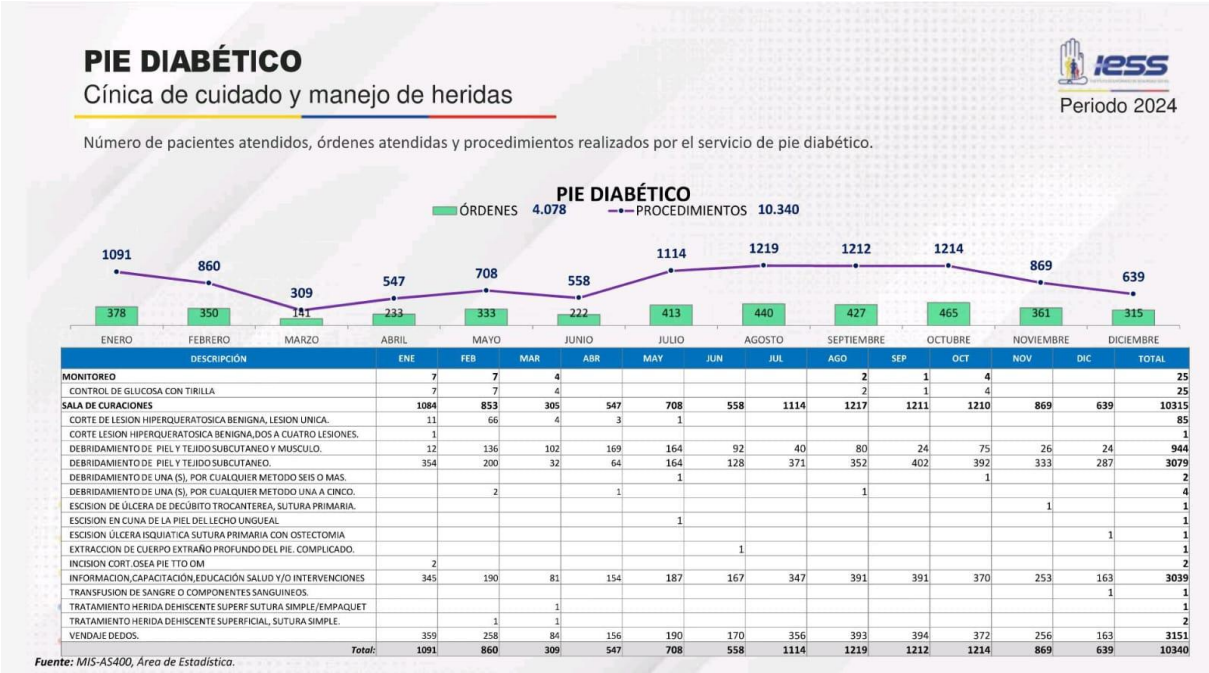
Ángel José Chu Lee
Time Stamp
Security Code

Dr. Ángel José Chu Lee, PhD.
Coordinador de la Maestría en Gerencia en Salud

Dir. Av. Panamericano km. 5 1/2 Vía Machala Páez Telf: 2983362 - 2983367 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

Anexo 2



Fuente: MIS-AS400, Área de Estadística del Hospital General Machala (IESS)

Anexo 3

GESTIÓN DE LA mCALIDAD DE

docs.google.com/forms/d/1dKP_zDFQPOBIfAvMvHjmXyn08KP5sJ/BzkOnCZUtZIA/edit

El almacenamiento está lleno No se pueden realizar cambios en este archivo. Borra archivos para que haya más espacio. Liberar espacio Obtener más almacenamiento

GESTIÓN DE LA mCALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES

Preguntas Respuestas 120 Configuración

GESTIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL MACHALA

Estimado/a, es satisfactorio contar con su colaboración para la presente investigación, la cual tiene fines académicos y científicos para la comunidad de posgrado de la Universidad Técnica de Machala. Cabe destacar que los datos recopilados en este estudio son de carácter confidencial y el tiempo aproximado de la encuesta es de 5 a 10 minutos.

Objetivo General:
Evaluar la gestión de calidad en la atención de pacientes con diagnóstico de Pie Diabético en el Hospital General Machala a través del Modelo de Avedis Donabedian.

Activar Windows
Vea la Configuración para activar Windows.

Fuente: Formulario de Google:

Anexo 4

Encuesta

Introducción

Estimado/a, es satisfactorio contar con su colaboración para la presente investigación, la cual tiene fines académicos y científicos para la comunidad de posgrado de la Universidad Técnica de Machala. Cabe destacar que los datos recopilados en este estudio son de carácter confidencial y el tiempo aproximado de la encuesta es de 5 a 10 minutos.

Objetivo General:

Evaluar la gestión de calidad en la atención de pacientes con diagnóstico de Pie Diabético en el Hospital General Machala a través del Modelo de Avedis Donabedian.

Fecha: _____

Datos generales

1. Profesión:

- ☐ Médico tratante
- ☐ Médico residente
- ☐ Licenciado/a en enfermería
- ☐ Auxiliar en enfermería

2. Área en la que labora:

- ☐ Pie Diabético
- ☐ Clínica 1
- ☐ Clínica 2
- ☐ Clínica 3
- ☐ Hospitalización Quirúrgica
- ☐ Emergencia
- ☐ Quirófano
- ☐ Diálisis

3. Años de experiencia en atención hospitalaria:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1–5 años
- ☐ 6–10 años
- ☐ Más de 10 años

4. ¿Ha atendido a pacientes con pie diabético en el Hospital General Machala en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No

Instrucción: Marque con una "X" según esté de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

Escala: 1 = Nunca; 2= Rara vez; 3= Algunas veces; 4) Siempre.

I. ESTRUCTURA

Ítem	Dimensión: Técnica	1	2	3	4
1	El Hospital cuenta con instalaciones ergonómicas, limpias y con ventilación adecuada, de acuerdo a la normatividad establecida por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.				
2	El Hospital cuenta con los materiales y equipos completos, en buen estado y esterilizado en caso de requerirse para la atención de pacientes con pie diabético.				
3	En el Hospital, se aplican protocolos estandarizados específicamente para el manejo de pacientes con pie diabético.				
	Dimensión: Personal asistencial				
4	Los pacientes con pie diabético reciben atención multidisciplinaria.				
5	Existe disponibilidad suficiente de personal capacitado para el manejo de pacientes con pie diabético.				
	Dimensión: Confortabilidad				
6	El área destinada para la curación de pie diabético es cómoda y agradable.				

II. PROCESO

Ítem	Dimensión: Técnica	1	2	3	4
7	El agendamiento del sistema de citas del Hospital garantiza una atención oportuna al paciente con pie diabético.				
8	En el Hospital existe una atención basada en GPC o protocolos establecidos.				
9	Los procedimientos de curaciones de pie diabético son realizados en tiempo y forma adecuada.				
	Dimensión: Personal asistencial				
10	Se realiza una evaluación integral del paciente al momento del ingreso hospitalario.				
11	Durante la atención a pacientes con pie diabético, el trato es bueno.				
12	El personal médico y de enfermería tiene una buena comunicación con los pacientes y familiares para una toma de decisiones.				
13	En cuanto al manejo de pacientes con pie diabético, las úlceras que no cicatrizan son tratadas con desbridamiento mecánico.				
14	Los pacientes con úlceras de pie diabético que no cicatrizan son tratados con terapia de presión negativa para heridas utilizando un				

	sistema de “cierre asistido por vacío” (VAC - Vacuum Assisted Closure).				
15	Los pacientes con úlcera del pie diabético y perfusión inadecuada son tratados con cirugía vascular.				
16	La educación sobre el cuidado de las extremidades inferiores de paciente con diabetes forma parte esencial del programa de prevención y tratamiento implementado por el hospital.				
	Dimensión: Confortabilidad				
17	El equipo de salud trabaja en equipo, de forma coordinada, multidisciplinaria bajo la ética profesional para la atención a pacientes con pie diabético.				
18	Existe un buen ambiente laboral en el área durante las curaciones de pie diabético.				

III. RESULTADOS

Ítem	Dimensión: Técnica	1	2	3	4
19	La atención brindada logra prevenir complicaciones como amputaciones mayores.				
20	Los pacientes con pie diabético evolucionan favorablemente durante su hospitalización.				
21	El tratamiento a pacientes es realizado de acuerdo a una planificación previa.				
22	La estancia hospitalaria es adecuada en función del estado clínico del paciente.				
	Dimensión: Personal asistencial				
23	Es notable la satisfacción del paciente con el trato de todo el equipo de salud.				
24	Es notable la satisfacción del paciente con el manejo del tratamiento.				
	Dimensión: Confortabilidad				
25	La calidad de atención que se brinda actualmente cumple con los estándares esperados.				

¿Qué aspectos considera prioritarios para mejorar la calidad de atención a pacientes con pie diabético en este hospital? (opcional)

Elaborado por:	Ana Karina Tivillin Chávez	Licenciada en Enfermería - Hospital General Machala	 Firmado electrónicamente por: ANA KARINA TIVILLIN CHAVEZ
Aprobado por:	Byron Mauricio Pontón Guajala	Médico Especialista en Cirugía Cardiovascular - Hospital General Machala	 Firmado electrónicamente por: BYRON MAURICIO PONTON GUAJALA
Aprobado por:	Carlos Rodolfo Carrión Ramírez	Especialista de Primer Grado en Angiología y Cirugía Vascular - Hospital General Machala	 Firmado electrónicamente por: CARLOS RODOLFO CARRION RAMIREZ
Aprobado por:	Marcelo Isaías López Bravo	Magíster en Docencia Universitaria e Investigación - Universidad Técnica de Machala	 Firmado electrónicamente por: MARCELO ISAIAS LOPEZ BRAVO

Fuente: Elaboración propia.

Fecha: 02/06/2025

Anexo 5

Cuestionario Breve de Satisfacción del Paciente (PSQ-18)

Lea cada una de las siguientes preguntas, teniendo en cuenta la atención médica que recibe actualmente. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones?

Escala:

- Totalmente en desacuerdo =1
- En desacuerdo= 2
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo =3
- De acuerdo = 4
- Totalmente de acuerdo = 5

Nº	Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
	Satisfacción general					
3	La atención médica que he recibido es adecuada.					
17	Hay algunos aspectos de la atención médica que recibo con los que no me siento satisfecho.					
	Calidad Técnica					
2	Las instalaciones del hospital tienen todo lo necesario para brindar atención médica completa.					
4	A veces dudo de la precisión del diagnóstico que me brindan los médicos.					
6	Siento que el personal de salud revisa cuidadosamente todos los aspectos durante la atención.					
14	En algunas ocasiones, cuestiono la preparación o capacidad del personal de salud que me brinda atención.					
	Trato interpersonal					
10	El personal de salud suele actuar de manera excesivamente profesional y distante en su trato conmigo.					
11	Recibo un trato cordial y respetuoso por parte del personal de salud.					
	Comunicación					
1	Los médicos explican bien el motivo de las pruebas que se realizan.					
13	Siento que, a veces, los médicos no prestan suficiente atención a mis comentarios o preocupaciones.					
	Aspectos financieros					

Nº	Afirmaciones	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5
5	Me siento seguro/a de poder acceder a la atención médica que necesito sin que esto represente una carga económica.					
7	El costo de mi atención médica excede lo que puedo pagar afectando mi situación económica.					
	Tiempo de atención					
12	En ocasiones, los profesionales que me atienden realizan la atención de manera apresurada.					
15	Siento que el personal de salud me brinda el tiempo suficiente para atender adecuadamente mis necesidades.					
	Accesibilidad y conveniencia					
8	Cuento con un acceso oportuno al personal de salud requerido.					
9	En el hospital donde he sido atendido/a, los tiempos de espera para atención de emergencia son excesivos.					
16	Me resulta difícil agendar una cita médica de manera oportuna.					
18	Tengo la posibilidad de acceder a atención médica cada vez que la necesito.					

Dimensiones y puntuaciones

Escala	Promedio de estos ítems
Satisfacción general	3, 17
Calidad Técnica	2,4,6,14
Trato interpersonal	10, 11
Comunicación	1, 13
Aspectos financieros	5, 7
Tiempo de atención	12, 15
Accesibilidad y conveniencia	8, 9, 16, 18

Nota: Los ítems dentro de cada escala se promedian después de la puntuación

Fuente: Marshall & Hays (1994)

Anexo 6

Fotos con el personal encuestado



Anexo 7

Fotos con los pacientes encuestados

