



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE NEGOCIOS

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LESIONES
EN PIES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II
EN EL CENTRO DE SALUD SAN GREGORIO

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos para optar
por el título de Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud

Docente Guía

Mgs. Sonia Brazales Noroña

Autora

Tania Estefanía López López

Año

2023

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

Tania Estefanía López López

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos que me han apoyado todo este tiempo.

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mi Pilacha que ha sido un pilar fundamental en mi vida y que a pesar de no estar físicamente a mi lado sigue guiándome con sus enseñanzas.

Resumen Ejecutivo

Mediante un proceso de análisis integral respecto de la atención de los pacientes con Diabetes Mellitus en un establecimiento de salud de primer nivel, se evidenció fallas en la prestación del servicio de salud que determinaron la necesidad de aplicar una metodología que permita recolectar información para realizar un análisis exhaustivo de las causas y sus efectos, en función de lo cual se proponen alternativas de solución u opciones de mejora a través de un plan de gestión gerencial.

Dado que la prevalencia de la enfermedad se incrementa en la población del país y del mundo, así como, que las secuelas son incapacitantes para quien las sufre, ocasionando un gran impacto en el individuo y su familia lo que lo convierte en un problema de salud pública, se determinó como objetivo del proyecto el establecer un proceso institucional con la generación de un protocolo de diagnóstico temprano de lesiones en pies de pacientes con Diabetes Mellitus II (DM II) en el Centro de Salud San Gregorio a fin de evitar las complicaciones de la enfermedad, además de proporcionar un seguimiento adecuado a los pacientes del sector que evidencien factores de riesgo para presentar este tipo de lesiones.

El presente estudio es cualitativo, de tipo descriptivo, transversal y observacional, por medio de la aplicación de herramientas como la observación directa y “check list” es posible determinar la calidad de la atención brindada por parte de los profesionales para con los pacientes, en consultas, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Con las propuestas de mejora del proceso asistencial se pretende desarrollar lineamientos que incluyen educación y cuidados del pie por parte de los pacientes, la exploración regular del pie y detección del grado de riesgo de úlcera en el primer nivel de atención, con el fin de reducir la aparición de lesiones que ocasionen amputaciones y la afectación de la condición de vida de los pacientes.

Abstract

Through a process of integral analysis regarding the care of patients with Diabetes Mellitus in a first level health facility, failures in the provision of health services were evidenced, which determined the need to apply a methodology to collect information for an exhaustive analysis of the causes and effects, based on which solution alternatives or improvement options are proposed through a management plan.

Given that the prevalence of the disease is increasing in the population of the country and the world, as well as, that the consequences are disabling for those who suffer from it, causing a great impact on the individual and his family, which makes it a public health problem, The objective of the project was to establish an institutional process with the generation of a protocol for early diagnosis of foot lesions in patients with Diabetes Mellitus II (DM II) at the San Gregorio Health Center in order to prevent complications of the disease, in addition to providing adequate follow-up to patients in the sector who show risk factors for presenting this type of lesions.

The present study is qualitative, descriptive, cross-sectional and observational, through the application of tools such as direct observation and "check list" it is possible to determine the quality of care provided by professionals to patients, in consultations, diagnosis, treatment and follow-up.

With the proposals for improving the care process, it is intended to develop guidelines that include education and care of the foot by patients, regular foot examination and detection of the degree of ulcer risk at the first level of care, in order to reduce the occurrence of lesions that cause amputations and the affectation of the patients' life condition.

Índice de Contenidos

Declaración de Autoría del Estudiante.....	I
Agradecimientos.....	II
Dedicatoria.....	III
Resumen Ejecutivo.....	iv
Abstract.....	v
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Figuras.....	x
Lista de Anexos.....	xi
1. CAPÍTULO I.....	1
Revisión del Estado del Arte y Planteamiento del Problema.....	1
1.1. Análisis Ambiente Situacional.....	1
1.1.1. Introducción.....	1
1.2. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa.....	3
1.2.1. Estructura Administrativa.....	3
1.2.2. Estructura Financiera.....	3
1.2.3. Estructura Operativa.....	4
1.3. Oferta y Demanda de Servicios.....	4
1.3.1. Oferta (Red).....	4
1.3.2. Demanda de Servicios.....	6
1.4. Análisis geoespacial y geopolítico.....	6
1.4.1. Análisis geoespacial.....	6
1.4.2. Análisis geopolítico.....	7
1.4.3. Oferta de Servicios (Establecimiento de Salud).....	7
1.4.4. Población atendida.....	7
1.4.5. Demanda de servicios insatisfecha.....	8
1.5. Identificación del Objeto de Estudio, Planteamiento del Problema u Oportunidad de Mejora.....	9
1.5.1. Planteamiento del Problema.....	9
1.5.2. Justificación del Planteamiento del Problema.....	10

1.5.2.1	Objetivos General y Específicos del Plan para la Prestación de Servicios	11
1.5.2.2	Oportunidades de mejora para la prestación de servicios:	12
1.5.2.3	Propuesta y justificación de alternativas de solución	12
2.	CAPÍTULO II	13
	Justificación y Aplicación de la Metodología a Utilizar	13
2.1.	Justificación y aplicación de metodología cualitativa para la realización del plan de prestación de servicios.	13
2.2.	Metodología	14
2.3.	Población de estudio	14
2.4.	Unidad de análisis	14
2.5.	Resultados y Análisis	14
2.6.	Diagnóstico de servicios, recursos y capacidades funcionales en la unidad de salud	15
2.6.1.	Gestión Gerencial de la Dirección	15
2.6.2.	Gestión Estratégica de Marketing	16
2.6.3.	Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	16
2.6.4.	Gestión Financiera	17
2.6.5.	Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística	17
2.6.6.	Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones	17
2.6.7.	Gestión de Servicios de Clínica/Hospitalización	18
3.	CAPÍTULO III	18
	Propuesta de Solución: Formulación del Plan de Gestión Gerencial	18
3.1.	Planteamiento Estratégico	18
3.1.1.	Análisis del Entorno Social	18
3.1.2.	Análisis de la industria de Servicios de Salud (M. Porter)	21
3.1.3.	Análisis FODA	22
3.1.4.	Cadena de Valor de la Organización	23
3.2.	Planificación Estratégica	24
3.2.1.	Misión	24
3.2.2.	Visión	24
3.2.3.	Valores	24
3.2.4.	Objetivos Institucionales	24

3.2.5.	Principios Éticos	25
3.2.6.	Políticas.....	25
3.3.	Planteamiento Estratégico	26
3.3.1.	Gestión General de Dirección.....	26
3.3.1.1.	Indicadores de Gestión Por Áreas (Proyección A 5 Años).....	26
3.3.1.2.	Mejoramiento Continuo de la Calidad	28
3.3.1.2.	Ejecución de Planes de Desarrollo Institucional.....	30
3.3.1.3.	Gestión Administrativa y de Recursos Humanos	30
3.3.1.4.	Gestión Financiera	33
3.3.1.5.	Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística.....	34
3.3.1.7.	Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones	36
3.3.1.8.	Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización	37
4.	CAPÍTULO IV.....	38
	Evaluación e Implementación Integral de Gestión Gerencial	38
4.1.	Limitaciones y/o Restricciones en la Gestión Gerencial	38
4.1.1.	Limitaciones de tiempo.....	38
4.1.2.	Limitaciones de alcance	38
4.1.3.	Limitaciones de coste	38
4.2.	Conclusiones y Recomendaciones	38
4.2.1.	Conclusiones.....	38
4.2.2.	Recomendaciones	39
	Referencias Bibliográficas.....	40
	ANEXOS	44

Índice de Tablas

Tabla 1. Identificación de las 5 fuerzas de Porter	21
Tabla 2. Indicadores de gestión por áreas	27
Tabla 3. Indicadores de calidad por áreas.....	29
Tabla 4. Indicadores de ejecución por áreas.....	30
Tabla 5. Indicadores de gestión administrativa por áreas.....	31
Tabla 6. Indicadores de gestión de prestación de servicios.....	32
Tabla 7. Indicadores de gestión de gestión financiera.....	33
Tabla 8. Indicadores de gestión de adquisición de medicamentos, insumos y materiales	35
Tabla 9. Indicadores de gestión de registros de la información	36
Tabla 10. Indicadores de gestión clínica	37

Índice de Figuras

Figura 1. Ubicación geográfica del cantón Muisne.....	5
Figura 2. Análisis FODA.....	22
Figura 3. Cadena de Valor de la Organización.....	23

Lista de Anexos

Anexo A . Matriz de Evaluación de Alternativas de Solución.....	45
--	-----------

1. CAPÍTULO I

REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Análisis Ambiente Situacional

1.1.1. Introducción

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) se han convertido en un problema de salud pública debido a la carga tanto económica como psicológica sobre los pacientes que las sufren y sus familiares, además del costo que representan para el Estado. Dentro de las ENT están: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas (Herrera y otros, 2017)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que aproximadamente 4 millones de personas mueren cada año producto de la diabetes en el mundo (Internacional Diabetes Federation, 2023). En Ecuador, según datos del año 2019 del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), 50.000 personas han fallecido por complicaciones derivadas de la diabetes mellitus (Manchado, 2019)

Según datos de la Federación Internacional de Diabetes, sobre la Carga Mundial de Morbilidad, se registraron 500 millones de personas afectadas con diabetes en el 2021 y se estima que en el 2050 alrededor de 1.000 a 31.000 millones de personas en el mundo pueden estar afectadas por esta enfermedad. En Ecuador, hasta el 2017, la prevalencia de adultos con diagnóstico de diabetes mellitus era de 8.5% (Herrera y otros, 2017)

En la literatura se expone a la diabetes como una de las enfermedades en las que existe un metabolismo anormal de los carbohidratos que causan hiperglucemia, la cual es la característica principal de esta patología. Se encuentra relacionada al deterioro en la secreción de insulina, sumado a varios grados de resistencia periférica a la misma (Inzucchi & Lupsa, 2023)

La clasificación de esta enfermedad en pacientes no gestantes es:

Diabetes mellitus tipo 1: Es poco frecuente, se presenta en el 5 a 10% de la diabetes en adultos. Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta del

páncreas lo que hace que el cuerpo tenga una deficiencia absoluta de insulina (Inzucchi & Lupsa, 2023)

Diabetes mellitus tipo 2: Es el tipo de diabetes más común, cerca del 90% de los pacientes con diabetes tienen este tipo. Se caracteriza por una hiperglicemia resultado en una pérdida progresiva de la secreción de insulina de las células beta del páncreas, esto, junto con la resistencia a la insulina da como resultado una deficiencia relativa de insulina (Inzucchi & Lupsa, 2023)

La mayoría de los pacientes que la sufren, son asintomáticos en el momento de la presentación y el diagnóstico es incidental. Los síntomas clásicos de la hiperglicemia son: poliuria, nicturia, polidipsia, visión borrosa y pérdida de peso; estos síntomas a menudo son referidos por el paciente en retrospectiva después del examen de glucosa elevado (Inzucchi & Lupsa, 2023)

Los pacientes con diabetes pueden tener complicaciones tanto agudas (relacionadas por la hiper o hipoglicemia) como crónicas, estas últimas pueden ser macrovasculares (arterioesclerosis), pueden causar una enfermedad cardíaca coronaria, cerebrovascular o vascular periférica y microvasculares en las que se incluyen retinopatía, nefropatía y neuropatía (Inzucchi & Lupsa, 2023)

La presencia de diabetes mellitus es un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedad cardiovascular y, es la principal causa de muerte en personas con diabetes mellitus. Esta enfermedad también es un factor de riesgo para desarrollar enfermedad arterial periférica, como aterosclerosis en arterias de extremidades inferiores. Esta complicación es la principal causa de discapacidad a largo plazo en pacientes con diabetes mellitus (Berger & Newman, 2023)

La neuropatía se define como la disminución de la sensibilidad en los pies, reflejos de tobillos anulados o deprimidos. Esta es la complicación más común a largo plazo de la diabetes, se clasifica en diferentes síndromes según la distribución neurológica (polineuropatía simétrica distal, neuropatía autónoma, polirradiculopatías, afectación individual de los nervios craneales y periféricos y afectación asimétrica de múltiples nervios periféricos). La prevalencia va a ir de la mano de la duración de la enfermedad, estudios muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes con diabetes desarrollarán eventualmente una neuropatía (Feldman, 2023)

La mono o polineuropatía distal tiene varios factores de riesgo, entre estos están: mayor duración de la enfermedad, valores de hemoglobina glicosilada elevado, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, consumo de tabaco y alcohol, edad avanzada, entre otros (Feldman, 2023)

El pie diabético es una complicación vascular periférica de la diabetes mellitus, se da lugar cuando existe un control inadecuado de la glucosa basal junto con otras comorbilidades como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, etc. (Wexler, 2023)

La presentación clásica de un pie diabético es un pie que presenta infección grave con necrosis rápidamente progresiva que requiere tratamiento, que consiste en desbridar todo el tejido necrótico, eliminar colecciones purulentas y administrar el tratamiento antibiótico adecuado (Berger & Newman, 2023)

El riesgo de no tratar y hacer seguimiento a estas lesiones son infecciones, amputación y con esto discapacidad a largo plazo. La evaluación del pie en pacientes con diabetes debe ser rutinario para identificar el cuidado de uñas, calzado inadecuado, callos, infecciones por hongos, lo que puede provocar problemas graves en los pies. Aquellos pacientes que ya presentan una lesión ulcerativa deben ser remitidos al cirujano vascular para el tratamiento y cuidado con el fin de lograr una correcta cicatrización (Wexler, 2023)

1.2. Estructura Administrativa, Financiera y Operativa

1.2.1. Estructura Administrativa

El Centro de Salud San Gregorio es un Centro de Salud Tipo A que pertenece a la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública, por tanto, es parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS). Se encuentra ubicado en el cantón Muisne, por lo que su gestión administrativa y operativa está liderada por el Administrador Técnico, bajo el liderazgo de la Dirección Distrital 08D03 Atacames-Muisne y tiene como establecimientos de salud de referencia: el Centro de Salud Tipo C Muisne, el Hospital Básico Carlos del Pozo Melgar y como referencia a segundo nivel, el Hospital Delfina Torres de Concha (Ministerio de Salud Pública , 2020)

1.2.2. Estructura Financiera

Al ser una Unidad de Primer Nivel de Atención, no es una Entidad Operativa Desconcentrada (EOD), por tanto, no recibe asignación presupuestaria directa, sino que depende administrativa y financieramente de la Dirección Distrital.

1.2.3. Estructura Operativa

Se cuenta con una cadena de mando vertical liderada por la Dirección Distrital 08D03, el líder de líderes, el líder de las unidades operativas y los especialistas que prestan servicios en la Unidad de Salud; y, de una cadena de mando horizontal que incluye a todos los profesionales coordinados para cumplir con las necesidades de la población.

El Centro de Salud San Gregorio se encuentra en el cantón Muisne en la parroquia San Gregorio que es la más grande y con más población del cantón. Al ser la parroquia más grande presenta un crecimiento poblacional importante por lo que cuenta con 4 centros de salud encargados de brindar atención a la parroquia, estos son: San Gregorio, Bilsa, Boca de Canuto y San Salvador.

Su horario de atención es de lunes a viernes, 8 horas diarias y cubre alrededor de 10 comunidades tanto al norte como al sur de la unidad operativa, entre éstas están: San Gregorio, Tres vías, Boca del Río Sucio, El Mango, El Mamey, La Piedra, Bellavista, entre otras.

Esta casa de salud cuenta con cuatro consultorios equipados, sala de estadística, sala de preparación, sala de vacunación, tres baños y sala de espera. Cuenta con atención de medicina general, medicina familiar, médico del barrio, obstetricia, odontología y vacunación. El personal actual que trabaja en el centro de salud es: 6 médicos rurales, 1 médico familiar, 1 obstetra, 3 licenciadas en enfermería y 3 odontólogos, con lo cual, se logran las coberturas necesarias ya que diariamente existen equipos que salen a actividades extramurales a fin de captar pacientes vulnerables, embarazadas, niños menores de 2 años y público en general.

1.3. Oferta y Demanda de Servicios

1.3.1. Oferta (Red)

El Centro de Salud San Gregorio se encuentra ubicado en la entrada del pueblo de su mismo nombre, pertenece a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) por lo que se articula con otros establecimientos de salud sujetos a la misma red y que se rigen por la normativa vigente (GAD PARROQUIAL SAN GREGORIO, 2016)

Figura 1.

Ubicación geográfica del cantón Muisne



Nota. El cantón Muisne está ubicado al oeste de la Provincia de Esmeraldas. Adaptado de Cantón Muisne por EcuRed, 2023, https://www.ecured.cu/Cantón_Muisne_%28Ecuador%29#Ubicaci.C3.B3n

En su cercanía existen 3 Centros de Salud tipo A que cubren el territorio de la parroquia, dentro de los cuales, el Centro de Salud Tipo C de Muisne es el establecimiento de salud al que se refieren los partos y emergencias que no se puedan solucionar en centros de salud tipo A (GAD PARROQUIAL SAN GREGORIO, 2016)

El Hospital Básico de referencia para patologías que necesiten hospitalización, maternidad de larga estancia y patologías que requieran especialistas es el Hospital Básico Carlos del Pozo Melgar que cuenta con sala de hospitalización, emergencia, laboratorio, sala de primera acogida, quirófano y sala de partos.

Dado que el Hospital Básico Carlos del Pozo Melgar de Muisne no cuenta con Rayos X, la Unidad Médica a la que se refieren pacientes del Distrito es al Hospital Juan Carlos Guasti del Ministerio de Salud Pública que es la única institución que cuenta con servicio de Rx.

Otro Hospital para la referencia de pacientes afiliados es el Hospital Básico IESS de Esmeraldas que a pesar de ser un hospital básico cuenta con múltiples exámenes tanto de laboratorio como de imagen.

En cuanto al hospital de referencia para todas las instituciones de salud en Esmeraldas es el Hospital Delfina Torres de Concha, el que cuenta con varias especialidades al ser un hospital de segundo nivel.

1.3.2. Demanda de Servicios

Toda vez que los determinantes de la salud tienen un efecto importante en el estado salud – enfermedad de la población, a continuación, un análisis de estos, en el área de influencia del Centro de Salud.

Según datos disponibles del INEC, el cantón Muisne tenía un total de 28.474 habitantes divididos entre zona urbana y rural; la zona rural con 22.549 habitantes mientras que la zona urbana con 8199 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023)

Dentro de Muisne se encuentran pocas viviendas particulares que cuentan con los servicios básicos, en tanto, que muchas de las comunidades no cuentan con los mismos.

En cuanto, a abastecimiento de agua, en el cantón se obtiene de la siguiente manera: 21% de la red pública, 33% de pozo, 33.9% de río o vertiente, 9.2% de tanqueros y 2.8% de otra fuente.

Solo el 11% del cantón cuenta con alcantarillado público, el 23.5% pozo ciego, 22% pozo séptico y 43.1% de otra forma de eliminación de aguas servidas (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023)

Dado que la mayoría de la parroquia es rural, solo el 49% dispone de servicio eléctrico y el 11.3% dispone de servicio telefónico. En cuanto al principal combustible para cocinar, el 68% es de gas y el 28.1% con leña o carbón, el resto de otras fuentes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023)

1.4. Análisis geoespacial y geopolítico

1.4.1. Análisis geoespacial

El Centro de Salud San Gregorio está situado en la entrada a la derecha del pueblo de su mismo nombre, a 2.4 km de la Ruta del Spondylus en el Troncal del Pacífico. Se encuentra en dirección norte-sur, a 22km de El Salto.

La parroquia San Gregorio se ubica en la parte central del cantón Muisne. Fue creada el 23 de octubre de 1954 por Olmedo Perdomo Franco. Está delimitado por una línea imaginaria que sale de un punto equidistante entre Tortuga y Ostional llegando hasta las montañas de Muisne, al sur la línea continua por las montañas de Mompiche. Tiene como medios de transporte terrestre y fluvial (Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de San Gregorio, 2019).

1.4.2. Análisis geopolítico

En el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador se establece a la salud como un derecho irrenunciable que debe ser garantizado por el Estado, mismo que deberá implementar políticas económicas y sociales y realizar programas e intervenciones con el fin de que la salud sea accesible a toda la población que se encuentre dentro de las fronteras del país (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Al ser los adultos mayores la principal población afectada por la Diabetes Mellitus Tipo 2, es importante tomar en cuenta el Art. 37 de la Carta Magna que especifica que el Estado debe garantizar la atención gratuita y especializada a personas adultas mayores y el acceso gratuito a sus medicamentos. Así como la prevención de discapacidades según el Art.47 (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

1.4.3. Oferta de Servicios (Establecimiento de Salud)

El Centro de Salud San Gregorio ofrece atención de consulta externa y emergencias, cuenta con la especialidad de medicina familiar, medicina general, la estrategia de médico del barrio, obstetricia, odontología, centro de vacunación y farmacia.

Las especialidades: medicina familiar y obstetricia están sujetas a horarios rotativos, ya que se deben cubrir otros centros de salud de la zona.

La atención intramural es proporcionada por un médico familiar y una obstetra 2 veces a la semana, 3 médicos rurales, un odontólogo, una licenciada en enfermería. Esta atención es para controles prenatales, control de enfermedades crónicas, emergencias y consulta externa. Se atiende a libre demanda aplicando Triage de Manchester.

La atención extramural la desempeñan cuatro Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) conformados por: médico familiar y obstetra 2 veces a la semana, 2 médicos rurales, un odontólogo y una licenciada en enfermería. Estos equipos acuden a una comunidad diferente cada día realizando la búsqueda principalmente grupos prioritarios y vulnerables para brindarles una atención integral.

1.4.4. Población atendida

Según las bases de datos de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), la población atendida es 3819 habitantes que acudieron al Centro de Salud en el periodo septiembre 2022 - julio 2023. De éstos, el 80% se considera mestizo, 17% se

consideran afrodescendiente y 3% son otros (Plataforma de Registro de Atención de Salud, 2023)

De toda la población general se han captado 132 personas que sufren alguna enfermedad no transmisible, de los cuales 43 sufren de Diabetes Mellitus. De estos, 11 además tienen o hipertensión arterial o hipercolesterolemia (Plataforma de Registro de Atención de Salud, 2023).

La Unidad de Salud entonces cuenta con 43 pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus que acuden para sus controles y recibir su medicamento.

Sin embargo, desde enero hasta julio del 2023 menos del 20% de los pacientes registrados en la matriz han sido evaluados mes a mes y el 80% de los pacientes desde febrero del 2023 no cuentan con controles de glicemia capilar o referencias a especialista y exámenes de laboratorio (Plataforma de Registro de Atención de Salud, 2023)

En la población que comprende el Centro de Salud se atienden 4 pacientes discapacitados como consecuencia de enfermedad vascular periférica que no cuentan con recursos para usar silla de ruedas y mucho menos prótesis. Además, 5 pacientes con lesiones en los pies en diferentes estadios de cicatrización, de los cuales 3 ya presentan amputaciones de dedos en las extremidades inferiores (Plataforma de Registro de Atención de Salud, 2023)

1.4.5. Demanda de servicios insatisfecha

En el Centro de Salud solo se puede hacer control y seguimiento de la patología sin complicaciones, ya que, si el paciente presenta controles glicémicos elevados en varias ocasiones, es necesario que se refiera a un médico internista para el control de los factores causantes de la hiperglicemia refractaria.

En el caso de pacientes que presenten lesiones en pies secundaria a hiperglicemia en la que no se identifique una causa aparente, es necesario que sean evaluados por el cirujano vascular para debridar tejido necrótico y evaluar qué tipo de limpiezas y manejo requiere en primer nivel de atención.

A pesar de que en la Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus del Ministerio de Salud Pública se menciona la prevención, manejo de lesiones en el pie diabético y registro en la hoja de pie diabético, en el Centro de Salud no existen los formularios físicos para la evaluación de los pies diabéticos, por tanto, no se realiza la evaluación de los pies

diabéticos, en cuanto a la prevención y tratamiento de las heridas de estos. Lo que genera discapacidad a largo plazo por complicaciones que derivan en amputaciones (Tirado & Fernández, 2014)

1.5. Identificación del Objeto de Estudio, Planteamiento del Problema u Oportunidad de Mejora

La enfermedad de pie diabético es una de las complicaciones por el aumento de la glucosa sérica y es una de las complicaciones más incapacitantes y que más se relaciona con la mortalidad de pacientes con diabetes mellitus (Tirado & Fernández, 2014)

En Ecuador alrededor de 471.205 personas se encuentran registradas debido a que presentan discapacidad, de la cual el 45.66% tiene discapacidad física, siendo la discapacidad con mayor incidencia. Solo en Esmeraldas existen aproximadamente 16.038 personas con discapacidad, de la cual el 45.99% es física. El incremento de pacientes con discapacidad en zonas rurales representa un problema de salud pública dado que la mayoría de estos pacientes son de bajos recursos y necesitan ayuda tanto para su movilización como para su medicación y sus necesidades especiales, sin contar con aquellos que tienen la necesidad de un cuidador permanente (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2023)

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el consumo mensual promedio en un hogar, en el que hay un paciente con discapacidad es de 802 USD, esto se da ya que las familias con pacientes discapacitados tienden a ahorrar todo el dinero que sería destinado a entretenimiento y ocio para consultas y medicamentos, mientras que en un hogar sin miembros discapacitados es de 903\$, esto significa que la diferencia en el estilo de vida es de 101\$ (Ávila y Yáñez, 2022)

Se ha evaluado la calidad de vida de familias que tienen al menos un miembro con discapacidad siendo menor que aquellas que no tienen a alguien con estas características. Con los datos evaluados se puede concluir que las familias que tienen al menos un miembro con discapacidad se encuentran priorizando gastos constantemente por lo que su calidad de vida disminuye notoriamente (Ávila y Yáñez, 2022).

1.5.1. Planteamiento del Problema

Según la OMS el pie diabético es una ulceración, infección o gangrena que se localiza en la extremidad inferior, asociada directamente al mal manejo de la glicemia en

pacientes con diabetes mellitus junto con la neuropatía característica de esta enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2023)

El pie diabético está asociado con el aumento de la mortalidad en un 50% a los 5 años, lo que hace que esta sea una de las complicaciones que más influye en el aumento de hospitalizaciones y muerte en pacientes con diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Estas lesiones ulcerativas con frecuencia son resultado de un paciente que sufre de diabetes mellitus en conjunto con otros factores de riesgo en donde la neuropatía diabética y la enfermedad arterial periférica son el eje de esta complicación. Situación que se da ya que la neuropatía provoca sensibilidad disminuida y a veces deformidad en el pie lo que causa que la distribución de carga sea anormal. En cuanto a la enfermedad arterial periférica generalmente causa aterosclerosis, lo que provoca una disminución en la cicatrización de heridas y lleva a la amputación de la extremidad (Martinez y otros, 2020)

1.5.2. Justificación del Planteamiento del Problema

La principal secuela de un pie diabético mal tratado es la amputación de la extremidad, sepsis y aumento de la mortalidad, con aumento en el tiempo de hospitalización, consultas, insumos, medicamentos y aumento en la población con discapacidad física (Martinez y otros, 2020)

El Ecuador cuenta con varios programas que tienen como objetivo una atención, oportuna e integral de Enfermedades No Transmisibles. En marzo del 2023 se presentó el Programa de Atención Integral de Diabetes Mellitus que busca identificar factores de riesgo para contraer la enfermedad, dar tratamiento oportuno y realizar seguimiento a estos pacientes, sin embargo, solo se ha implementado en las provincias de Pastaza, Chimborazo, Tungurahua y Cotopaxi (Ministerio de Salud Pública, 2017)

También tiene desde hace unos años la Estrategia Nacional para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la cual se prioriza garantizar la prevención, diagnóstico, atención, seguimiento y tratamiento de estas enfermedades, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y es una estrategia que tiene como fin, el brindar toda la atención interdisciplinaria requerida (Ministerio de Salud Pública, 2020)

En este contexto, se implementan 10 unidades de salud para el tratamiento de las úlceras de pie diabético con el fin de evitar las amputaciones de miembros inferiores. Estas son: Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil (Guayas), Hospital Rafael Rodríguez

Zambrano y Hospital Miguel H. Alcívar (Manabí), Hospital Gustavo Domínguez de Santo Domingo de los Tsáchilas, Hospital Isidro Ayora (Loja), Hospital Vicente Corral Moscoso (Azuay), Hospital Docente de Riobamba (Chimborazo), Hospital San Vicente de Paul de Ibarra (Imbabura), Hospital Enrique Garcés y Hospital Eugenio Espejo (Pichincha).

A pesar de tener esta estrategia en a nivel nacional, es muy escaso el personal y los establecimientos de salud que se dedican 100% al manejo de las lesiones en los miembros inferiores en personas diabéticas, por lo que existen muchos pacientes que no tienen las posibilidades de acudir a estos centros especializados.

Con este antecedente, se evidencia la necesidad de proponer e implementar una estrategia en unidades de salud de primer nivel de atención para la prevención, el manejo inicial y la transferencia de estos pacientes a los especialistas que necesiten para poder evitar la discapacidad que esta complicación causa.

1.5.2.1 Objetivos General y Específicos del Plan para la Prestación de Servicios

1.5.2.1.1. Objetivo General:

Establecer una estrategia que favorezca la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y el seguimiento de la enfermedad y de la presentación del pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Centro de Salud San Gregorio para evitar amputaciones de miembros inferiores disminuyendo así el número de personas con discapacidad en la comunidad.

1.5.2.1.2. Objetivos Específicos:

- Priorizar la captación y el seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Exigir el tamizaje de pie diabético en las consultas de pacientes con esta enfermedad.
- Mejorar el flujo de pacientes con complicaciones microvasculares para el manejo interdisciplinario en establecimientos de salud con mayor nivel de atención y complejidad.

1.5.2.2. Oportunidades de mejora para la prestación de servicios

Para lograr los objetivos planteados, el plan estratégico a proponer debe considerar el establecer como política institucional a través de actividades dentro del Centro de Salud, el tamizaje y seguimiento obligatorio de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la comunidad.

Para lograr esta estrategia es necesaria la colaboración de todo el personal que trabaja en el Centro de Salud, ya que, estos pacientes constituyen parte del grupo vulnerable por lo que es importante su atención priorizada tanto en el Centro de Salud como en el área extramural.

1.5.2.3. Propuesta y justificación de alternativas de solución

Las complicaciones relacionadas con el pie diabético no suelen ser diagnosticadas o tratadas oportunamente ya que, al presentar neuropatía periférica y una disminución en la vascularización, muchas de las veces se presentan inicialmente como una lesión pequeña en la planta del pie o en las articulaciones de los dedos. Estas lesiones pasan desapercibidas tanto para los cuidadores como para los médicos. La falta de diagnóstico oportuno y tratamiento de estas lesiones iniciales causan infecciones, necrosis y llevan a la amputación de dedos, o en el peor de los casos del pie (Tirado & Fernández, 2014).

Si se establece como política dentro del Centro de Salud la valoración de los pies en pacientes diabéticos y la categorización de heridas en todos los controles, se pueden diagnosticar de manera oportuna, heridas que se pueden manejar en primer nivel y evitar las complicaciones derivadas de las mismas.

Además, al realizar un diagnóstico oportuno se logra evitar que los pacientes tengan que movilizarse a la ciudad de Esmeraldas a controles y valoraciones por cirugía vascular, ya que es costoso y peligroso para los pacientes movilizarse al Hospital Delfina Torres de Concha.

En el Anexo A, se exponen en detalle los problemas identificados, sus causas y efectos, así como las alternativas de solución y la Unidad de Gestión Responsable de llevar a cabo las mismas.

2. CAPÍTULO II

JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA A UTILIZAR

2.1. Justificación y aplicación de metodología cualitativa para la realización del plan de prestación de servicios.

La metodología de este proyecto de investigación se desenvuelve dentro de un enfoque cualitativo al buscar determinar la calidad de la atención y seguimiento a pacientes diabéticos; la investigación cualitativa es una de las investigaciones científicas con más relevancia ya que sus métodos utilizados van a observar y evaluar el comportamiento humano y social. Esta investigación tiene las siguientes fases: planteamiento del problema, revisión de literatura, recolección de datos, análisis de datos y reporte de los resultados (Piza et al., 2019).

La técnica más empleada para asegurar la validez de los datos que se obtienen de la investigación cualitativa es el principio de triangulación, que permite una visión del problema estudiado desde varios ángulos y posiciones, con información obtenida de diferentes fuentes, en este estudio en específico dicha triangulación se realizará comparando los procedimientos efectuados por el personal médico, los resultados esperados de un tamizaje bien realizado, y los resultados reales in situ. (Niño, 2021).

El presente estudio, puede considerarse una investigación de nivel descriptivo debido a que busca describir la realidad del problema que se está evaluando, con el fin de mostrar una realidad; buscando explicar mediante la observación y documentación recolectada la calidad de la atención prestada a los pacientes diabéticos. (Niño, 2021). Al tratarse de un estudio de corte transversal, la investigación recae en un tipo de investigación observacional, debido a que el objetivo es la observación de la historia clínica de los pacientes para corroborar el adecuado procedimiento por parte de los servidores médicos.

La recolección de datos en el enfoque cualitativo ocurre durante la vida diaria de los sujetos estudiados ya que vamos a tener que observar, percepciones, emociones, comportamiento, etc. Tenemos varios instrumentos para obtener esta información, estos son: observación, entrevistas, grupos de enfoque, documentos, entre otros .

En el presente estudio se van a utilizar como instrumento de investigación cualitativa:

- Observación

- Lista de chequeo

Al buscar describir la realidad de la comunidad estudiada, su vida diaria, los problemas que ayudan al desarrollo de la enfermedad que son inherentes de su estilo de vida y, sobre todo, la atención recibida en las consultas de los pacientes estudiado, el mejor método al que se puede recurrir es la observación directa, sin embargo, se requiere una escala que nos permita corroborar el cumplimiento de distintos factores para lo cual, en forma de apoyo, se utilizaran listas de chequeo para tener una organización y orden que pueda evaluarse en cada consulta.

2.2. Metodología

Al tratarse de un estudio de tipo cualitativo, descriptivo, observacional y transversal, centrado en la observación de los procesos que se llevaron a cabo en las consultas médicas a pacientes diabéticos en el Centro de Salud San Gregorio utilizando como instrumento de recolección una lista de chequeo y guía observacional.

2.3. Población de estudio

La población que va a ser estudiada son los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de la comunidad correspondiente al Centro de Salud San Gregorio en el periodo de septiembre 2022-agosto 2023.

2.4. Unidad de análisis

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El seguimiento y manejo adecuado en la valoración de pacientes con diagnóstico de DM2 y la detección temprana de lesiones en pies de estos.

2.5. Resultados y Análisis

Los resultados se categorizarán tomando en cuenta la guía observacional y check list aplicados (ver Anexo B), además de considerar indicadores como: calidad de atención, satisfacción del paciente, aplicación óptima de los protocolos de atención y de protocolos de seguimiento. De esta manera, se categorizaron estos indicadores, dependiendo de la consulta proporcionada al paciente.

En la primera consulta, se observó un seguimiento adecuado del check list planteado, siguiendo las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Diabetes del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; sin embargo, se detectaron deficiencias al

correlacionar el examen clínico a la clasificación Meggit-Wagner (clasificación para la medición de riesgo de pie diabético) y en los exámenes clínicos de los pies; debido al limitado tiempo de consulta, falta de herramientas e instrumentos para una valoración adecuada y la falta de capacitación por parte del personal sanitario sobre la clasificación anteriormente nombrada. A pesar de ello, los pacientes expresaron una “buena atención” por parte del médico tratante.

En cuanto a la segunda consulta, los requisitos se cumplieron casi en su mayoría, exceptuando el tiempo adecuado entre consultas y la valoración de los exámenes complementarios enviados. El tiempo recomendado es de un mes, sin embargo, por el colapso en el agendamiento en instituciones de salud pública el tiempo transcurrido entre éstas supera con creces el lapso mensual recomendado por la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública, 2017). La valoración de exámenes como tal, no puede ser realizada en conformidad, no por la falta de experticia del personal sanitario sino por la falta de insumos y reactivos en las áreas de laboratorio y análisis médico.

La tercera y subsecuentes consultas no pudieron ser valorizadas a falta de asistencia de los pacientes.

2.6. DIAGNÓSTICO DE SERVICIOS, RECURSOS Y CAPACIDADES FUNCIONALES EN LA UNIDAD DE SALUD

2.6.1. *Gestión Gerencial de la Dirección*

La Gestión Gerencial de la Dirección consiste en organizar los servicios que se ofrecen en el área de consulta externa en el Centro de Salud con un flujograma que ayude a cubrir las necesidades de los pacientes.

Al tener una mejor organización de los procesos de atención, es más fácil, evaluar el seguimiento y la atención de los pacientes, detectando los errores en la misma y haciendo que la Gerencia establezca estrategias para la mejora continua, mejorando así, la calidad en la atención en el establecimiento de salud.

Implementando este plan de gestión gerencial se logra identificar de forma oportuna a los pacientes que poseen lesiones y prevenir las mismas en los pacientes que presentan factores de riesgo. Esto disminuye los gastos de discapacidad del Estado y las repercusiones de esta en los pacientes y su familia.

2.6.2. Gestión Estratégica de Marketing

El Centro de Salud San Gregorio forma parte del Ministerio de Salud Pública y se encuentra bajo la dirección del Distrito 08D03 que forma parte de la coordinación zonal 1 de salud, no cuenta con un departamento encargado de marketing, sin embargo, el área de comunicación del distrito y la zona se encargan de la publicidad relacionada con el distrito.

El Centro de Salud cuenta con encuestas de satisfacción que son realizadas por al menos 10 pacientes al mes, los funcionarios del Centro de Salud son los encargados de informar a los pacientes sobre esta herramienta y recolectar la información.

2.6.3. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

Para que sea funcional la intervención propuesta es necesario tomar en cuenta el cuadro de atenciones y seguimiento de los pacientes diabéticos en donde se detalla los pasos a realizar en cada consulta y las intervenciones de cada consulta (Herrera y otros, 2017).

El Centro de Salud cuenta con medicina general y un médico familiar para la atención de pacientes con enfermedades no transmisibles. El médico familiar da atención a estos pacientes 2 días a la semana, un día intramural y un día extramural, por lo que los médicos rurales deben dar la atención y hacer el seguimiento de la mayoría de las consultas con el fin de agilizar el proceso y solo derivar al médico familiar después de la captación y si existen complicaciones relacionadas con la enfermedad.

El Distrito cuenta con 2 médicos internistas, uno de ellos se encuentra en Atacames y el otro en Muisne. El médico de Muisne atiende 3 días en el Centro de Salud Tipo C y 2 días en el Hospital Carlos del Pozo Melgar. Para la consulta se debe agendar el turno con un mes de antelación y enviar al paciente con un pedido de exámenes completos y electrocardiograma. Si se presenta alguna complicación importante se puede atender al paciente por emergencia.

El único hospital de segundo nivel de referencia se encuentra en la ciudad de Esmeraldas y es el Hospital del Sur Delfina Torres de Concha, quien cuenta con médicos internistas y cirugía vascular que tiene 2 días designados a consulta externa. A este servicio se envían a los pacientes con lesiones que involucren el compromiso vascular y aquellas que no se puedan manejar en el Hospital Básico y a pacientes con hiperglicemia refractaria.

Es importante el papel de prevención de los centros de salud de primer nivel para evitar el colapso del hospital de segundo nivel ya que este atiende a 4 distritos diferentes por lo que el agendamiento de turnos es demorado y el personal no abarca a todos los pacientes.

2.6.4. Gestión Financiera

El Centro de Salud San Gregorio forma parte del Ministerio de Salud Pública y al ser un establecimiento de primer nivel se rige por el presupuesto brindado directamente al Distrito 08D03.

2.6.5. Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística

El Distrito se encuentra organizado para que cada nivel de atención busque resolver la mayor cantidad de necesidades de los pacientes. Los Centros de Salud cubren las necesidades básicas y la prevención con el fin de no sobrecargar a los niveles superiores de atención.

El Distrito cuenta con varios call centers que se encargan de captar las referencias e indicar el turno que tiene cada paciente y a que establecimiento de salud se le puede referir. En caso de emergencias o pacientes que requieran personal que no se encuentre en el Distrito o en la Provincia, el área de estadística del Distrito se encarga de buscar en otra provincia, el profesional necesario y se encarga de sacar la cita.

2.6.6. Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones

El Centro de Salud San Gregorio cuenta con un sistema de atención mixto, que se basa en historias clínicas físicas y las registradas en el sistema PRAS.

Las historias clínicas físicas son utilizadas para tener información en caso de no contar con luz o internet el día de las atenciones. Todas las atenciones deben ser registradas en el sistema PRAS ya que este se utiliza por toda la red del Ministerio de Salud Pública y es necesario para las referencias y citas en otro establecimiento de salud, ya que este cuenta con las consultas, exámenes e intervenciones realizadas en cualquier establecimiento que cuente con este sistema.

2.6.7. Gestión de Servicios de Clínica/Hospitalización

El Centro de Salud al ser un establecimiento de primer nivel de atención no cuenta con servicio de Hospitalización y en caso de ser necesario tiene que ser referido al Hospital Carlos del Pozo Melgar en Muisne quien cuenta con 8 camas para la hospitalización de adultos.

El Centro de Salud cuenta con 3 consultorios para la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, 2 son de medicina general y 1 es de medicina familiar. Cuenta con atención para 75 pacientes diarios y la atención es a libre demanda, no se cuenta con sistema de agendamiento de citas ni personal de estadística y admisiones.

3. CAPÍTULO III

PROPUESTA DE SOLUCIÓN: FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

3.1. Planteamiento Estratégico.

3.1.1. Análisis del Entorno Social

Para un adecuado análisis es necesario identificar el macroentorno, en el cual se consideran los factores ajenos a la institución que interfieren directamente con esta, aunque en pequeña escala; y el microentorno en el cual se incluyen los factores de la población que recibe atención por parte de la institución de salud.

Para realizar un análisis del macroentorno son útiles técnicas como las denominadas: PETS (Político, Económico, Tecnológico y Social), MEFE (Matriz de Factores Externos) y perfil competitivo.

Para el desarrollo de este proyecto se optó por realizar un análisis PETS.

Político:

La Constitución de la República del Ecuador (2008), en el Título II “Derechos”, Capítulo segundo “Derechos del buen vivir”, Sección séptima “Salud”, establece a la salud como un derecho constitucional:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la

alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Así mismo, en el Título VII “Régimen del Buen Vivir”, Capítulo primero “Inclusión y equidad”, sección segunda “Salud”:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

La Ley Orgánica de la Salud (2015), cuyo objetivo es regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud, como lo establece el Título preliminar, Capítulo I “Del derecho a la salud y su protección”; Capítulo II “De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y Responsabilidades”, determina:

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (Ley Orgánica de la Salud, 2015).

Económico:

Se tomó en consideración el Presupuesto General del Estado, destinado a proporcionar los materiales necesarios a las instituciones públicas para cubrir los requerimientos de las diversas entidades de salud, previo al análisis macro y microeconómico

Tecnológico:

La Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública) maneja un trabajo interinstitucional coordinado para satisfacer las necesidades y directrices dispuestas a investigación y ejecución de políticas de gestión, y de esta manera, aplicar los procesos automatizados óptimos para la atención de las entidades de salud resguardando la calidad de los servicios prestados a la población

Social:

Éste ha sido analizado para identificar los determinantes de la salud, la población en riesgo y la demografía del sector permitiendo establecer protocolos dirigidos a la población de responsabilidad.

El microentorno es constituido por las acciones y operaciones llevadas a cabo en el Centro de Salud San Gregorio para satisfacer las necesidades de la población, las cuales se ven directamente afectadas por los recursos concedidos por parte de los órganos rectores, insumos, dispositivos e instrumentos, los proveedores de estos, los competidores cercanos y el público en general, aunque al tratarse de una entidad perteneciente a la red de salud pública no es posible considerar que existan competidores directos a ésta.

3.1.2. Análisis de la industria de Servicios de Salud (M. Porter)

Tabla 1

Identificación de las 5 fuerzas de Porter

IDENTIFICACIÓN DE LAS 5 FUERZAS DE PORTER				
Rivalidad entre competidores	Amenaza de entrada de nuevos competidores	Amenaza de entrada de productos sustitutos	Poder de negociación de los proveedores	Poder de negociación de los consumidores
En la parroquia existen 3 Centros de Salud tipo A que más bien complementan sus acciones	El personal de salud del Centro de Salud San Gregorio está capacitado y es capaz de cubrir en cierta parte las necesidades de la población; además, de que al tratarse de un servicio público mantiene ventaja sobre la atención privada. Sin embargo, la información proporcionada por parte del GAD Parroquial evidencia una alta amenaza a la entrada de nuevos competidores considerando que ciertos factores que “impiden el desarrollo del sector de la salud a nivel de la parroquia son: 1. Reducido personal de salud en el centro de salud y unidades médicas. 2. Infraestructura desmejorada. 3. Poca coordinación con los promotores de salud en las comunidades.” (GAD PARROQUIAL SAN GREGORIO, 2016)	El aumento de la población, y, por lo tanto, un incremento en la demanda de atención. Situación que puede acarrear una posible amenaza al ingreso de servicios sustitutos, por lo que es necesario mantener una mejora continua en la atención brindada	El Distrito es el responsable de entregar los recursos necesarios al Centro de Salud de acuerdo con el presupuesto asignado.	Se identificaron falencias en la atención, por este motivo, es de suma importancia implementar mejoras que garanticen una atención adecuada y un seguimiento preciso para con el paciente

3.1.3. Análisis FODA

Es estrictamente necesario establecer una guía que permita una adecuada toma de decisiones en beneficio de la población y del establecimiento de, por lo cual, es primordial realizar un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) del centro de salud, que permita vislumbrar la calidad de los procesos y acciones realizados por parte del personal sanitario.

Figura 2.

Análisis FODA

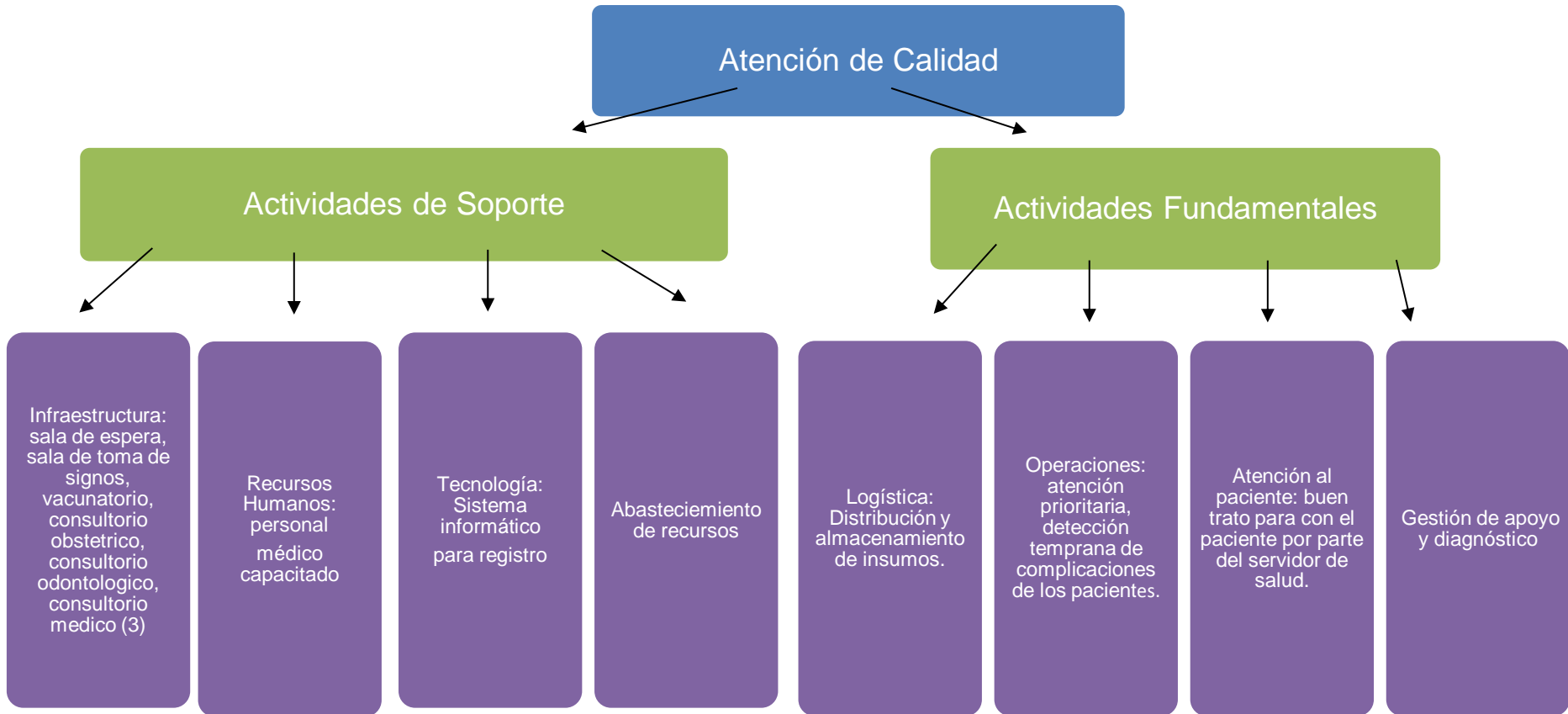


Elaboración propia

3.1.4. Cadena de Valor de la Organización

Figura 3.

Cadena de Valor de la Organización



3.2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

3.2.1. Misión

Proporcionar servicios médicos óptimos, técnicos y oportunos para evitar y disminuir complicaciones causadas por falta de diagnóstico temprano y seguimiento adecuado, actuando según el Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) para asegurar una atención integral e integrada y un tratamiento continuo y de calidad.

3.2.2. Visión

Ser un centro de atención de salud capaz de diagnosticar y detectar precozmente las lesiones de pacientes, brindando un seguimiento adecuado según la más alta calidad y experiencia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.

3.2.3. Valores

Vocación de Servicio: Los profesionales médicos trabajan para brindar una atención óptima a los usuarios.

Inclusión: Atención adecuada a toda la población, preservando y respetando su individualidad y priorizando la atención según las necesidades, garantizando sus derechos individuales y colectivos.

Integridad: El personal puede tomar decisiones adecuadas en función de las necesidades del paciente.

Compromiso y responsabilidad: El personal sanitario está comprometido a brindar asistencia basada en las posibilidades técnicas y realizar las obligaciones asignadas en beneficio del paciente.

Respeto: Se prioriza el trato basado en el respeto, que permita al paciente expresar sus diferencias para resolverlas conforme a la normativa y dentro de los límites de la capacidad resolutoria.

3.2.4. Objetivos Institucionales

- Mejorar la calidad de la atención y prestaciones de salud a la población, cumpliendo políticas públicas de mejoramiento continuo

- Incrementar la eficiencia y eficacia técnico operacional estandarizando los servicios y procesos que permitan mejorar la atención al paciente
- Desarrollar y mejorar la productividad del talento humano por medio de capacitación continua

3.2.5. Principios Éticos

Toda entidad de salud está regida por los principios éticos del Ministerio de Salud Pública, cuyos objetivos son:

Artículo 1.- Objetivo. -

Los objetivos del presente Código de Ética son los siguientes:

- a. Promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as.
- b. Implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud, para alcanzar las metas institucionales.
- c. Propiciar la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y valores éticos en la práctica del servicio público, que posibiliten, en forma progresiva, el mejoramiento continuo de la gestión institucional. (Ministerio de Salud Pública, 2023)

Basados en esta información, todo establecimiento que preste servicios de salud, debe respetar e implementar principios, valores, responsabilidades en relación con la conducta de los servidores públicos, generar una cultura organizacional de transparencia, trabajar con los máximos estándares de compromiso y conciencia, salvaguardar toda información médica y velar por la salud del paciente.

3.2.6. Políticas

Las leyes y normas establecidas en el Ecuador en cuanto a la Salud y los servicios dados a la población, que rigen a nivel nacional, tienen como prioridad garantizar el derecho a la Salud por medio de la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de la Salud. Rigiendo el funcionamiento y principios en la atención de toda entidad que preste servicio de salud. De igual manera el Ministerio de Salud Pública como

órgano rector de la prestación de servicios de salud y el Código Integral Penal determina la normativa ante casos de reclamos por mala atención.

Adicionalmente existen diversas normas técnicas, acuerdos ministeriales y guías prácticas que establecen los protocolos basados en evidencias científicas que son pautas que seguir para satisfacer las necesidades del paciente.

3.3. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO

3.3.1. Gestión General de Dirección

Su principal propósito es llevar a cabo procesos de proyección estratégica, enfocados en la organización de las políticas institucionales, el control de la calidad de atención y las actividades realizadas en el establecimiento de salud, y así monitorear adecuadamente estas actividades y corroborar que se garantice su adecuada implementación, realizando un análisis que permita, de ser necesario, su corrección y por lo consiguiente la mejora continua de éstas.

3.3.1.1. Indicadores de Gestión por Áreas (Proyección A 5 Años)

Entre los indicadores a analizar se tomaron en cuenta:

- 1.- Los protocolos de atención satisfactorios a los pacientes en base al flujograma de atención,
- 2.- El porcentaje de atención a pacientes,
- 3.- el porcentaje de capacitación al personal sanitario, y finalmente,
- 4.- el porcentaje de consultas de seguimiento.

Como se indica en la tabla a continuación:

Tabla 2

Indicadores de gestión por áreas

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta (5 años)
Protocolos de atención satisfactorios para los pacientes con DM II	Tasa	$\frac{\# \text{ protocolos de atención satisfactorios para pacientes con DM II}}{\# \text{ protocolos de atención totales a pacientes DM II}}$	Flujogramas en base a los protocolos de atención para la atención de pacientes con DM II	1
Atención de pacientes con DM II en consulta	Porcentaje	$\frac{\# \text{ de atenciones diarias de pacientes con DM II}}{\# \text{ de atenciones en consulta externa}} * 100$	Historia Clínica	> 95%
Capacitación a los profesionales de la salud	Porcentaje	$\frac{\# \text{ de profesionales en el centro de salud capacitados}}{\# \text{ de profesionales que laboran en el centro de salud}} * 100$	Firmas de registro	> 95% (idealmente 100%)
Consultas de seguimiento a pacientes con DM II que presenten predisposición a lesiones en pies	Porcentaje	$\frac{\# \text{ de consultas de seguimiento diarias}}{\# \text{ de consultas de seguimiento mensuales}} * 100$	Historia Clínica	> 95%

3.3.1.2. *Mejoramiento Continuo de la Calidad*

El proceso de mejora continua de la calidad consiste en la identificación permanente y oportuna de aspectos que resultes susceptibles de mejoramiento y de esta manera establecer ajustes necesarios que resulten en mejores resultados que satisfagan las necesidades de los pacientes por medio de la mejora de los procesos realizados.

En el presente contexto, la buena calidad se la puede evaluar en el ámbito sanitario si posee: “Un alto grado de competencia profesionales; la eficiencia en la utilización de recursos; el riesgo mínimo para los pacientes; la satisfacción de los pacientes; un efecto favorable de la salud” (Racoveanu & Johansen, 1995; Barragán y otros, 2013).

Elementos que solo pueden lograrse según Raciveanu & Johansen (1995) si existe un conocimiento que pueda utilizarse en la estructura de la atención; las aptitudes desplegadas en el suministro de información y en la prestación de servicios de prevención, diagnóstico y rehabilitación; y, los efectos de la atención otorgada.

3.3.1.1.2.1. *Indicadores de Calidad por Áreas (Proyección A 5 Años)*

Tomando en consideración las características presentadas para considerar que se brinda una atención de “buena calidad” los indicadores que se analizaron se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 3*Indicadores de calidad por áreas*

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta (5 años)
Protocolos de manejo para pacientes con DM II	Número	$\frac{\text{protocolos de manejo implementados}}{\text{protocolos de manejo planificados}}$	Protocolos de manejo para pacientes con DM II con predisposición a lesiones en pies	1
Índice de gestión	Porcentaje	$\frac{\# \text{ de gestiones cumplidas}}{\# \text{ de gestiones planificadas}} * 100$	Unidad de Calidad	1
Porcentaje de satisfacción del paciente para con la atención y el personal	Porcentaje	$\frac{\# \text{ de pacientes satisfechos}}{\# \text{ de pacientes atendidos}} * 100$	Gestión de Red	> 95% (idealmente 100%)

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de calidad de áreas de atención

3.3.1.2. Ejecución de Planes de Desarrollo Institucional

3.3.1.2.1 Indicadores de Ejecución por Áreas (Proyección A 5 Años)

Tabla 4

Indicadores de ejecución por áreas

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Tamizaje de pacientes con DM II con predisposición a lesiones en pies	Tasa	$\frac{\text{Tamizaje positivo}}{\text{Total de pacientes atendidos}}$	Unidad de Calidad	< 1
Metas de desarrollo institucional*	Tasa	$\frac{\# \text{ metas cumplidas}}{\# \text{ metas planificadas}}$	Unidad de Calidad	1

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de ejecución por áreas

3.3.1.3. Gestión Administrativa y de Recursos Humanos

Para implementar exitosamente un plan de gestión que permita una atención de calidad, adecuada y que cumpla con todos los parámetros necesarios se requiere de recursos administrativos como humanos adecuados, capacitados y organizados, por este motivo es indispensable manejar una gestión administrativa adecuada.

Realizar una evaluación a esta gestión precisa de ciertos indicadores a tomar en cuenta:

3.3.1.3.1. Indicadores de Gestión Administrativa por Áreas (Proyección A 5 Años)

Tabla 5*Indicadores de gestión administrativa por áreas*

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Proyectos para mejorar los flujos de atención	Número	$\frac{\# \text{ proyectos exitosos}}{\# \text{ proyectos elaborados}}$	Atención al paciente diabético	1
Flujos de atención para el seguimiento a pacientes con DM II con predisposición a lesiones en pies	Número	$\frac{\# \text{ pacientes atendidos}}{\# \text{ pacientes programados para seguimiento}}$	Estadísticas de producción Historia Clínica	1
Pacientes atendidos por profesionales sanitarios capacitados	Porcentaje	$\frac{\# \text{ personal capacitado que da atención al paciente de manera adecuada}}{\# \text{ personal capacitado}} * 100$	Estadísticas de producción Historia Clínica	> 95%
Satisfacción de los pacientes atendidos por los profesionales capacitados	Porcentaje	$\frac{\# \text{ pacientes satisfechos}}{\# \text{ pacientes atendidos}} * 100$	Gestión de Red	> 95%

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de gestión administrativa por áreas

Indicadores de Gestión de Prestación de Servicios (Proyección A 5 Años)

Tabla 6

Indicadores de gestión de prestación de servicios

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Agendamiento de pacientes	Porcentaje	$\frac{\# \text{ pacientes agendados}}{\# \text{ atenciones brindadas a pacientes agendados}} * 100$	Estadística de producción Historia Clínica	> 95%
Demanda de profesionales	Número	$\frac{\# \text{ profesionales disponibles para atención}}{\# \text{ profesionales contratados}}$	Talento Humano	1
Tiempo de atención	Porcentaje	$\frac{\# \text{ tiempo de consulta y fechas de seguimiento cumplidas}}{\# \text{ tiempo de consulta y fechas seguimiento de terminadas por el protocolo}} * 100$	Estadísticas de producción Historia Clínica	> 95%
Atención y trato al paciente	Porcentaje	$\frac{\# \text{ pacientes satisfechos}}{\# \text{ pacientes atendidos}} * 100$	Gestión de Red	> 95%

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de gestión de prestación de servicios

3.3.1.4. Gestión Financiera

Si bien el área financiera depende netamente del distrito y de los presupuestos asignados para la adquisición de recursos. Es necesario considerar la destinación de dicho presupuesto en el Centro de Salud.

3.3.1.4.1. Indicadores de Gestión Financiera por Áreas (Proyección A 5 Años)

Tabla 7

Indicadores de gestión de gestión financiera

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Inversión en infraestructura	Porcentaje	$\frac{\text{Inversión realizada}}{\text{Inversión planificada}} * 100$	Gestión Financiera (Partida presupuestaria) Infraestructura	> 95%
Inversión en contratación de personal	Porcentaje	$\frac{\text{Inversión realizada}}{\text{Inversión planificada}} * 100$	Gestión Financiera Talento Humano	> 95%
Inversión en recursos consumibles	Porcentaje	$\frac{\text{Inversión realizada}}{\text{Inversión planificada}} * 100$	Gestión Financiera (Partida presupuestaria)	> 95%
Inversión en recursos fijos	Porcentaje	$\frac{\text{Inversión realizada}}{\text{Inversión planificada}} * 100$	Gestión Financiera (Partida presupuestaria)	> 95%

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de gestión financiera por áreas

3.3.1.5. *Gestión Operativa, Abastecimiento y Logística*

El área de adquisiciones se encarga de disponer del presupuesto anual asignado para gestionar de manera adecuada las necesidades operativas de cada área, posteriormente los insumos adquiridos son distribuidos en las áreas correspondientes, donde son almacenados y quedan a disposición del personal. Si bien es posible presentar indicadores a evaluar en esta área, los protocolos establecidos por el ente rector deben ser cumplidos de manera tajante, motivo por el cual se considera adecuada la gestión operativa. Si bien el GAD parroquial expresa unos escasos de recursos para la atención y de personal para la atención estos factores pueden deberse al manejo del distrito, sin embargo, al no existir información actualizada no es posible inferir que exista dicha escasez actualmente.

La capacidad operativa y atención se ve directamente afectada por la infraestructura y la disponibilidad del personal, indicadores necesarios en tomar en cuenta, en cuanto el manejo de inventarios es necesario analizar el Porcentaje de pacientes atendidos y los recursos solicitados por el personal para dicha atención basado en los protocolos establecidos para el tamizaje y atención a pacientes con DM II.

3.3.1.6. Capacidad Instalada

El centro de salud dispone de: 6 médicos generales, 2 odontólogos, 3 licenciadas, 1 obstetra, 1 médico familiar

3.3.1.6.1. Indicadores de Adquisición de Medicamentos, Material Quirúrgico e Insumos (Proyección Cinco Años)

Tabla 8

Indicadores de gestión de adquisición de medicamentos, insumos y materiales

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Recursos solicitados para la atención del paciente	Porcentaje	$\frac{\# \text{ insumos solicitados para la atención del paciente}}{\# \text{ insumos necesarios para la atención del paciente}} * 100$	Bodega Inventario Historia Clínica	100%
Inversión en insumos	Porcentaje	$\frac{\text{Inversión realizada}}{\text{Inversión planificada}} * 100$	Gestión Financiera Bodega Inventario	1
Distribución de insumos a áreas de atención	Porcentaje	$\frac{\text{Insumos entregados en área de atención}}{\text{Insumos solicitados por área de atención}} * 100$	Bodega Inventario	1

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de gestión de adquisición de medicamentos, insumos y materiales

3.3.1.7. Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones

3.3.1.7.1. Indicadores de Gestión de Registros de la Información (Proyección Cinco Años)

Tabla 9

Indicadores de gestión de registros de la información

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Disponibilidad del sistema	Porcentaje	$\frac{\# \text{ días con sistema operativo}}{\# \text{ días laborados}} * 100$	Estadística	100%
Mantenimiento de equipos y recursos tecnológicos	Porcentaje	$\frac{\# \text{ Mantenimiento realizado}}{\# \text{ mantenimiento programado}} * 100$	Área Informática Unidad de Calidad	100%
Requerimientos atendidos	Porcentaje	$\frac{\# \text{ Requerimientos atendidos}}{\# \text{ requerimientos programados}} * 100$	Unidad de Calidad	100%

Nota. Esta tabla muestra los indicadores de gestión de registros de información

3.3.1.8. Gestión de los Servicios de Clínica y/u Hospitalización

3.3.1.8.1. Indicadores de Gestión Clínica y Hospitalaria por Áreas de Atención (Proyección Cinco Años)

Tabla 10

Indicadores de gestión clínica

Indicador	Unidad de medida	Fórmula del indicador	Medio de verificación	Meta
Atención a pacientes con sospecha diagnóstica de DM II	Porcentaje	$\frac{\# \text{pacientes con sospecha diagnóstica de DM II atendidos}}{\# \text{pacientes con sospecha diagnóstica de DM II agendados}} * 100$	Historia clínica Estadística	>95%
Seguimiento a pacientes diagnosticados con DM II	Porcentaje	$\frac{\# \text{consultas de seguimiento a pacientes con diagnóstico DM II}}{\# \text{pacientes con diagnóstico DM II confirmados}} * 100$	Historia clínica Estadística	>95%
Atención a pacientes con DM II y predisposición a presentar lesiones en pies	Porcentaje	$\frac{\# \text{pacientes DM II con lesiones en pie confirmados y atendidos}}{\# \text{pacientes DM II con sospechas de lesiones en pie}} * 100$	Historia clínica Estadística	>95%
Seguimiento a pacientes con DM II y predisposición a presentar lesiones en pies	Porcentaje	$\frac{\# \text{consultas de seguimiento a pacientes con diagnóstico DM II}}{\# \text{pacientes DM II con predisposición a lesiones en pie}} * 100$	Historia clínica Estadística	>95%

4. CAPÍTULO IV

Evaluación E Implementación Integral De Gestión Gerencial

4.1. Limitaciones y/o Restricciones En La Gestión Gerencial

Las limitaciones para la implementación del plan de gestión que deben ser tomadas en cuenta son:

4.1.1. Limitaciones de tiempo

Las limitaciones de tiempo pueden deberse a los tiempos específicos para el cumplimiento, desarrollo y aplicación del plan de gestión, como tal, este debe ser aprobado por instancias superiores (Administración Técnica del Centro de salud y Coordinación Zonal), lo que puede representar una demora importante en su ejecución.

4.1.2. Limitaciones de alcance

La poca disponibilidad de profesionales, según lo expresado por el GAD, puede entenderse como una limitación importante, disminuyendo el alcance de la atención del centro de salud.

4.1.3. Limitaciones de coste

La implementación del plan de gestión requiere de recursos humanos y materiales, dependiendo de la demandad de valoraciones, exámenes complementarios e insumos.

4.2. Conclusiones y Recomendaciones

4.2.1. Conclusiones

Es posible realizar un plan de gestión adecuado en el centro de salud, debido a que este cuenta con los profesionales para realizar lo propuesto en el plan de gestión e implementar diagnósticos preventivos tempranos y dar seguimiento adecuado a los pacientes.

Es posible crear una política de manejo, tratamiento y seguimiento de pacientes DM II para prevenir las lesiones en pies y sus consecuencias posteriores, útil como método de prevención.

4.2.2. Recomendaciones

Se recomienda realizar un análisis continuo post implementación del plan de gestión enfocados en la mejora continua del manejo del paciente.

Se recomienda mantener programado un mantenimiento y revisión continua de los protocolos implementados y del sistema informático para disminuir las posibles fallas que puedan presentarse.

Se recomienda realizar capacitaciones a los profesionales existentes, y de ser necesario, realizar contrataciones que permitan mermar la carga del profesional y mejorar la atención al paciente y la comunidad.

Referencias Bibliográficas

Ávila, V., y Yáñez, D. (2022). *Costo de la Discapacidad en el Ecuador*. Quito-Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social.

Barragán, J., Pedraza, Y., y Rincón, M. (16 de mayo de 2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011*. Scielo.org: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a04.pdf>

Berger, J., y Newman, J. (2023). *Overview of peripheral artery disease in patients with diabetes mellitus*. UpToDate: https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/overview-of-peripheral-artery-disease-in-patients-with-diabetes-mellitus?search=Overview%20of%20Peripheral%20Artery%20Disease%20in%20Patients%20with%20Diabetes%20Mellitus%20&source=search_res

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (30 de Diciembre de 2022). *Diabetes*. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetic-ketoacidosis.html>

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2023). *Estadísticas de Discapacidad*. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Asamblea Nacional.

Deborah J. Wexler, M. M. (2023). *Evaluation of the diabetic foot*. UpToDate.

EcuRed. (2023). *Muisne*. EcuRed: https://www.ecured.cu/Cantón_Muisne_%28Ecuador%29#Ubicaci.C3.B3n

Eva L Feldman, M. P. (2023). *Epidemiology and classification of diabetic neuropathy*. UpToDate.

Feldman, E. (2023). *Epidemiology and classification of diabetic neuropathy*. UpToDate: <https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/epidemiology-and-classification-of-diabetic-neuropathy?search=Epidemiology%20and%20classification%20of%20diabetic%2>

Oneuropathy.%20UpToDate.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type

GAD PARROQUIAL SAN GREGORIO. (2016). *GAD PARROQUIAL SAN GREGORIO. SALUD*: <http://www.gadsangregorio.gob.ec/>

Herrera, M., Mora, E., Solís, C., Iglesias, J., Acosta, W., Naranjo, G., . . . Bósquez, R. (2017). *Diabetes Mellitus Tipo 2*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Población y Demografía*. INEC: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>

Internacional Diabetes Federation. (2023). *Nuevas estimaciones indican que más de 1.300 millones de personas podrían padecer diabetes en 2050*. Federación Internacional de Diabetes: <https://idf.org/es/news/gbd-estimates-2021/>

Inzucchi, E. S., y Lupsa, B. (2023). *Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults*. UpToDate: <https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=Clinical%20presentation,%20diagnosis,%20and%20initial%20evaluation%20of%20diabetes%20mellitus%20in>

Ley Orgánica de la Salud. (2015). *Ley Orgánica de la Salud*. Asamblea Nacional.

Machado, J. (14 de 11 de 2019). La diabetes ya es la segunda causa de muerte en Ecuador. *Primicias*.

Manchado, J. (2019). *La diabetes se consolida como la segunda causa de muerte en el Ecuador*. Primicias EC: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/diabetes-muerte-enfermedades/>

Martinez, L., Almaraz, M., Alvarez, A., Blanes, M., Escudero, J., Garcia, E., . . . Rubio, J. (2020). *Consensus document on actions to prevent and to improve the management of diabetic food in Spain*. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*: <https://doi.org/10.1016/J.ENDIEN.2020.08.016>

Ministerio de Salud Pública . (2020). *Estructura Organizacional por Procesos*.

- Ministerio de Salud Pública. (2022). *ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diabetes Mellitus tipo 2 Guía de Práctica clínica*. Quito-Ecuador: Dirección Nacional de Normatización MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *MSP implementa unidades de atención integral para el pie diabético*. MSP: <https://www.salud.gob.ec/msp-implementa-unidades-de-atencion-integral-para-el-pie-diabetico-en-10-hospitales/>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Código de Ética*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2023). *Plataforma de Registro de Atención de Salud*. Esmeraldas.
- Niño, V. (2021). *Metodología de la investigación*.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Diabetes*. OPS|OMS: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Plataforma de Registro de Atención de Salud. (2023). *Plataforma de Registro de Atención de Salud*. <https://sgrdaca-amed.msp.gob.ec/>
- Racoveanu, N. T., y Johansen, K. S. (1995). Calidad de la Atención. *Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria* (pp. 158-165). Foro Mundial Salud .
- Silvio E Inzucchi, M. L. (2023). *Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults*. UpToDate.
- Tirado, R., y Fernández, A. T. (2014). *Guía de práctica clínica en el pie diabético*. MedPub Journals: <https://doi.org/10.3823/1211>
- Vision Administrativa. (2023). *Indicadores de Gestión como elaborarlos*. visionadministrativa.info: <https://www.visionadministrativa.info/biblioteca/control/indicadores/indicadores2.pdf>

Wexler, D. (2023). *Evaluation of the diabetic food*. UpToDate: [https://www-uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/evaluation-of-the-diabetic-foot?search=Evaluation%20of%20the%20diabetic%20foot&source=search_result&selectedTitle=1~120&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate-com.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/contents/evaluation-of-the-diabetic-foot?search=Evaluation%20of%20the%20diabetic%20foot&source=search_result&selectedTitle=1~120&usage_type=default&display_rank=1)

ANEXOS

Anexo A . Matriz de Evaluación de Alternativas de Solución

<p align="center"> UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS ESCUELA DE NEGOCIOS MAESTRÍA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD Plan de Gestión Gerencial para la detección temprana de lesiones en pies de pacientes con diabetes mellitus tipo II en el Centro de Salud San Gregorio MATRIZ DE EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN </p>					
PROBLEMA	CAUSA	EFFECTO	DESAFÍOS	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	UNIDAD DE GESTIÓN RESPONSABLE
Falta de tamizaje de heridas en pies en pacientes diabéticos	Desconocimiento de la importancia del tamizaje del pie diabético	Lesiones en pies sin diagnóstico y tratamiento oportuno	Capacitar al personal del Centro de Salud	Crear un check list para la detección temprana de lesiones en pies en diabéticos	Consulta Externa del Centro de Salud
Falta de transferencia oportuna a segundo nivel de atención a pacientes con lesiones extensas	Desconocimiento de las pautas para referir a un paciente diabético con lesiones en pies	Lesiones en pies sin diagnóstico y tratamiento oportuno	Capacitar al personal del Centro de Salud	Interconsultar con el médico familiar quien buscará identificar factores de riesgo y condiciones clínicas que requieran referencia a una institución de mayor nivel de complejidad.	Médico Familiar

Aumento en la demanda de consultas con cirugía vascular	Saturación de la consulta externa de cirugía vascular	Dificultad en la generación de citas oportunas para atención en cirugía vascular	Disminuir las complicaciones que lleven a la referencia a cirugía vascular	Capacitar al personal sobre el manejo de lesiones simples en pacientes diabéticos y criterios de referencia	Médicos Rurales y Médico Familiar
Aumento de infecciones relacionadas con heridas en pacientes diabéticos	Incremento de morbi-mortalidad en pacientes diabéticos	Disminución de la calidad de vida del paciente y aumento en ingresos hospitalarios	Detección temprana de lesiones, manejo adecuado y seguimiento	Planificación de seguimiento continuo de pacientes con diabetes descompensada	Médicos del Centro de Salud liderado por Médico Familiar
Amputación de dedos o pies en pacientes diabéticos	Falta de manejo oportuno de lesiones simples	Discapacidad a largo plazo	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Médicos del Centro de Salud y personal de Cirugía Vascular del Hospital Delfina Torres de Concha

Elaboración propia

Anexo B. Guía Observacional y Check List

PRIMERA CONSULTA			
	Satisfactorio	No satisfactorio	Observaciones
Toma de Signos Vitales			
Diagnóstico del estado nutricional y perímetro de cintura			
Examen Clínico de los pies: inspección (trastornos en la hidratación, callosidades, lesiones, signos de infección); Palpación de pulsos periféricos (pedio, tibial posterior, poplíteo, femoral); Valoración de sensibilidad [utilizando un diapasón de 128Hz y un monofilamento de 10 gramos, reflejos (aquíleo, rotuliano).			
Correlación del examen clínico con la clasificación de Meggit-Wagner (medición de riesgo de pie diabético)			
Evaluación de la funcionalidad del adulto mayor (Índice de Barthel)			
Realizar exámenes complementarios: Glucemia en ayunas; HbA1c; Elemental y microscópico de orina; Ácido úrico; Biometría hemática; - Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL y cálculo del LDL y VLDL); Creatinina plasmática y cálculo de aclaramiento de creatinina; Tirotropina (TSH); Aspartato aminotransferasa (AST/TGO) y Alanina aminotransferasa (ALT/TGP); Electrocardiograma informado; Fondo de ojo.			
Manejo interdisciplinario (Valorado por Medico General, Internista, Familiar; Oftalmólogo; Nutricionista; Odontólogo y Psicólogo)			

Educación del paciente y grupo de apoyo			
SEGUNDA CONSULTA			
	Satisfactorio	No satisfactorio	Observaciones
Tiempo transcurrido desde la consulta anterior (recomendación un (1) mes)			
Toma de Signos Vitales y glicemia capilar			
Diagnóstico del estado nutricional y perímetro de cintura			
Examen Clínico de los pies: inspección (trastornos en la hidratación, callosidades, lesiones, signos de infección); Palpación de pulsos periféricos (pedio, tibial posterior, poplíteo, femoral); Valoración de sensibilidad [utilizando un diapasón de 128Hz y un monofilamento de 10 gramos, reflejos (aquileo, rotuliano). *			
Valoración de exámenes complementarios			
Valoración de riesgo cardiovascular (UKPDS)			
Educación del paciente y grupo de apoyo			
Nota: * En caso de observar complicaciones en el paciente			
TERCERA CONSULTA Y SEGUIMIENTO			
	Satisfactorio	No satisfactorio	Observaciones
Tiempo transcurrido desde la consulta anterior (recomendación tres (3) meses)			
Toma de Signos Vitales			
Diagnóstico del estado nutricional y perímetro de cintura			
Examen Clínico de los pies: inspección (trastornos en la hidratación, callosidades, lesiones, signos de infección); Palpación de pulsos periféricos (pedio, tibial posterior, poplíteo, femoral);			

Valoración de sensibilidad [utilizando un diapasón de 128Hz y un monofilamento de 10 gramos, reflejos (aquíleo, rotuliano).			
Correlación del examen clínico con la clasificación de Meggit-Wagner (medición de riesgo de pie diabético)			
Evaluación de la funcionalidad del adulto mayor (Índice de Barthel)			
Realizar exámenes complementarios: Glucemia en ayunas; HbA1c; Elemental y microscópico de orina; Ácido úrico; Biometría hemática; - Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL y cálculo del LDL y VLDL); Creatinina plasmática y cálculo de aclaramiento de creatinina; Tirotropina (TSH); Aspartato aminotransferasa (AST/TGO) y Alanina aminotransferasa (ALT/TGP); Electrocardiograma informado; Fondo de ojo. (Otros exámenes según la clínica del paciente)			

Elaboración propia