



Modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Brayan José Vargas Lucio

México-Marzo, 2026

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Vargas-Lucio, Brayan (2026). *Modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026*. [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX]



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría.

No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen.

La insuficiencia cardíaca descompensada constituye de las principales causas de hospitalización y mortalidad cardiovascular, generando una elevada carga asistencial para los sistemas de salud. En hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se identifican limitaciones en la organización del manejo hospitalario de estos pacientes, caracterizadas por variabilidad en los procesos de evaluación clínica, limitada coordinación entre servicios y debilidades en la continuidad del cuidado. La investigación tuvo como objetivo proponer un modelo de gestión hospitalaria para optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada durante el período 2025–2026. Se planteó como hipótesis que la implementación de un modelo de gestión hospitalaria permite mejorar la oportunidad del diagnóstico y tratamiento en estos pacientes. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo y transversal, mediante un estudio de caso en un hospital de segundo nivel. Se aplicaron encuestas a 12 profesionales de salud y 60 pacientes, complementadas con análisis documental de registros hospitalarios. Los resultados evidenciaron heterogeneidad en la aplicación de procesos asistenciales, dificultades en la articulación interservicios, debilidades en la estandarización del cuidado, insuficiente capacitación del personal y limitada integración tecnológica. Asimismo, desde la perspectiva de los pacientes se identificaron demoras en la atención inicial, deficiencias en la educación para el autocuidado y escasa programación del seguimiento posterior al alta. Con base en estos hallazgos se elaboró un modelo de gestión hospitalaria estructurado en componentes orientados a mejorar la coordinación asistencial, estandarizar procesos clínicos y fortalecer la continuidad del cuidado.

Palabras clave: *insuficiencia cardíaca descompensada, gestión hospitalaria, procesos asistenciales, continuidad del cuidado, atención hospitalaria.*

Abstract.

Decompensated heart failure is one of the leading causes of hospitalization and cardiovascular mortality, generating a high care burden for health systems. In second-level hospitals of the Ministry of Public Health of Ecuador, limitations have been identified in the organization of the hospital management of these patients, characterized by variability in clinical evaluation processes, limited coordination between services, and weaknesses in continuity of care. The objective of this research was to propose a hospital management model to optimize the timely management of decompensated heart failure during the 2025–2026 period. The hypothesis proposed that the implementation of a hospital management model improves the timeliness of diagnosis and treatment in these patients. The study was conducted under a quantitative approach, with a non-experimental, descriptive, and cross-sectional design, through a case study in a second-level hospital. Surveys were applied to 12 healthcare professionals and 60 patients, complemented by documentary analysis of hospital records. The results showed heterogeneity in the application of care processes, difficulties in interservice coordination, weaknesses in the standardization of care, insufficient staff training, and limited technological integration. Likewise, from the patients' perspective, delays in initial medical care, deficiencies in education for self-care, and limited scheduling of post-discharge follow-up were identified. Based on these findings, a hospital management model was developed, structured into components aimed at improving care coordination, standardizing clinical processes, and strengthening continuity of care.

Keywords: *decompensated heart failure, hospital management, care processes, continuity of care, hospital care.*

Agradecimientos.

Agradezco, en primer lugar, a Dios por la fortaleza, la constancia y la claridad necesarias para culminar este proceso académico, especialmente en los momentos de mayor exigencia.

A los docentes y tutores de la maestría, por su guía académica, rigor metodológico y compromiso con la formación profesional, que fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al personal de salud de los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por su disposición y aporte de experiencia, que permitieron contextualizar el análisis del modelo de gestión propuesto.

A mi familia, amigos y a las personas que me acompañaron durante este proceso, por su apoyo permanente, comprensión y motivación, elementos clave para alcanzar este objetivo académico.

Dedicatorias.

Dedico este trabajo a mi familia, por ser mi principal fuente de apoyo, inspiración y fortaleza a lo largo de mi formación personal y profesional.

Asimismo, dedico esta investigación a los pacientes que viven con insuficiencia cardíaca, cuya realidad diaria motiva la búsqueda permanente de modelos de atención más oportunos, eficientes y humanizados dentro del sistema de salud.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	10
Capítulo 1. Proyección de la investigación.....	13
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio	13
1.2. Planteamiento del problema	13
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación)	16
1.4. Justificación.....	16
1.7. Objetivos	18
1.7.1. Objetivo General	18
1.7.2. Objetivos específicos	18
1.8. Hipótesis.....	18
1.9. Alcance temático.	18
1.10. Delimitación Espacial y Temporal	19
Capítulo 2. Fundamentos Teóricos Referenciales	21
2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).....	21
2.2. Marco Teórico.	25
2.3. Marco Conceptual.....	34
2.4. Marco Contextual	45
2.5. Marco Legal y Normativo.....	48
Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación	52
2.6. Cuadro Operacionalización de variables	54
2.7. Diseño metodológico.	56
2.7.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis	56
2.7.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos... ..	57
2.7.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos	60
2.7.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.....	62
2.8. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).....	63
2.8.1. Aplicación de los instrumentos.....	65
2.8.2. Procesamiento de la información	65
2.9. Análisis de los resultados en los datos obtenidos	66
2.10. Redacción de resultados y discusión	72
Capítulo 4. Propuesta de transformación.....	80
3.1. Fundamentación de propuesta de transformación	80
3.2. Estructura de la propuesta de transformación	82
3.3. Valoración / evaluación / validación de la propuesta de transformación.....	86
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS.....	100

Índice de figuras.

Ilustración 1. Flujo operativo del modelo.....	84
---	----

Índice de tablas.

Tabla 1. <i>Cumplimiento de procesos asistenciales</i>	66
Tabla 2. <i>Colaboración con otros departamentos</i>	67
Tabla 3. <i>Estandarización y organización del cuidado</i>	68
Tabla 4. <i>Capacitación reciente en insuficiencia cardíaca</i>	69
Tabla 5. <i>Uso de sistemas electrónicos clínicos</i>	69
Tabla 6. <i>Oportunidad asistencial</i>	70
Tabla 7. <i>Programación del control post-alta</i>	71
Tabla 8. <i>Educación al paciente</i>	71
Tabla 9. <i>Adherencia y hábitos de vida</i>	72
Tabla 11. <i>Plan de intervención para la implementación del modelo</i>	84
Tabla 12. <i>Presupuesto estimado para la implementación del modelo de gestión</i>	85
Tabla 13. <i>Cronograma integrado de implementación del modelo</i>	86
Tabla 14. <i>Indicadores de evaluación del modelo de gestión para la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada</i>	88

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, alta tasa de hospitalizaciones recurrentes y significativo impacto en la mortalidad y en los costos de los sistemas sanitarios. Se estima que más de 64 millones de personas viven con esta condición en el mundo, y que su carga continuará en aumento como consecuencia del envejecimiento poblacional y de la mayor supervivencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares (Virani et al., 2023). En países de ingresos medios como Ecuador, la insuficiencia cardíaca representa una causa frecuente de consulta en los servicios de emergencia y hospitalización, particularmente en hospitales de segundo nivel, donde se concentran los episodios de descompensación aguda.

La insuficiencia cardíaca descompensada se asocia a un alto riesgo de mortalidad intrahospitalaria y post-alta, así como a reingresos tempranos que reflejan deficiencias en la continuidad del cuidado y en la optimización terapéutica durante la hospitalización. La evidencia científica ha demostrado que una evaluación clínica estructurada, decisiones terapéuticas tempranas y un seguimiento intrahospitalario con objetivos definidos son determinantes para mejorar el pronóstico y reducir eventos adversos (McDonagh et al., 2021; Heidenreich et al., 2022). En este contexto, las guías clínicas internacionales y regionales coinciden en que la oportunidad del manejo es tan relevante como la selección del tratamiento farmacológico.

En América Latina, diversos estudios han señalado que los retrasos en la toma de decisiones, la fragmentación de los procesos asistenciales y la falta de coordinación entre servicios contribuyen a una atención subóptima de la insuficiencia cardíaca descompensada. Estas brechas se manifiestan en demoras en la estratificación de gravedad, variabilidad en el inicio de terapias basadas en evidencia y deficiencias en la planificación del alta, lo que incrementa el riesgo de rehospitalización y mortalidad temprana (Rojas-Hernández et al., 2020). En Ecuador, aunque el Ministerio de Salud Pública (MSP) dispone de lineamientos y guías para el manejo de la insuficiencia

cardíaca, su aplicación en los hospitales de segundo nivel es heterogénea y depende en gran medida de prácticas locales no estandarizadas (MSP, 2022).

Desde el punto de vista organizacional, el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ecuador propone una atención centrada en la persona, continua y coordinada entre niveles asistenciales; sin embargo, en la práctica persisten dificultades para integrar los procesos clínicos, administrativos y de gestión del tiempo en patologías crónicas complejas como la insuficiencia cardíaca (MSP, 2012). La ausencia de flujos operativos claros, responsabilidades definidas y mecanismos sistemáticos de seguimiento limita la capacidad de los hospitales de segundo nivel para responder de manera eficiente a los episodios de descompensación aguda.

El problema que aborda esta investigación radica en que, en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada suele desarrollarse sin un modelo de gestión hospitalaria integral que articule de forma estructurada la evaluación inicial, la toma de decisiones terapéuticas, el seguimiento intrahospitalario y la transición al alta. Esta fragmentación del proceso asistencial favorece retrasos evitables, variabilidad clínica y dificultades en la continuidad del cuidado, con impacto directo en los resultados clínicos y en la eficiencia del sistema de salud.

Frente a esta problemática, el presente estudio tiene como objetivo general proponer lineamientos para un modelo de gestión hospitalaria que optimice el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del MSP del Ecuador durante el período 2025–2026. Para ello, se plantea caracterizar el marco conceptual y regulatorio que orienta la gestión hospitalaria de esta patología, examinar la organización de los procesos asistenciales y administrativos involucrados, e integrar estos elementos en un modelo que fortalezca la coordinación entre los servicios de emergencia, hospitalización, cardiología y equipos de apoyo.

La hipótesis que orienta la investigación sostiene que la implementación de un modelo de gestión hospitalaria estructurado, basado en flujos asistenciales definidos y alineado con las guías clínicas vigentes, permitiría mejorar la oportunidad del tratamiento, reducir

la variabilidad en la atención y favorecer mejores resultados clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada atendidos en hospitales de segundo nivel del MSP.

El trabajo se organiza en cuatro capítulos. El Capítulo 1 presenta la proyección de la investigación. El Capítulo 2 desarrolla el marco teórico referencial, incluyendo la evidencia científica y las guías clínicas relevantes. El Capítulo 3 describe la metodología empleada y los resultados de la investigación. El Capítulo 4 presenta la propuesta de transformación, que integra los hallazgos del estudio en un modelo de gestión hospitalaria orientado al manejo oportuno y eficiente de la insuficiencia cardíaca descompensada.

Capítulo 1. Proyección de la investigación.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

La presente propuesta de investigación se adscribe a la línea “Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales”, en tanto se orienta al diseño de un modelo de gestión hospitalaria enfocado en la optimización de procesos asistenciales críticos. Esta línea resulta pertinente al abordar la planificación estratégica, la reorganización de flujos de atención y la toma de decisiones orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud, particularmente en patologías de alta carga hospitalaria.

En concordancia con los postulados de la línea, el estudio se centra en un modelo de atención centrado en el paciente, con énfasis en la oportunidad del manejo clínico, la articulación de los equipos de salud y la reducción de brechas organizativas que afectan la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada, una condición que demanda respuestas hospitalarias oportunas, coordinadas y eficientes.

1.2. Planteamiento del problema.

La insuficiencia cardíaca constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia, alta tasa de hospitalización y considerable impacto en la mortalidad cardiovascular. En las últimas décadas se ha observado un incremento sostenido en el número de pacientes que requieren hospitalización por episodios de descompensación, situación que genera una importante carga para los sistemas de salud y exige estrategias organizacionales que permitan optimizar su manejo clínico. Diversos estudios recientes señalan que la insuficiencia cardíaca continúa siendo una de las principales causas de ingreso hospitalario en adultos mayores y pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas (Heidenreich & Sandhu, 2024).

En este contexto, la literatura científica reciente ha resaltado la importancia de mejorar los procesos hospitalarios asociados al diagnóstico temprano y al manejo integral de estos pacientes. A pesar de los avances terapéuticos y farmacológicos disponibles,

persisten dificultades relacionadas con la identificación temprana de la descompensación y la implementación oportuna de tratamientos basados en evidencia, lo que contribuye a mantener altas tasas de hospitalización y mortalidad asociadas a esta enfermedad (Heidenreich & Sandhu, 2024).

De manera complementaria, diversos estudios han demostrado que la organización de la atención hospitalaria y la coordinación entre los equipos de salud desempeñan un papel fundamental en el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca. En este sentido, Ahmed et al. (2024) señalan que los modelos de atención multidisciplinaria que integran la participación de médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud permiten mejorar los resultados clínicos, reducir las complicaciones y disminuir la frecuencia de reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Asimismo, investigaciones recientes orientadas a la gestión clínica de esta enfermedad han evidenciado que los programas estructurados de atención multidisciplinaria pueden contribuir significativamente a mejorar los indicadores de calidad asistencial. Sousa et al. (2023) evaluaron la implementación de un programa hospitalario integral para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca y observaron mejoras en la coordinación del proceso de atención, así como una reducción en las rehospitalizaciones, lo que evidencia el impacto positivo que puede tener la organización adecuada de los servicios de salud.

Por otra parte, las rehospitalizaciones por insuficiencia cardíaca continúan representando un desafío relevante para los sistemas sanitarios a nivel global. Diversos estudios han señalado que una proporción importante de pacientes hospitalizados por descompensación cardíaca presenta nuevos episodios de hospitalización en los meses posteriores al alta, lo que refleja la necesidad de fortalecer los procesos asistenciales durante la atención hospitalaria y mejorar la continuidad del cuidado (Baris & Tabit, 2025).

En este mismo sentido, los consensos clínicos recientes sobre el manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca destacan la importancia de contar con protocolos claros que orienten la evaluación diagnóstica, la estratificación del riesgo y el inicio oportuno del

tratamiento durante el ingreso hospitalario. La implementación de estrategias organizacionales que permitan estandarizar la atención contribuye a mejorar la calidad del cuidado y optimizar los resultados clínicos en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (Fernández-Rodríguez et al., 2023).

En el contexto del sistema público de salud ecuatoriano, particularmente en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública, se identifican diversas problemáticas relacionadas con el manejo hospitalario de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Entre ellas se destacan la variabilidad en los procesos de evaluación clínica en los servicios de emergencia, la ausencia de protocolos estandarizados para la estratificación temprana del riesgo, la limitada coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios y la falta de mecanismos estructurados para el seguimiento clínico durante la hospitalización.

En la práctica asistencial cotidiana, muchos pacientes ingresan a los servicios de emergencia con manifestaciones clínicas como disnea, edema periférico o deterioro de la capacidad funcional, sin que exista una evaluación sistematizada de la descompensación ni una integración adecuada de antecedentes clínicos, factores precipitantes, adherencia al tratamiento o determinantes sociales que influyen en la evolución de la enfermedad. En consecuencia, el manejo inicial suele centrarse principalmente en la estabilización clínica inmediata, sin un enfoque integral que permita optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

A estas limitaciones clínicas se suman dificultades organizacionales dentro de los hospitales, tales como la fragmentación entre los servicios de emergencia, hospitalización, cardiología, enfermería y trabajo social, así como la ausencia de procesos claramente definidos que orienten la toma de decisiones clínicas y la continuidad del cuidado. Esta situación limita la implementación de estrategias integrales orientadas a mejorar la atención hospitalaria y reducir las complicaciones asociadas a la insuficiencia cardíaca descompensada.

En este contexto, la situación problemática radica en que la ausencia de un modelo de gestión hospitalaria estructurado para el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca

descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador puede contribuir a retrasos en el diagnóstico, variabilidad en las decisiones terapéuticas y mayores tasas de hospitalización y reingreso, lo que evidencia la necesidad de desarrollar estrategias organizacionales que optimicen la atención de estos pacientes.

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).

¿Cómo contribuir a la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026?

1.4. Justificación.

La insuficiencia cardíaca descompensada constituye una de las principales causas de hospitalización y reingreso en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, generando una alta carga asistencial y consumo de recursos. A pesar de la disponibilidad de guías clínicas nacionales e internacionales, persisten dificultades en la aplicación oportuna y homogénea del tratamiento, relacionadas principalmente con la organización de los procesos asistenciales y la coordinación entre los distintos servicios hospitalarios. En este contexto, resulta necesario abordar la problemática desde una perspectiva de gestión hospitalaria que complemente el enfoque clínico tradicional.

Desde el plano teórico, la investigación aporta al campo de la gestión en salud al integrar principios de atención por procesos, gobernanza clínica y estandarización de flujos asistenciales aplicados a la insuficiencia cardíaca descompensada. El modelo propuesto permite comprender cómo la estructuración del flujo operativo, la toma de decisiones tempranas y el seguimiento clínico sistemático influyen en la oportunidad del manejo y en los resultados del paciente.

En términos metodológicos y prácticos, el estudio propone un modelo de gestión hospitalaria orientado a fortalecer la articulación entre los servicios de emergencia, hospitalización, cardiología y equipos de apoyo, mediante lineamientos operativos claros

y alineados con la evidencia vigente. Su implementación busca reducir retrasos evitables, disminuir la variabilidad clínica y optimizar el uso de los recursos disponibles, contribuyendo a una atención más eficiente y continua.

Finalmente, desde una perspectiva social y sanitaria, la aplicación de este modelo tiene el potencial de mejorar la calidad de la atención y los desenlaces clínicos de los pacientes, reducir reingresos hospitalarios y favorecer una transición segura al seguimiento ambulatorio. De esta manera, la investigación contribuye al fortalecimiento del sistema público de salud y a la sostenibilidad de la atención cardiovascular en el país.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de la presente investigación es la gestión hospitalaria orientada al manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Este objeto de estudio comprende el análisis de los procesos asistenciales, organizacionales y clínicos que intervienen en la atención hospitalaria de estos pacientes, incluyendo la evaluación diagnóstica inicial, la toma de decisiones terapéuticas, la coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios y la continuidad del cuidado durante la hospitalización. Asimismo, considera los factores institucionales y estructurales que influyen en la oportunidad y calidad de la atención brindada, con el propósito de identificar oportunidades de mejora en la organización de los servicios de salud.

1.6. Campo de acción.

El campo de acción de la investigación se enfoca en la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada mediante el diseño e implementación de un modelo de gestión hospitalaria en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador durante el período 2025–2026. En este sentido, la investigación aborda específicamente la organización de los procesos de atención hospitalaria, la estandarización de protocolos clínicos para el diagnóstico y tratamiento oportuno, la articulación del trabajo multidisciplinario entre los diferentes servicios

asistenciales y el fortalecimiento de estrategias orientadas a mejorar la calidad del cuidado, reducir las complicaciones y disminuir los reingresos hospitalarios asociados a esta patología.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

Proponer un modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Determinar el marco teórico-conceptual y regulatorio que orienta la gestión hospitalaria de la insuficiencia cardíaca descompensada en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Caracterizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en relación a la organización de los procesos asistenciales y administrativos involucrados en la atención hospitalaria de pacientes en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Elaborar un modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.8. Hipótesis.

Un modelo de gestión hospitalaria optimiza el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.

1.9. Alcance temático.

La presente investigación se orienta al análisis de los procesos de gestión hospitalaria relacionados con el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en

hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. En este sentido, el estudio aborda aspectos vinculados con la organización de los servicios hospitalarios, la coordinación interprofesional entre los distintos actores del equipo de salud y los procesos de toma de decisiones clínicas durante la atención de pacientes hospitalizados por descompensación cardíaca.

El análisis se centra en la identificación de los factores organizacionales y asistenciales que influyen en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de esta patología, con el propósito de fundamentar la elaboración de un modelo de gestión hospitalaria orientado a optimizar la atención de estos pacientes.

La investigación no contempla el análisis del seguimiento terapéutico a largo plazo posterior al alta hospitalaria ni la evaluación de resultados relacionados con tratamientos farmacológicos específicos, dado que su enfoque principal se orienta a los procesos de gestión hospitalaria y organización de la atención durante la hospitalización.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

El estudio se desarrollará en un hospital de segundo nivel perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Por razones de confidencialidad institucional y con el fin de preservar la integridad del proceso investigativo, la identidad del establecimiento de salud no será revelada en el presente estudio.

La población objeto de estudio estará conformada por personal sanitario involucrado directamente en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, incluyendo profesionales médicos, personal de enfermería y otros actores del equipo multidisciplinario, así como por pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada.

La recolección de información se llevará a cabo durante el período comprendido entre el 17 y el 28 de noviembre del año 2025. Posteriormente, con base en los resultados obtenidos del análisis de los procesos asistenciales y organizacionales, se elaborará una propuesta de modelo de gestión hospitalaria orientada a optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada.

Dicha propuesta será presentada a la institución participante para su consideración, quedando su eventual implementación sujeta a las decisiones administrativas y a la disponibilidad de recursos del establecimiento de salud.

Capítulo 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.

El presente capítulo expone los fundamentos teóricos, conceptuales y normativos que sustentan la investigación. En primer lugar, se revisan los principales enfoques relacionados con la gestión hospitalaria en los sistemas de salud, destacando aquellos elementos que influyen en la organización de los procesos asistenciales y en la toma de decisiones clínicas dentro del ámbito hospitalario. Posteriormente, se abordan los aspectos clínicos y epidemiológicos de la insuficiencia cardíaca descompensada, enfatizando su impacto en la morbilidad y en la demanda de servicios hospitalarios. Finalmente, se analizan modelos y estrategias de gestión orientados a optimizar la atención de pacientes con enfermedades crónicas en el entorno hospitalario, con el propósito de establecer las bases teóricas que fundamentan la propuesta de un modelo de gestión hospitalaria para el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).

Desde una perspectiva histórica, la insuficiencia cardíaca ha sido reconocida como un síndrome clínico de elevada mortalidad desde mediados del siglo XX; sin embargo, su abordaje inicial estuvo centrado casi exclusivamente en la fase terminal de la enfermedad. Durante las décadas de 1970 y 1980, el tratamiento se limitaba al uso de diuréticos y digitálicos, con escasa comprensión de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y sin una estructura organizada de atención hospitalaria, lo que se traducía en altas tasas de reingreso y mortalidad temprana (Braunwald, 2008).

El cambio conceptual se produjo a partir de la década de 1990, cuando los estudios SOLVD y CONSENSUS demostraron que la insuficiencia cardíaca es una enfermedad progresiva, susceptible de ser modificada mediante intervenciones tempranas y continuas. Estos hallazgos posicionaron a la oportunidad del manejo hospitalario como un determinante clave del pronóstico, desplazando la atención desde un enfoque reactivo hacia uno preventivo y estructurado (Packer et al., 1999).

Durante los años 2000, la evidencia se consolidó al demostrar que las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca descompensada no solo reflejan gravedad clínica, sino también fallas organizativas del sistema de salud. Estudios multicéntricos europeos evidenciaron que retrasos en la evaluación inicial, ausencia de protocolos estandarizados y deficiente coordinación entre emergencia, hospitalización y cardiología incrementan la mortalidad intrahospitalaria y los reingresos a 30 días (Fonarow et al., 2011; McDonagh et al., 2014).

En la última década, el foco de investigación se ha desplazado hacia la gestión hospitalaria de la insuficiencia cardíaca. Registros como el ESC-HF Long-Term Registry demostraron que hospitales con rutas clínicas estructuradas, equipos multidisciplinarios y seguimiento protocolizado presentan mejores desenlaces, independientemente del perfil clínico basal del paciente, confirmando que la organización de los procesos asistenciales es un factor modificable de alto impacto (Ponikowski et al., 2016).

En América Latina, la insuficiencia cardíaca descompensada constituye una de las principales causas de hospitalización en adultos mayores. Estudios regionales han reportado tasas de reingreso superiores al 25 % en los primeros 90 días, asociadas a fragmentación asistencial y ausencia de modelos de gestión específicos para enfermedades crónicas complejas (Gómez et al., 2019).

En Ecuador, los datos epidemiológicos disponibles indican que la insuficiencia cardíaca representa una carga creciente para el sistema público de salud. Informes del Ministerio de Salud Pública señalan que las hospitalizaciones por causas cardiovasculares ocupan consistentemente los primeros lugares en egresos hospitalarios, con estancias prolongadas y consumo elevado de recursos (MSP, 2022). Sin embargo, la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada continúa caracterizándose por una respuesta predominantemente clínica, con limitada estandarización de procesos y escasa integración multidisciplinaria.

La implementación de guías internacionales, como las de la Sociedad Europea de Cardiología, ha sido desigual, especialmente en hospitales de segundo nivel, donde la

disponibilidad de especialistas, protocolos y sistemas de información es variable. Estudios observacionales locales han evidenciado retrasos en la valoración cardiológica, ausencia de estratificación de riesgo temprana y deficiente planificación del alta, factores que incrementan la probabilidad de nuevas descompensaciones (Sánchez et al., 2020).

En años recientes, la transformación digital ha emergido como una oportunidad estratégica. Experiencias internacionales han demostrado que el uso de sistemas de información hospitalaria, alertas clínicas y rutas asistenciales digitalizadas mejora la oportunidad del manejo y reduce reingresos por insuficiencia cardíaca (Greene et al., 2021). En Ecuador, la Agenda Digital de Salud 2023–2027 plantea la interoperabilidad de la historia clínica electrónica como un eje para mejorar la continuidad de la atención, creando un contexto favorable para el diseño de modelos de gestión hospitalaria orientados a patologías de alta carga, como la insuficiencia cardíaca descompensada (MSP, 2023).

Desde el enfoque epidemiológico contemporáneo, la insuficiencia cardíaca descompensada se reconoce no solo como una entidad clínica, sino como un problema de salud pública global con impacto creciente en sistemas sanitarios de ingresos medios. El envejecimiento poblacional, la mayor supervivencia tras eventos cardiovasculares agudos y la transición epidemiológica han incrementado su prevalencia, generando una presión sostenida sobre los servicios hospitalarios. En este contexto, la demanda asistencial supera frecuentemente la capacidad resolutive de los hospitales de segundo nivel, evidenciando la necesidad de modelos organizativos más eficientes y adaptativos (Sánchez et al., 2020).

En paralelo, la evolución del concepto de “tiempo dependiente” en patologías cardiovasculares ha comenzado a aplicarse a la insuficiencia cardíaca descompensada. Si bien tradicionalmente esta condición no se consideraba una emergencia en términos de minutos u horas, investigaciones recientes han demostrado que intervenciones tempranas, particularmente en las primeras 6–12 horas desde el ingreso, se asocian con mejoría clínica más rápida, menor duración de la hospitalización y reducción de eventos adversos. Esto ha impulsado la creación de unidades de insuficiencia cardíaca y protocolos de atención precoz en servicios de emergencia (Gómez et al., 2019).

Asimismo, la literatura actual resalta el papel de la estratificación de riesgo como eje central en la toma de decisiones clínicas y administrativas. Herramientas como escalas pronósticas y biomarcadores (péptidos natriuréticos, troponinas de alta sensibilidad) permiten identificar pacientes de alto riesgo desde el ingreso, facilitando la asignación adecuada de recursos hospitalarios. No obstante, en muchos sistemas de salud, especialmente en contextos de recursos limitados, la incorporación sistemática de estas herramientas sigue siendo heterogénea (Gómez et al., 2019).

Otro aspecto relevante es la transición del modelo biomédico tradicional hacia un enfoque centrado en el paciente y la continuidad del cuidado. La evidencia demuestra que la planificación estructurada del alta, la educación del paciente y el seguimiento ambulatorio temprano son determinantes clave para reducir reingresos. En este sentido, la coordinación entre niveles de atención se convierte en un componente crítico, particularmente en sistemas fragmentados donde la comunicación entre hospital y atención primaria es limitada (Sánchez et al., 2020).

Desde la perspectiva de gestión, los modelos basados en procesos han cobrado protagonismo en la última década. La implementación de rutas clínicas, indicadores de desempeño y auditorías internas ha permitido mejorar la eficiencia hospitalaria y la calidad del cuidado. Estos modelos se apoyan en principios de gestión de calidad, como la mejora continua y la estandarización, los cuales han demostrado ser aplicables a enfermedades crónicas complejas como la insuficiencia cardíaca (Gómez et al., 2019).

En el ámbito de recursos humanos, la conformación de equipos multidisciplinarios ha emergido como una estrategia efectiva. La participación coordinada de médicos, enfermería especializada, farmacéuticos y trabajadores sociales permite abordar de manera integral los factores clínicos, sociales y conductuales que influyen en la descompensación. Sin embargo, la implementación de estos equipos enfrenta barreras estructurales en hospitales de segundo nivel, donde la disponibilidad de personal capacitado es limitada. Por otra parte, la variabilidad en la práctica clínica continúa siendo un desafío significativo. Diferencias en la adherencia a guías, en la toma de decisiones terapéuticas y en la organización de la atención generan inequidades en los desenlaces clínicos. Esta variabilidad refleja no solo diferencias en conocimiento

médico, sino también en la estructura organizacional y en la disponibilidad de recursos, lo que refuerza la necesidad de modelos de gestión estandarizados (Ponikowski et al., 2016).

En el contexto latinoamericano, diversos estudios han señalado que los sistemas de salud presentan debilidades estructurales que afectan el manejo de la insuficiencia cardíaca, incluyendo limitaciones en financiamiento, acceso a tecnología y continuidad asistencial. Estas condiciones hacen que la implementación de modelos importados de países de altos ingresos requiera adaptación contextual, considerando factores socioculturales, económicos y organizativos propios de la región (Ponikowski et al., 2016).

Finalmente, la tendencia actual apunta hacia la integración de innovación tecnológica y gestión clínica. Herramientas como la telemedicina, el monitoreo remoto y la inteligencia artificial están comenzando a incorporarse en el manejo de la insuficiencia cardíaca, permitiendo una vigilancia más estrecha del paciente y una intervención oportuna ante signos tempranos de descompensación. Aunque su implementación en Ecuador aún es incipiente, representan una oportunidad estratégica para fortalecer la capacidad resolutiva del sistema de salud en los próximos años.

2.2. Marco Teórico.

La insuficiencia cardíaca descompensada constituye un paradigma de enfermedad crónica compleja cuya evolución clínica está estrechamente vinculada a la forma en que los sistemas de salud organizan sus procesos asistenciales. Diversos autores han señalado que los desenlaces adversos asociados a esta condición no dependen exclusivamente de la severidad fisiopatológica, sino también de la oportunidad del manejo, la coordinación entre niveles de atención y la capacidad institucional para responder de manera integrada y sostenida a eventos agudos recurrentes (Braunwald, 2019; McDonagh et al., 2021).

Desde la teoría de la gestión de servicios de salud, la atención hospitalaria de patologías crónicas descompensadas se concibe como un proceso de alto riesgo organizacional,

caracterizado por múltiples puntos de decisión, dependencia de equipos multidisciplinarios y elevada variabilidad clínica. En este contexto, la ausencia de procesos estandarizados incrementa la probabilidad de errores, retrasos y fragmentación asistencial, lo que impacta negativamente tanto en la calidad percibida como en la eficiencia institucional (Porter y Teisberg, 2006).

El enfoque de gestión por procesos plantea que los resultados sanitarios mejoran cuando las organizaciones identifican, describen y controlan de manera explícita las secuencias de actividades que agregan valor al paciente. Aplicado a la insuficiencia cardíaca descompensada, este enfoque permite visualizar la atención como una ruta clínica continua que inicia en el servicio de emergencia, se extiende a la hospitalización y culmina con la planificación del alta y la continuidad del cuidado, reduciendo duplicidades y cuellos de botella asistenciales (Hammer, 2015).

En esta línea, la teoría de la atención basada en el valor sostiene que los sistemas de salud deben orientar su gestión hacia la maximización de resultados relevantes para el paciente en relación con los recursos utilizados. Estudios recientes han demostrado que hospitales que implementan rutas asistenciales estandarizadas para insuficiencia cardíaca logran disminuir reingresos y estancias hospitalarias sin incrementar costos, evidenciando que la mejora organizativa es una estrategia costo-efectiva frente a modelos reactivos tradicionales (Porter, 2010; Greene et al., 2022).

Desde el ámbito de la seguridad del paciente, la insuficiencia cardíaca descompensada ha sido identificada como una condición altamente vulnerable a eventos adversos prevenibles, tales como retrasos en la evaluación inicial, errores en la titulación de fármacos o fallas en la comunicación interprofesional. El enfoque de organizaciones de alta confiabilidad (High Reliability Organizations, HRO) propone que las instituciones sanitarias deben desarrollar capacidades para anticipar, detectar y responder de manera temprana a riesgos clínicos, lo cual resulta particularmente relevante en la gestión hospitalaria de esta patología (Weick y Sutcliffe, 2015).

A partir de estas bases conceptuales, los modelos de atención a enfermedades crónicas cobran relevancia como marcos integradores. Entre ellos, el Chronic Care Model

(CCM), desarrollado por Wagner et al. (1996), ofrece una estructura para reorganizar los servicios de salud mediante la integración de equipos preparados, sistemas de información clínica, soporte a la toma de decisiones y participación activa del paciente. En el contexto de la insuficiencia cardíaca, la aplicación del CCM ha demostrado mejorar la adherencia a guías clínicas y reducir hospitalizaciones evitables cuando se adapta a las capacidades reales de los hospitales (Harris et al., 2023).

Complementariamente, el Modelo de Atención Centrada en el Paciente refuerza la necesidad de considerar las preferencias, capacidades y contexto social del individuo como parte del proceso de gestión hospitalaria. En pacientes con insuficiencia cardíaca, este enfoque ha evidenciado beneficios al incorporar educación estructurada, participación en la toma de decisiones y planificación del alta, aspectos que influyen directamente en la reducción de nuevas descompensaciones (Barry y Edgman-Levitan, 2012).

El Modelo Biopsicosocial, propuesto por Engel (1977), amplía la comprensión del fenómeno al integrar dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Investigaciones recientes han confirmado que factores como depresión, aislamiento social y bajo nivel de alfabetización en salud se asocian con peor evolución clínica y mayor utilización de servicios hospitalarios en insuficiencia cardíaca, reforzando la necesidad de modelos de gestión que incorporen equipos multidisciplinarios y estrategias de apoyo psicosocial (Bekelman et al., 2022).

En conjunto, estos enfoques teóricos sustentan la necesidad de desarrollar modelos de gestión hospitalaria específicos para la insuficiencia cardíaca descompensada, que superen la atención fragmentada y reactiva, y se orienten hacia procesos integrados, oportunos y centrados en el paciente, coherentes con los principios de eficiencia, calidad y sostenibilidad del sistema público de salud.

Un elemento teórico fundamental para comprender la insuficiencia cardíaca descompensada dentro del sistema hospitalario es el concepto de trayectoria clínica longitudinal, el cual plantea que el curso de la enfermedad no es lineal ni predecible, sino que está compuesto por múltiples episodios de estabilidad relativa intercalados con

eventos de descompensación aguda. Esta trayectoria se encuentra influenciada por factores clínicos, pero también por determinantes estructurales del sistema de salud, como la accesibilidad a servicios, la continuidad del tratamiento y la capacidad de respuesta institucional. Desde este enfoque, la hospitalización no debe interpretarse únicamente como un evento clínico necesario, sino como un indicador indirecto de fallas en la gestión integral del paciente a lo largo del tiempo, lo que redefine el papel del hospital dentro de una red de atención más amplia (Greene et al., 2022).

En relación con lo anterior, la teoría de la transición del cuidado adquiere especial relevancia al analizar los momentos críticos en los que el paciente atraviesa distintos niveles de atención. Estos puntos de transición, particularmente el ingreso hospitalario desde emergencia y el egreso hacia el ámbito ambulatorio, representan fases de alta vulnerabilidad en las que pueden ocurrir errores de comunicación, interrupciones en la continuidad terapéutica y deficiencias en la educación del paciente. La literatura teórica sugiere que la calidad de estas transiciones está directamente relacionada con la existencia de procesos estructurados, sistemas de información interoperables y una clara definición de roles entre los profesionales de salud, elementos que en muchos contextos de atención secundaria aún presentan limitaciones significativas (Greene et al., 2022).

Um factor relevante es el de la capacidad adaptativa institucional, que describe la habilidad de las organizaciones sanitarias para responder de manera eficiente a situaciones de alta demanda y complejidad clínica. En el caso de la insuficiencia cardíaca descompensada, esta capacidad se pone a prueba en escenarios donde existe sobrecarga asistencial, limitación de recursos y necesidad de decisiones rápidas. La capacidad adaptativa no depende exclusivamente de la disponibilidad de infraestructura, sino también de factores como la flexibilidad organizacional, la experiencia del equipo de salud y la existencia de mecanismos de coordinación interna que permitan redistribuir recursos de manera dinámica según las necesidades del momento (Bekelman et al., 2022).

Desde la perspectiva de la ingeniería de sistemas aplicada a la salud, el concepto de flujo asistencial permite analizar cómo se desplazan los pacientes a través de los diferentes servicios hospitalarios. En este contexto, la presencia de cuellos de botella —como la

saturación del área de emergencia, la demora en la realización de estudios diagnósticos o la falta de disponibilidad de camas— puede generar retrasos significativos en la atención, afectando tanto la calidad del cuidado como los resultados clínicos. La optimización de estos flujos requiere una visión sistémica que considere no solo la capacidad instalada, sino también la organización de los procesos y la sincronización entre las distintas unidades funcionales (Bekelman et al., 2022).

En el ámbito de la toma de decisiones clínicas, la insuficiencia cardíaca descompensada representa un escenario caracterizado por un alto grado de incertidumbre. Los pacientes suelen presentar múltiples comorbilidades, variabilidad en la respuesta al tratamiento y manifestaciones clínicas heterogéneas, lo que dificulta la aplicación rígida de protocolos. En este contexto, la teoría de la decisión clínica contextualizada plantea que las decisiones deben basarse en una combinación de evidencia científica, experiencia profesional y características individuales del paciente, reconociendo que la estandarización, si bien necesaria, debe ser complementada con un juicio clínico flexible y adaptativo (Bekelman et al., 2022).

Otro aspecto teórico importante es la integración funcional del sistema de salud, que se refiere a la capacidad de los diferentes niveles de atención para operar de manera coordinada y coherente. En sistemas fragmentados, como ocurre en muchos contextos de América Latina, la falta de integración se traduce en discontinuidades en el tratamiento, duplicación de intervenciones y pérdida de seguimiento, factores que contribuyen a la recurrencia de episodios de descompensación. La teoría de redes integradas de servicios de salud propone superar esta fragmentación mediante la articulación de servicios, la estandarización de procesos y el uso compartido de información clínica (Harris et al., 2023).

Desde el punto de vista del paciente, la teoría del autocuidado en enfermedades crónicas adquiere un papel central en la prevención de nuevas descompensaciones. La insuficiencia cardíaca requiere que el paciente adopte conductas específicas relacionadas con la adherencia al tratamiento farmacológico, el control de la ingesta de líquidos y sodio, y la vigilancia de signos de alarma. Sin embargo, la capacidad de autocuidado está condicionada por factores como el nivel de alfabetización en salud, el apoyo

familiar y las condiciones socioeconómicas, lo que implica que las intervenciones deben diseñarse considerando estas variables para ser efectivas (Harris et al., 2023).

En el ámbito de la evaluación de resultados, la teoría contemporánea en salud propone un enfoque multidimensional que va más allá de los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad. En la insuficiencia cardíaca descompensada, variables como la calidad de vida, la capacidad funcional y la satisfacción del paciente adquieren relevancia, ya que reflejan de manera más integral el impacto de la enfermedad y del tratamiento. Este enfoque implica la necesidad de desarrollar sistemas de medición que capturen estas dimensiones y permitan una evaluación más completa del desempeño del sistema de salud (Harris et al., 2023).

La gestión del conocimiento en el entorno hospitalario también constituye un componente clave dentro del marco teórico. La capacidad de las instituciones para generar, difundir y aplicar conocimiento basado en evidencia influye directamente en la calidad de la atención. Esto incluye la implementación de programas de capacitación continua, la actualización de guías clínicas y la utilización de sistemas de información que faciliten el acceso a datos relevantes en tiempo real. En contextos donde esta gestión es limitada, se incrementa la variabilidad en la práctica clínica y se reducen las oportunidades de mejora (Bekelman et al., 2022).

Adicionalmente, la incorporación de tecnologías digitales introduce un nuevo paradigma en la gestión hospitalaria. Herramientas como la historia clínica electrónica, los sistemas de alerta temprana y el monitoreo remoto permiten mejorar la precisión diagnóstica, optimizar la toma de decisiones y fortalecer la continuidad del cuidado. Desde una perspectiva teórica, estas tecnologías no solo actúan como instrumentos de apoyo, sino como elementos transformadores que redefinen la manera en que se organizan los procesos asistenciales (Harris et al., 2023).

Otro enfoque relevante es el de la resiliencia organizacional, entendido como la capacidad del sistema de salud para mantener su funcionamiento y adaptarse frente a situaciones adversas. En el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada, la resiliencia se manifiesta en la habilidad del hospital para responder a incrementos en la

demanda, gestionar recursos limitados y mantener la calidad de la atención incluso en condiciones de presión asistencial. Este concepto resulta particularmente importante en hospitales de segundo nivel, donde las limitaciones estructurales son más evidentes (Bekelman et al., 2022).

La construcción de un modelo de gestión hospitalaria para la insuficiencia cardíaca descompensada debe basarse en la integración de todos estos marcos conceptuales, articulando la dimensión clínica con la organizacional y la social. Este modelo debe ser capaz de adaptarse a las condiciones específicas del contexto ecuatoriano, considerando las limitaciones de recursos, la variabilidad en la capacidad resolutive de los hospitales y las características de la población atendida. De esta manera, se busca no solo mejorar los resultados clínicos, sino también fortalecer la sostenibilidad del sistema de salud y garantizar una atención más equitativa y de calidad.

La insuficiencia cardíaca descompensada también puede analizarse desde la teoría del ciclo de utilización hospitalaria, la cual describe cómo ciertos pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas complejas, desarrollan patrones repetitivos de ingreso, estabilización y reingreso. Este fenómeno no solo refleja la progresión de la enfermedad, sino también limitaciones estructurales en el sistema de salud para garantizar un control adecuado en el entorno ambulatorio. En este contexto, la hospitalización deja de ser un evento aislado para convertirse en parte de un ciclo asistencial recurrente que consume recursos y afecta la calidad de vida del paciente. La comprensión de este ciclo permite identificar puntos críticos de intervención, como la optimización del alta hospitalaria, el fortalecimiento del seguimiento y la implementación de estrategias preventivas. Desde una perspectiva teórica, romper este ciclo implica rediseñar el modelo de atención hacia uno más continuo, proactivo y centrado en la prevención de descompensaciones, lo que requiere cambios tanto en la organización hospitalaria como en la articulación con el primer nivel de atención (Donabedian, 2005).

Otro enfoque relevante es la teoría de la estratificación del riesgo clínico, que propone clasificar a los pacientes según la probabilidad de eventos adversos con el fin de optimizar la toma de decisiones. En la insuficiencia cardíaca descompensada, esta

estratificación permite diferenciar entre pacientes de alto, moderado y bajo riesgo, lo que tiene implicaciones directas en la intensidad del tratamiento, la necesidad de hospitalización y el seguimiento posterior. Este enfoque no solo mejora la precisión clínica, sino que también contribuye a una mejor asignación de recursos, evitando intervenciones innecesarias en pacientes de bajo riesgo y garantizando una atención más intensiva en aquellos con mayor probabilidad de complicaciones. Desde la gestión hospitalaria, la incorporación de herramientas de estratificación permite organizar los flujos asistenciales de manera más eficiente, priorizando la atención de los casos más complejos y mejorando la capacidad resolutoria del sistema (Bekelman et al., 2022).

La teoría de la adherencia terapéutica constituye otro pilar fundamental en la comprensión de la insuficiencia cardíaca descompensada. Este enfoque plantea que la efectividad del tratamiento no depende únicamente de la prescripción médica, sino también del grado en que el paciente sigue las indicaciones terapéuticas. En enfermedades crónicas, la adherencia se ve influenciada por múltiples factores, incluyendo la comprensión de la enfermedad, la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios de los medicamentos y el apoyo social disponible. En el caso de la insuficiencia cardíaca, una baja adherencia puede desencadenar rápidamente una descompensación, lo que resalta la importancia de intervenciones educativas y de seguimiento continuo. Desde una perspectiva teórica, mejorar la adherencia implica no solo informar al paciente, sino también empoderarlo y facilitar su participación activa en el cuidado de su salud (Ponikowski et al., 2023).

Desde el ámbito organizacional, la teoría del desempeño institucional permite evaluar cómo las estructuras y procesos de un hospital influyen en los resultados clínicos. Este enfoque considera que el desempeño no es el resultado de acciones individuales aisladas, sino de la interacción entre múltiples componentes del sistema, incluyendo la gestión administrativa, la calidad del recurso humano y la eficiencia de los procesos. En la insuficiencia cardíaca descompensada, el desempeño institucional se refleja en indicadores como la rapidez en la atención, la adecuación del tratamiento y la reducción de reingresos. La mejora del desempeño requiere una visión integral que aborde tanto los aspectos clínicos como los organizativos, promoviendo una cultura de calidad y

responsabilidad dentro de la institución. La teoría de la continuidad relacional aporta una dimensión adicional al concepto de continuidad del cuidado, enfatizando la importancia de la relación sostenida entre el paciente y los profesionales de salud. Esta relación facilita la comunicación, mejora la confianza y favorece la adherencia al tratamiento, elementos clave en el manejo de enfermedades crónicas. En la insuficiencia cardíaca, la continuidad relacional permite una mejor comprensión de las necesidades del paciente y una mayor personalización del tratamiento. Desde el punto de vista teórico, este enfoque destaca que la calidad de la atención no depende únicamente de la competencia técnica, sino también de la calidad de la interacción entre el paciente y el sistema de salud (Fonarow et al., 2017).

La teoría de la eficiencia dinámica plantea que la optimización de los recursos no debe evaluarse únicamente en el corto plazo, sino considerando su impacto a largo plazo. En el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada, esto implica invertir en estrategias que reduzcan futuras hospitalizaciones, como la educación del paciente y el fortalecimiento del seguimiento ambulatorio. Aunque estas intervenciones pueden requerir una inversión inicial, generan beneficios sostenidos en términos de reducción de costos y mejora de resultados clínicos. Este enfoque permite superar una visión limitada de la eficiencia, promoviendo decisiones que favorezcan la sostenibilidad del sistema de salud (Ponikowski et al., 2023).

La teoría de la carga de trabajo asistencial también resulta clave para comprender las limitaciones en la atención hospitalaria. En muchos hospitales de segundo nivel, la alta demanda de pacientes genera sobrecarga en el personal de salud, lo que puede afectar la calidad de la atención y aumentar el riesgo de errores. En el contexto de la insuficiencia cardíaca descompensada, esta sobrecarga puede traducirse en retrasos en la atención, menor tiempo dedicado a cada paciente y dificultades en la coordinación entre servicios. Desde una perspectiva teórica, la gestión de la carga de trabajo implica no solo aumentar los recursos humanos, sino también optimizar los procesos y mejorar la organización del trabajo (Fonarow et al., 2017).

Desde el enfoque de la teoría de la toma de decisiones compartida, se reconoce que el paciente debe participar activamente en las decisiones relacionadas con su tratamiento.

Este enfoque es particularmente relevante en enfermedades crónicas, donde las decisiones terapéuticas tienen implicaciones a largo plazo y afectan la calidad de vida del paciente. En la insuficiencia cardíaca, la participación del paciente en la toma de decisiones puede mejorar la adherencia, reducir la ansiedad y aumentar la satisfacción con la atención recibida. Desde una perspectiva teórica, este enfoque redefine la relación médico-paciente, promoviendo un modelo más colaborativo y centrado en las necesidades del individuo (Donabedian, 2005).

La teoría de la accesibilidad a los servicios de salud también aporta elementos clave para el análisis del manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada. La accesibilidad no se limita a la disponibilidad de servicios, sino que incluye dimensiones como la accesibilidad geográfica, económica y cultural. En muchos contextos, las barreras de acceso dificultan el seguimiento adecuado de los pacientes, lo que incrementa el riesgo de descompensaciones y hospitalizaciones. Desde este enfoque, mejorar la accesibilidad implica implementar estrategias que reduzcan estas barreras y faciliten el acceso oportuno a la atención (Ponikowski et al., 2023).

Finalmente, la teoría de la integración clínica-operativa plantea la necesidad de alinear los procesos clínicos con la gestión administrativa para lograr un funcionamiento eficiente del sistema de salud. En la insuficiencia cardíaca descompensada, esta integración permite coordinar de manera efectiva los recursos, optimizar los tiempos de atención y mejorar los resultados clínicos. Este enfoque resalta que la calidad de la atención no depende únicamente del conocimiento médico, sino también de la capacidad del sistema para organizar y gestionar los procesos asistenciales de manera eficiente y coherente.

2.3. Marco Conceptual.

Insuficiencia cardíaca descompensada

La insuficiencia cardíaca descompensada es un síndrome clínico caracterizado por el empeoramiento agudo o progresivo de los síntomas y signos de insuficiencia cardíaca crónica, que conduce a congestión pulmonar y/o sistémica, deterioro de la capacidad

funcional y compromiso hemodinámico, requiriendo generalmente hospitalización. Este cuadro clínico representa una alteración crítica del equilibrio cardiovascular, donde los mecanismos compensatorios que previamente permitían mantener la estabilidad hemodinámica se vuelven insuficientes, dando lugar a una acumulación de líquido en el intersticio pulmonar y periférico, así como a una disminución del gasto cardíaco efectivo (Ponikowski et al., 2023).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la descompensación implica la exacerbación de procesos neurohormonales como la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona y el sistema nervioso simpático, que, aunque inicialmente adaptativos, terminan generando efectos deletéreos como vasoconstricción, retención de sodio y agua, y remodelado ventricular progresivo. Clínicamente, esto se traduce en disnea, edema, fatiga y signos de congestión que limitan significativamente la calidad de vida del paciente. En términos clínicos, esta fase representa un punto de inflexión en la evolución de la enfermedad, asociado a mayor riesgo de mortalidad y a una alta probabilidad de recurrencia. Cada episodio de descompensación no solo refleja la progresión de la enfermedad subyacente, sino que también incrementa el deterioro funcional del paciente y reduce su reserva fisiológica. Desde una perspectiva organizacional, la insuficiencia cardíaca descompensada puede interpretarse como un evento centinela que evidencia la capacidad del sistema de salud para responder de manera oportuna, eficiente y coordinada ante condiciones clínicas complejas, poniendo a prueba tanto los procesos asistenciales como la integración entre niveles de atención (Ponikowski et al., 2023).

La insuficiencia cardíaca descompensada también puede analizarse desde la perspectiva de la vulnerabilidad clínica acumulativa, donde cada episodio agudo incrementa la fragilidad del paciente y disminuye su capacidad de respuesta ante nuevos eventos. Este fenómeno se explica por la progresiva alteración estructural y funcional del miocardio, así como por el deterioro de otros sistemas orgánicos, particularmente el renal y el pulmonar. En este contexto, la descompensación no solo representa un evento clínico, sino un punto de inflexión que acelera la progresión hacia estadios más avanzados de la enfermedad. Adicionalmente, esta condición se asocia con una alta carga sintomática

que impacta de manera significativa la calidad de vida del paciente, afectando su capacidad para realizar actividades básicas y generando dependencia funcional. La presencia de disnea persistente, fatiga y limitación física contribuye al desarrollo de trastornos emocionales como ansiedad y depresión, los cuales a su vez pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento. Este componente subjetivo de la enfermedad refuerza la necesidad de un abordaje integral que trascienda el manejo puramente fisiológico (Ponikowski et al., 2023).

Desde un enfoque sistémico, la insuficiencia cardíaca descompensada puede considerarse un indicador indirecto del desempeño global del sistema de salud, ya que su frecuencia y gravedad están influenciadas por factores como la accesibilidad a la atención primaria, la disponibilidad de seguimiento especializado y la efectividad de las estrategias preventivas. En este sentido, su análisis permite identificar áreas críticas dentro del sistema sanitario y orientar intervenciones destinadas a mejorar la calidad y continuidad del cuidado (Ponikowski et al., 2023).

Factores precipitantes de la descompensación

Los factores precipitantes son eventos clínicos, conductuales o contextuales que desencadenan la descompensación de la insuficiencia cardíaca. Entre los más frecuentes se incluyen infecciones respiratorias, crisis hipertensivas, arritmias, suspensión o inadecuada adherencia al tratamiento, sobrecarga hídrica y progresión de la enfermedad renal. Estos factores actúan como desencadenantes que alteran el delicado equilibrio hemodinámico del paciente, precipitando la aparición de síntomas agudos (McDonagh et al., 2021).

Desde una perspectiva clínica ampliada, los factores precipitantes pueden clasificarse en evitables y no evitables, lo que tiene implicaciones directas en la prevención de futuras descompensaciones. Los factores evitables, como la falta de adherencia terapéutica o el consumo excesivo de sodio, reflejan en gran medida deficiencias en la educación del paciente y en el seguimiento ambulatorio. Por otro lado, los factores no evitables, como la progresión natural de la enfermedad o ciertas comorbilidades, requieren estrategias de monitoreo más intensivo y ajustes terapéuticos oportunos. Además, estos factores no

actúan de manera aislada, sino que suelen coexistir y potenciarse entre sí, generando un efecto acumulativo que incrementa el riesgo de descompensación. Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, la identificación recurrente de factores precipitantes en una población determinada puede interpretarse como un indicador indirecto de fallas en la continuidad del cuidado, en la coordinación entre niveles asistenciales y en la implementación de estrategias preventivas efectivas (McDonagh et al., 2021).

Los factores precipitantes también pueden interpretarse como elementos moduladores del equilibrio clínico del paciente, cuya presencia altera la estabilidad previamente alcanzada mediante tratamiento. En muchos casos, estos factores actúan de forma silenciosa y progresiva antes de manifestarse clínicamente, lo que dificulta su detección temprana. Esto resalta la importancia de estrategias de monitoreo continuo y de educación del paciente para identificar signos tempranos de descompensación.

Asimismo, la interacción entre múltiples factores precipitantes puede generar un efecto sinérgico que incrementa significativamente el riesgo de hospitalización. Por ejemplo, la coexistencia de una infección respiratoria con una inadecuada adherencia al tratamiento puede acelerar el deterioro hemodinámico de manera más rápida que cada factor por separado. Esta complejidad subraya la necesidad de un enfoque clínico integral que considere todas las variables involucradas en el estado del paciente (McDonagh et al., 2021).

Desde la perspectiva de salud pública, el análisis de los factores precipitantes permite identificar patrones epidemiológicos y diseñar intervenciones preventivas dirigidas a poblaciones específicas. La implementación de programas educativos, el fortalecimiento del seguimiento ambulatorio y la mejora en el acceso a medicamentos son estrategias clave para reducir la incidencia de estos factores y, en consecuencia, disminuir la carga de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (McDonagh et al., 2021).

Manejo clínico oportuno

El manejo clínico oportuno se refiere a la implementación temprana y adecuada de intervenciones diagnósticas y terapéuticas destinadas a estabilizar al paciente con insuficiencia cardíaca descompensada. Este concepto implica no solo la rapidez en la

atención, sino también la pertinencia y calidad de las decisiones clínicas tomadas en las primeras horas del contacto con el sistema de salud (Fonarow et al., 2017).

Incluye la valoración inicial rápida, la estratificación de gravedad, el inicio oportuno de diuréticos y vasodilatadores cuando están indicados, y la monitorización continua de la respuesta al tratamiento. La fase inicial del manejo es particularmente crítica, ya que las intervenciones realizadas en este periodo pueden modificar significativamente la evolución clínica del paciente, reduciendo complicaciones y mejorando los desenlaces. Desde una perspectiva ampliada, la oportunidad del manejo no depende exclusivamente del conocimiento clínico del profesional, sino también de factores organizacionales como la disponibilidad de recursos, la eficiencia de los procesos de admisión, la accesibilidad a estudios diagnósticos y la coordinación entre los distintos servicios hospitalarios. En este sentido, el manejo oportuno se configura como un indicador tanto de calidad asistencial como de desempeño institucional. (Fonarow et al., 2017).

El manejo clínico oportuno también implica la capacidad de priorizar intervenciones en función del riesgo individual del paciente, lo que requiere una adecuada estratificación clínica desde el primer contacto. Esta estratificación permite identificar a aquellos pacientes que requieren intervenciones más intensivas, optimizando así la asignación de recursos y mejorando la eficiencia del sistema hospitalario. Otro aspecto relevante es la necesidad de una monitorización dinámica durante la hospitalización, que permita ajustar el tratamiento en función de la evolución clínica. La respuesta al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada puede variar considerablemente, por lo que es fundamental realizar evaluaciones periódicas que orienten la toma de decisiones terapéuticas y prevengan complicaciones. Finalmente, el manejo oportuno debe entenderse como un proceso continuo que no finaliza con la estabilización del paciente, sino que se extiende hasta la planificación del alta y el seguimiento posterior. La coordinación entre los distintos niveles de atención es esencial para garantizar que las intervenciones iniciadas en el hospital tengan continuidad y efectividad en el entorno ambulatorio (Fonarow et al., 2017).

Modelo de gestión hospitalaria

El modelo de gestión hospitalaria se conceptualiza como el conjunto de estrategias, procesos y estructuras organizativas que orientan la prestación de servicios de salud hacia el logro de resultados clínicos óptimos. Este modelo integra dimensiones administrativas, clínicas y operativas, buscando alinear los recursos disponibles con las necesidades de la población atendida (Porter y Lee, 2013).

En el contexto de la insuficiencia cardíaca descompensada, el modelo de gestión hospitalaria debe facilitar la articulación entre el manejo clínico y la planificación organizativa, asegurando que el paciente reciba una atención continua y estructurada desde su ingreso hasta el alta. Esto implica la definición de rutas asistenciales claras, la asignación de responsabilidades específicas y la implementación de mecanismos de seguimiento y evaluación. Un modelo de gestión eficaz no solo mejora los resultados clínicos, sino que también reduce la variabilidad en la práctica médica, optimiza el uso de recursos y fortalece la seguridad del paciente. Además, debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las características del entorno, especialmente en hospitales de segundo nivel donde las limitaciones estructurales requieren soluciones innovadoras y contextualizadas (Porter y Lee, 2013).

El modelo de gestión hospitalaria también puede analizarse desde la perspectiva de la gobernanza clínica, que integra la responsabilidad institucional con la práctica médica basada en evidencia. Este enfoque busca garantizar que las decisiones clínicas estén alineadas con estándares de calidad, promoviendo la rendición de cuentas y la mejora continua dentro de las organizaciones sanitarias. Además, la implementación de un modelo de gestión efectivo requiere la participación activa de todos los niveles organizacionales, desde la alta dirección hasta el personal operativo. La alineación de objetivos, la comunicación interna y la cultura organizacional son factores determinantes para el éxito de cualquier estrategia de gestión, especialmente en contextos de alta complejidad como la insuficiencia cardíaca descompensada (Porter y Lee, 2013).

Por otra parte, los modelos de gestión deben incorporar mecanismos de evaluación y retroalimentación que permitan medir su impacto y realizar ajustes oportunos. La utilización de indicadores de desempeño y auditorías internas facilita la identificación de áreas de mejora y contribuye a la sostenibilidad del sistema.

Brechas organizativas y asistenciales

Las brechas organizativas y asistenciales se refieren a las discrepancias entre las recomendaciones clínicas basadas en evidencia y la práctica real observada en los hospitales. Estas brechas representan un fenómeno multifactorial que puede originarse en limitaciones estructurales, deficiencias en la capacitación del personal, falta de protocolos estandarizados o problemas en la coordinación entre servicios (Donabedian, 2005).

En el contexto de la insuficiencia cardíaca descompensada, estas brechas pueden manifestarse como retrasos en la evaluación especializada, variabilidad en el manejo terapéutico, ausencia de planificación del alta o deficiencias en el seguimiento posterior. Desde el punto de vista clínico, estas discrepancias se asocian con peores desenlaces, incluyendo mayor mortalidad y tasas elevadas de reingreso. Desde la gestión hospitalaria, las brechas deben interpretarse como oportunidades de mejora que pueden abordarse mediante el rediseño de procesos, la implementación de guías clínicas y el fortalecimiento de la cultura organizacional orientada a la calidad. Su identificación sistemática permite priorizar intervenciones y optimizar el desempeño institucional (Donabedian, 2005).

Las brechas organizativas también pueden estar relacionadas con limitaciones en la infraestructura y en la disponibilidad de recursos humanos capacitados, lo que afecta la capacidad del sistema para brindar una atención adecuada. Estas limitaciones son especialmente evidentes en hospitales de segundo nivel, donde la demanda asistencial suele superar la capacidad instalada. Asimismo, la falta de estandarización en los procesos de atención contribuye a la variabilidad clínica, generando diferencias en el manejo de pacientes con características similares. Esta variabilidad puede traducirse en inequidades en la calidad de la atención y en los resultados clínicos, lo que representa un desafío importante para los sistemas de salud. Desde un enfoque estratégico, la identificación de brechas organizativas permite diseñar intervenciones específicas orientadas a mejorar la calidad de la atención. Estas intervenciones pueden incluir la capacitación del personal, la implementación de protocolos y la mejora en la coordinación entre servicios (Donabedian, 2005).

Continuidad del cuidado en insuficiencia cardíaca

La continuidad del cuidado se define como la provisión de una atención coherente, integrada y sostenida a lo largo del tiempo y entre diferentes niveles del sistema de salud. En pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, este concepto adquiere especial relevancia debido a la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad. La continuidad implica no solo la transferencia adecuada de información clínica, sino también la coordinación efectiva entre profesionales y servicios, así como la planificación estructurada del seguimiento ambulatorio. La falta de continuidad puede traducirse en interrupciones del tratamiento, duplicación de intervenciones y pérdida de oportunidades para prevenir nuevas descompensaciones (Haggerty et al., 2003).

Desde la perspectiva organizacional, garantizar la continuidad del cuidado requiere la implementación de sistemas de información eficientes, protocolos de egreso bien definidos y mecanismos de comunicación interinstitucional que permitan mantener la coherencia del proceso asistencial más allá del ámbito hospitalario (Haggerty et al., 2003).

La continuidad del cuidado también implica la integración de información clínica relevante a lo largo del tiempo, lo que requiere sistemas de información eficientes y accesibles. La disponibilidad de datos completos y actualizados permite a los profesionales de salud tomar decisiones informadas y garantizar la coherencia del tratamiento. Además, la continuidad del cuidado está estrechamente relacionada con la relación médico-paciente, ya que una comunicación efectiva favorece la adherencia al tratamiento y la confianza en el sistema de salud. Este vínculo es especialmente importante en enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca. Por último, la continuidad del cuidado contribuye a la reducción de costos en el sistema de salud, al prevenir hospitalizaciones innecesarias y mejorar la eficiencia en el uso de recursos (Haggerty et al., 2003).

Atención multidisciplinaria en insuficiencia cardíaca

La atención multidisciplinaria comprende la participación coordinada de diversos profesionales de la salud en el abordaje integral del paciente con insuficiencia cardíaca. Este enfoque reconoce que la complejidad de la enfermedad requiere la intervención de múltiples disciplinas para abordar tanto los aspectos clínicos como los psicosociales. Desde el punto de vista clínico, permite un manejo más completo de las comorbilidades asociadas, mientras que desde la perspectiva organizacional exige estructuras que faciliten la comunicación, la coordinación y la toma de decisiones compartida. La integración efectiva de equipos multidisciplinarios se asocia con mejores resultados clínicos, mayor adherencia al tratamiento y mejor calidad de vida para el paciente (Bekelman et al., 2022).

La atención multidisciplinaria también favorece la toma de decisiones más completas, al integrar diferentes perspectivas profesionales en el análisis del caso clínico. Esto permite abordar de manera más efectiva la complejidad de la insuficiencia cardíaca. Asimismo, este enfoque facilita la identificación de problemas no clínicos que pueden influir en la evolución del paciente, como factores sociales o económicos, permitiendo intervenciones más integrales. Finalmente, la coordinación efectiva entre los miembros del equipo multidisciplinario requiere estructuras organizativas claras y mecanismos de comunicación eficientes, lo que representa un desafío importante en muchos hospitales (Bekelman et al., 2022).

Resultados clínicos y asistenciales

Los resultados clínicos y asistenciales hacen referencia a los efectos del proceso de atención sobre la evolución del paciente y el desempeño institucional. En insuficiencia cardíaca descompensada, incluyen la estabilización hemodinámica, la reducción de la mortalidad intrahospitalaria, la disminución de reingresos y la mejora de la capacidad funcional. Desde el enfoque de gerencia hospitalaria, el análisis sistemático de estos resultados permite evaluar la efectividad del modelo de gestión implementado y orientar decisiones estratégicas basadas en evidencia clínica y organizacional (Ponikowski et al., 2023).

Los resultados clínicos también pueden analizarse desde una perspectiva temporal, evaluando no solo los desenlaces inmediatos, sino también los resultados a mediano y largo plazo. Esto permite una visión más completa del impacto de las intervenciones. Además, la evaluación de resultados debe considerar la heterogeneidad de los pacientes, ajustando los indicadores según las características individuales para obtener una interpretación más precisa. Por otra parte, la retroalimentación basada en resultados permite mejorar la calidad de la atención y optimizar los procesos asistenciales (Ponikowski et al., 2023).

Calidad de la atención en insuficiencia cardíaca

La calidad de la atención en insuficiencia cardíaca se refiere al grado en que los servicios hospitalarios se alinean con las mejores prácticas clínicas y organizativas disponibles. De acuerdo con el modelo de Donabedian, la calidad se expresa en la estructura (recursos), los procesos (forma de atención) y los resultados (desenlaces clínicos). La integración de estos componentes es fundamental para garantizar una atención segura, oportuna y centrada en el paciente con insuficiencia cardíaca descompensada (Donabedian, 2005).

La calidad de la atención en salud debe entenderse como un constructo dinámico que trasciende la simple aplicación de protocolos clínicos, incorporando la capacidad del sistema sanitario para adaptarse de manera continua a las necesidades cambiantes de los pacientes y a las transformaciones del entorno epidemiológico y organizacional. Esta capacidad de adaptación exige estructuras flexibles, procesos bien definidos y una cultura institucional orientada a la mejora continua, donde la evaluación permanente del desempeño permita identificar deficiencias y generar intervenciones correctivas oportunas. En el contexto de la insuficiencia cardíaca descompensada, la calidad no solo se refleja en la correcta aplicación de tratamientos basados en evidencia, sino también en la oportunidad de la atención, la coordinación entre servicios y la personalización del cuidado según las características individuales del paciente. La complejidad de esta patología requiere que los sistemas de salud integren múltiples dimensiones de calidad, incluyendo la efectividad clínica, la eficiencia en el uso de recursos y la equidad en el acceso a los servicios. En este sentido, la calidad se convierte en un atributo sistémico

que depende tanto de la competencia técnica de los profesionales como de la organización de los procesos asistenciales. La incorporación de mecanismos de evaluación estructurados, como auditorías clínicas, indicadores de desempeño y sistemas de retroalimentación, permite monitorear el cumplimiento de estándares y promover una cultura de excelencia en la atención. Al mismo tiempo, la calidad debe contemplar la experiencia del paciente como un componente esencial, reconociendo que la percepción de la atención recibida influye directamente en la adherencia terapéutica y en los resultados en salud. La inclusión de la perspectiva del paciente en la evaluación de los servicios permite identificar aspectos que no siempre son visibles desde el enfoque clínico tradicional, como la claridad en la comunicación, el trato recibido y la comprensión del plan terapéutico. En este marco, la seguridad del paciente se posiciona como un pilar fundamental de la calidad, orientado a prevenir eventos adversos mediante la implementación de prácticas seguras, protocolos estandarizados y sistemas de vigilancia que permitan detectar y corregir errores de manera oportuna. La integración de estos elementos configura un modelo de atención más confiable, centrado en el paciente y orientado a resultados, capaz de responder de manera efectiva a las demandas de enfermedades crónicas complejas como la insuficiencia cardíaca descompensada (Donabedian, 2005).

Eficiencia hospitalaria y sostenibilidad

La eficiencia hospitalaria implica alcanzar los mejores resultados clínicos posibles utilizando racionalmente los recursos disponibles. En el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada, la eficiencia se traduce en reducción de estancias prolongadas, optimización del uso de camas y disminución de hospitalizaciones evitables. Desde una perspectiva sistémica, la eficiencia contribuye a la sostenibilidad del sistema público de salud, especialmente en contextos de alta carga de enfermedades cardiovasculares crónicas (OECD, 2020).

La eficiencia hospitalaria constituye un componente esencial en la gestión de los servicios de salud, particularmente en escenarios caracterizados por una alta demanda asistencial y limitaciones en la disponibilidad de recursos, como ocurre en el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada. Este concepto implica la capacidad de las

instituciones para alcanzar los mejores resultados clínicos posibles mediante una utilización racional y estratégica de los recursos disponibles, lo que requiere no solo optimizar los procesos internos, sino también garantizar que cada intervención aporte valor al paciente. La reducción de tiempos de espera, la adecuada gestión de camas hospitalarias y la optimización de los flujos asistenciales son elementos clave para mejorar la eficiencia, ya que permiten incrementar la capacidad resolutive del hospital sin necesidad de expandir significativamente su infraestructura. En este contexto, la eficiencia no debe interpretarse únicamente como una reducción de costos, sino como la maximización del beneficio clínico en relación con los recursos utilizados, lo que se alinea con los principios de la atención basada en valor. La sostenibilidad del sistema de salud, por su parte, depende en gran medida de la capacidad de mantener este equilibrio en el tiempo, evitando el uso innecesario de recursos y priorizando intervenciones de alto impacto. En entornos donde la carga de enfermedades crónicas es elevada, la implementación de estrategias eficientes se vuelve imprescindible para garantizar la continuidad de los servicios y evitar el colapso del sistema. Esto incluye la adopción de modelos de atención que reduzcan hospitalizaciones evitables, fortalezcan el manejo ambulatorio y promuevan la prevención de complicaciones. La eficiencia también tiene implicaciones directas en el acceso a los servicios de salud, ya que una mejor utilización de los recursos permite atender a un mayor número de pacientes sin comprometer la calidad de la atención. De esta manera, la eficiencia y la sostenibilidad se configuran como dimensiones interdependientes que deben ser abordadas de manera conjunta dentro de los modelos de gestión hospitalaria, con el objetivo de garantizar una atención equitativa, de calidad y viable a largo plazo (OECD, 2020).

2.4. Marco Contextual.

El sistema de salud ecuatoriano está constituido por un conjunto de instituciones públicas y privadas responsables de garantizar el acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de la población. En este sistema, el Ministerio de Salud Pública (MSP) actúa como ente rector encargado de la formulación de políticas públicas, regulación, planificación y provisión de servicios de salud a través de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), la cual busca garantizar el

acceso universal y equitativo a la atención sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 2022). La organización del sistema sanitario ecuatoriano se fundamenta en principios de equidad, calidad, eficiencia y accesibilidad, orientados a mejorar el estado de salud de la población y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Dentro de la estructura del sistema sanitario, los establecimientos de salud se organizan de acuerdo con niveles de complejidad que permiten garantizar una atención escalonada y articulada. En este sentido, los hospitales de segundo nivel de atención cumplen una función fundamental en la provisión de servicios especializados básicos y en la resolución de patologías que requieren hospitalización, estudios diagnósticos y manejo clínico especializado. Estos hospitales constituyen un componente esencial dentro de la red asistencial, ya que actúan como punto de referencia para pacientes derivados desde el primer nivel de atención y, a su vez, pueden remitir casos de mayor complejidad a establecimientos de tercer nivel (Ministerio de Salud Pública, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En este contexto, los hospitales de segundo nivel desempeñan un papel relevante en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, que representan una de las principales causas de morbilidad a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de muerte en el mundo, responsables de aproximadamente 17,9 millones de fallecimientos anuales, lo que representa cerca del 32% de todas las muertes registradas a nivel mundial (World Health Organization, 2023). Dentro de este grupo de patologías, la insuficiencia cardíaca constituye un síndrome clínico complejo asociado a una elevada carga de enfermedad, altos costos sanitarios y una importante demanda de servicios hospitalarios.

La insuficiencia cardíaca se caracteriza por la incapacidad del corazón para bombear sangre de manera adecuada para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo o hacerlo únicamente a expensas de presiones de llenado elevadas. Esta condición suele manifestarse clínicamente mediante síntomas como disnea, fatiga, intolerancia al ejercicio y retención de líquidos, lo que con frecuencia conduce a hospitalizaciones

recurrentes y deterioro progresivo de la calidad de vida de los pacientes (McDonagh et al., 2021). En las últimas décadas se ha observado un incremento en la prevalencia de esta enfermedad, particularmente en poblaciones envejecidas y en pacientes con comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica (Heidenreich & Sandhu, 2024).

Los episodios de insuficiencia cardíaca descompensada constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario en pacientes adultos y adultos mayores. Este cuadro clínico corresponde a una exacerbación aguda o progresiva de los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, que requiere evaluación médica inmediata y, en muchos casos, hospitalización para su manejo adecuado (McDonagh et al., 2021). Diversos estudios han señalado que la insuficiencia cardíaca descompensada se asocia con altas tasas de rehospitalización, especialmente durante los primeros meses posteriores al alta hospitalaria, lo que representa un desafío importante para los sistemas de salud (Heidenreich & Sandhu, 2024; Baris & Tabit, 2025).

En el ámbito hospitalario, el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada requiere la participación coordinada de múltiples profesionales de la salud, incluyendo médicos especialistas, personal de enfermería, profesionales de diagnóstico y otros integrantes del equipo multidisciplinario. La adecuada coordinación entre estos actores resulta fundamental para garantizar un diagnóstico oportuno, una evaluación clínica integral y la implementación de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia científica (Ahmed et al., 2024).

No obstante, diversos estudios han evidenciado que los sistemas hospitalarios enfrentan múltiples desafíos en relación con la organización de los procesos asistenciales y la gestión de la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca. Entre estos desafíos se encuentran la variabilidad en los protocolos de atención, la fragmentación de los servicios hospitalarios, la limitada coordinación entre los equipos multidisciplinarios y las dificultades para implementar estrategias integrales de manejo clínico (Sousa et al., 2023). Estas limitaciones pueden repercutir negativamente en la calidad de la atención y en los resultados clínicos de los pacientes hospitalizados por esta patología.

En el contexto de los sistemas sanitarios contemporáneos, la gestión hospitalaria desempeña un papel fundamental en la organización y optimización de los procesos asistenciales. La literatura científica ha destacado que la implementación de modelos de gestión estructurados puede contribuir significativamente a mejorar la eficiencia de los servicios hospitalarios, optimizar el uso de los recursos disponibles y fortalecer la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención de los pacientes (Porter & Lee, 2021).

En el caso específico de los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, resulta particularmente relevante analizar los procesos organizacionales y asistenciales relacionados con la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. La identificación de las fortalezas y limitaciones existentes en la gestión hospitalaria permitirá comprender los factores que influyen en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, así como establecer bases sólidas para el diseño de estrategias orientadas a mejorar la calidad de la atención hospitalaria.

En este sentido, el análisis del contexto institucional y sanitario en el que se desarrolla la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada constituye un elemento clave para fundamentar la propuesta de un modelo de gestión hospitalaria orientado a optimizar el manejo oportuno de esta patología en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2.5. Marco Legal y Normativo.

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador (2008) establece el marco jurídico supremo que rige el sistema nacional de salud. El artículo 32 reconoce a la salud como un derecho vinculado al ejercicio de otros derechos fundamentales y al principio del Buen Vivir, garantizando el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Este precepto constitucional sustenta la necesidad de implementar modelos de gestión hospitalaria que optimicen el manejo oportuno de patologías cardiovasculares agudas, como la insuficiencia cardíaca

descompensada, cuya atención tardía se asocia a mayor mortalidad y costos sanitarios (Constitución de la República del Ecuador, 2008, art. 32).

El artículo 360 dispone que el Sistema Nacional de Salud se estructure de manera descentralizada, desconcentrada y participativa, con articulación entre niveles de atención y enfoque de atención primaria. Esta disposición es clave para la investigación, ya que la insuficiencia cardíaca descompensada requiere una adecuada coordinación entre el primer nivel (detección y seguimiento), el segundo nivel (hospitalización y estabilización) y el tercer nivel (casos complejos), siendo los hospitales de segundo nivel un punto crítico en la atención oportuna.

Asimismo, el artículo 361 otorga al Ministerio de Salud Pública (MSP) la rectoría del sistema, facultándolo para normar, regular, planificar y controlar las actividades relacionadas con la salud. Esto legitima la elaboración y aplicación de lineamientos de gestión hospitalaria que estandaricen la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada en la red pública de salud.

Ley Orgánica de Salud (LOS)

La Ley Orgánica de Salud (2006, reformada en 2015) desarrolla los principios constitucionales y establece el marco operativo del sistema sanitario ecuatoriano. El artículo 1 garantiza el derecho universal a la salud bajo principios de equidad, calidad y eficiencia, lo que respalda la necesidad de modelos de gestión que optimicen el uso de recursos hospitalarios en patologías de alta demanda como la insuficiencia cardíaca.

El artículo 3 redefine la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, lo que obliga a abordar la insuficiencia cardíaca descompensada no solo desde una perspectiva clínica, sino también funcional, psicológica y social, integrando la atención multidisciplinaria dentro de la gestión hospitalaria.

El artículo 7, literal a, establece el derecho de toda persona a recibir atención oportuna y de calidad, lo cual constituye un sustento jurídico directo para la investigación, dado que los retrasos en el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada vulneran este derecho. De manera complementaria, el literal f del mismo artículo reconoce el derecho

a una historia clínica única, clara y confidencial, elemento esencial para la continuidad del cuidado y la gestión eficiente de la información clínica.

El artículo 14 faculta a la autoridad sanitaria nacional a regular y vigilar la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, categoría en la cual se inscribe la insuficiencia cardíaca. Este artículo refuerza la obligación institucional de contar con protocolos y modelos de gestión que aseguren el manejo adecuado de estas patologías en los hospitales públicos.

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), adoptado por el MSP, establece la organización del sistema de salud con enfoque en la persona, la familia y la comunidad. Este modelo promueve la continuidad del cuidado, la referencia y contrarreferencia efectiva y la integralidad de la atención, aspectos fundamentales en la insuficiencia cardíaca descompensada, donde la falta de seguimiento y coordinación incrementa el riesgo de reingreso hospitalario.

Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, el MAIS-FCI exige que los hospitales de segundo nivel articulen sus procesos clínicos y administrativos con el primer nivel de atención, asegurando la planificación del alta, la educación al paciente y el seguimiento ambulatorio, componentes clave del modelo de gestión propuesto en esta investigación (MSP, 2013).

Normativa sobre enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades cardiovasculares

El Ecuador ha adoptado políticas públicas orientadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), alineadas con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La insuficiencia cardíaca se reconoce como una de las principales causas de morbilidad y hospitalización en adultos mayores, generando una carga significativa para el sistema público de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo y las estrategias nacionales de ECNT priorizan la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares, lo que respalda la implementación de modelos de gestión hospitalaria que mejoren la oportunidad y calidad de la atención en episodios de descompensación cardíaca, especialmente en hospitales de segundo nivel.

Guías de práctica clínica y normativas técnicas del MSP

El MSP, en ejercicio de su rectoría, ha emitido guías de práctica clínica y normas técnicas que orientan el manejo de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo la insuficiencia cardíaca. Estas guías establecen criterios diagnósticos, esquemas terapéuticos y recomendaciones para la hospitalización y el alta segura.

Aunque las guías se centran en el abordaje clínico, su aplicación efectiva depende de la existencia de modelos de gestión hospitalaria que garanticen disponibilidad de recursos, tiempos de respuesta adecuados y coordinación interservicios. Por tanto, la presente investigación se alinea con la necesidad de operacionalizar dichas guías mediante lineamientos de gestión adaptados a la realidad de los hospitales de segundo nivel del MSP.

Agenda Digital de Salud y gestión de la información sanitaria

La Agenda Digital de Salud 2023–2027 promueve la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, la mejora de la gestión de datos en salud y el uso de tecnologías para fortalecer la continuidad asistencial. Este marco normativo respalda la incorporación de herramientas de información clínica que permitan monitorear procesos, tiempos de atención y resultados en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Desde el enfoque de gerencia hospitalaria, la utilización de sistemas de información integrados es clave para evaluar desempeño institucional, identificar cuellos de botella y optimizar la toma de decisiones, aspectos directamente relacionados con el objetivo general de la investigación (MSP, 2023).

Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.

Para asegurar la coherencia metodológica y la utilidad práctica de la investigación, la presente tesis adopta un enfoque cuantitativo de orientación pragmática, sustentado en un diseño de estudio de caso instrumental único. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de analizar, en su contexto real, los procesos clínico-administrativos que intervienen en el manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca descompensada en un hospital de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con el propósito de identificar brechas organizativas y oportunidades de mejora en la atención.

La lógica pragmática prioriza la generación de conocimiento aplicable a la toma de decisiones en gestión hospitalaria, mientras que el enfoque cuantitativo permite medir de forma objetiva el cumplimiento de procesos, la oportunidad de la atención y la percepción de los actores involucrados. El estudio de caso instrumental se utiliza no como un fin en sí mismo, sino como un medio para comprender un problema más amplio: la optimización del manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca descompensada en establecimientos de segundo nivel del sistema público de salud.

2.6. Cuadro Operacionalización de variables.

Operacionalización de Variables						
Tema: Modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.						
Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variables estudiadas	Dimensiones	Indicadores
¿Cómo contribuir a la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del	Proponer un modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel	Determinar el marco teórico-conceptual y regulatorio que orienta la gestión hospitalaria de la insuficiencia cardíaca descompensada en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.	Un modelo de gestión hospitalaria optimiza el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.	Variable(s) independent e(s): Modelo de Gestión Hospitalaria	Organización de los servicios	Existencia de protocolos clínicos, estructura organizativa, disponibilidad de recursos
					Coordinación interprofesional	Comunicación entre servicios, trabajo en equipo multidisciplinario
					Procesos asistenciales	Protocolos de atención, flujos de atención hospitalaria

Ecuador, durante el período 2025–2026?	del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, durante el período 2025–2026.	Caracterizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en relación a la organización de los procesos asistenciales y administrativos involucrados en la atención hospitalaria de pacientes en los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.			Toma de decisiones clínicas	Aplicación de guías clínicas, tiempo de respuesta diagnóstica	
		Elaborar un modelo de gestión hospitalaria para la optimización del manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.			Variable(s) dependiente(s): Manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada	Diagnóstico oportuno	Tiempo desde el ingreso hasta el diagnóstico
						Inicio del tratamiento	Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento
						Atención hospitalaria	Aplicación de protocolos terapéuticos
Resultados asistenciales	Tiempo de estancia hospitalaria, reingresos hospitalarios						

2.7. Diseño metodológico.

2.7.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.

La presente investigación se desarrolla bajo un enfoque cuantitativo, el cual se orienta a la medición y análisis de variables observables mediante la recolección de datos numéricos y su posterior análisis estadístico. Según Hernández Sampieri y Mendoza (2018), el enfoque cuantitativo permite analizar fenómenos mediante la medición objetiva de variables y el uso de procedimientos estadísticos que facilitan la identificación de patrones, relaciones y tendencias dentro del fenómeno estudiado.

En este sentido, el enfoque cuantitativo resulta pertinente para el presente estudio, ya que permite evaluar aspectos relacionados con los procesos de atención hospitalaria y la gestión del manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada mediante la aplicación de instrumentos estructurados dirigidos al personal de salud y a los pacientes hospitalizados. Los datos obtenidos serán procesados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes, con el propósito de identificar patrones, brechas organizativas y niveles de cumplimiento de los procesos asistenciales dentro del establecimiento de salud analizado.

En cuanto al tipo de investigación, el estudio se clasifica como descriptivo, debido a que busca caracterizar los procesos de gestión hospitalaria relacionados con el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada, identificando las condiciones en que se desarrolla la atención hospitalaria y los factores organizacionales que influyen en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Respecto al diseño de investigación, el estudio corresponde a un diseño no experimental de tipo transeccional o transversal, ya que las variables serán observadas y analizadas en su contexto natural sin manipulación deliberada por parte del investigador. De acuerdo con Hernández Sampieri y Mendoza (2018), los diseños no experimentales se caracterizan por estudiar los fenómenos tal como ocurren en su contexto real, mientras que los diseños transeccionales recolectan los datos en un único momento o período

determinado con el fin de describir las variables y analizar su comportamiento en un contexto específico.

En este sentido, la investigación se desarrollará mediante la recolección de información en un hospital de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador durante el período establecido para el estudio. A partir de los resultados obtenidos se realizará un análisis de los procesos asistenciales y organizacionales relacionados con el manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca descompensada, con el propósito de generar evidencia que permita fundamentar la propuesta de un modelo de gestión hospitalaria orientado a optimizar la atención de estos pacientes.

2.7.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.

Para el desarrollo de la investigación se emplearon métodos teóricos y empíricos, los cuales permitieron comprender el fenómeno estudiado desde una perspectiva conceptual y práctica, así como obtener información relevante para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Métodos de obtención del conocimiento teórico

Los métodos teóricos se utilizaron para el análisis conceptual y la fundamentación científica del estudio, permitiendo interpretar la información disponible en la literatura científica y establecer relaciones entre los diferentes componentes del objeto de investigación.

Método analítico–sintético.

Este método permitió descomponer el fenómeno de estudio en sus principales elementos —gestión hospitalaria, procesos asistenciales y manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada— con el fin de analizar sus características y posteriormente integrarlos de forma sistemática para comprender la relación existente entre ellos.

Método hipotético–deductivo.

Este método facilitó la formulación de la hipótesis de investigación y la deducción de relaciones entre las variables estudiadas, permitiendo orientar el proceso de recolección y análisis de datos empíricos para comprobar la posible influencia del modelo de gestión hospitalaria en el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada.

Enfoque de sistema.

Se empleó para analizar el hospital como un sistema integrado de procesos asistenciales, administrativos y organizacionales, en el cual interactúan diferentes actores y recursos que influyen en la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Método de modelación.

Este método permitió estructurar la propuesta de modelo de gestión hospitalaria orientado a optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada, integrando los resultados obtenidos en el análisis teórico y empírico de la investigación.

Métodos de obtención del conocimiento empírico

Los métodos empíricos permitieron obtener información directa del contexto hospitalario en el que se desarrolla el estudio, a partir de la experiencia y la recopilación sistemática de datos provenientes de los actores involucrados en la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Encuesta

La encuesta se aplicará mediante cuestionarios estructurados con preguntas cerradas, dirigidos al personal de salud y a pacientes hospitalizados o recientemente dados de alta por insuficiencia cardíaca descompensada.

Encuesta al personal de salud.

Dirigida a médicos, personal de enfermería y otros profesionales involucrados en la atención hospitalaria. Este instrumento permitirá evaluar aspectos relacionados con el cumplimiento de los procesos asistenciales, la coordinación interprofesional, la

disponibilidad de protocolos clínicos, la planificación del alta hospitalaria y la identificación de brechas organizativas o tecnológicas que puedan afectar la oportunidad y calidad de la atención.

Encuesta a pacientes.

Aplicada a pacientes hospitalizados o recientemente egresados por insuficiencia cardíaca descompensada. Su propósito es recoger información relacionada con la oportunidad de la atención recibida, la comprensión del diagnóstico, la educación brindada durante la hospitalización, la continuidad del cuidado y la percepción global del proceso asistencial.

Análisis documental

Se realizará un análisis documental de registros hospitalarios relacionados con la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, incluyendo historias clínicas, registros de ingreso hospitalario y reportes institucionales disponibles. Este procedimiento permitirá identificar información relacionada con tiempos de atención, procesos asistenciales aplicados y características de la hospitalización, lo que facilitará la triangulación de los datos obtenidos mediante las encuestas.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados en la investigación corresponden a cuestionarios estructurados para las encuestas y una guía de revisión documental para el análisis de registros hospitalarios.

Los cuestionarios serán diseñados en formato digital mediante la plataforma Google Forms, lo que permitirá registrar las respuestas de manera organizada y facilitar su posterior procesamiento. Posteriormente, los datos recopilados serán exportados a Microsoft Excel 365 para su depuración, organización y análisis mediante estadística descriptiva.

Validez de los instrumentos

La validez de los instrumentos de recolección de datos se garantizará mediante un proceso de validación por juicio de expertos, el cual consiste en la evaluación del contenido de los instrumentos por parte de profesionales con experiencia en investigación en salud, gestión hospitalaria y atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

En este proceso, los expertos analizarán aspectos como la claridad, pertinencia, coherencia y relevancia de los ítems incluidos en los cuestionarios dirigidos al personal de salud y a los pacientes, verificando que las preguntas se encuentren alineadas con los objetivos de la investigación y las variables estudiadas.

Asimismo, la guía de análisis documental será revisada por los expertos para asegurar que los criterios de revisión de los registros hospitalarios permitan obtener información pertinente sobre los procesos asistenciales relacionados con la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

A partir de las observaciones realizadas por los especialistas se efectuarán los ajustes necesarios en los instrumentos antes de su aplicación definitiva, con el propósito de garantizar la calidad y confiabilidad de la información obtenida en el estudio.

2.7.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.

Para la recolección de la información se diseñaron instrumentos específicos en correspondencia con las técnicas de investigación seleccionadas, con el propósito de obtener datos relevantes que permitan analizar los procesos de gestión hospitalaria relacionados con el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en el hospital objeto de estudio.

Cuestionario dirigido al personal de salud

Con el objetivo de obtener información sobre la organización de los procesos asistenciales y administrativos relacionados con la atención hospitalaria de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, se diseñó un cuestionario estructurado dirigido al personal de salud que participa en el manejo clínico de estos pacientes, incluyendo

médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales vinculados al proceso asistencial.

El cuestionario está conformado por preguntas cerradas que permiten evaluar aspectos relacionados con la existencia y aplicación de protocolos clínicos, la coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios, la disponibilidad de recursos para la atención de los pacientes, la planificación del alta hospitalaria y la identificación de posibles brechas organizativas o tecnológicas que puedan afectar la oportunidad de la atención.

La aplicación del instrumento se realizará de manera presencial mediante formularios digitales elaborados en la plataforma Google Forms, lo que permitirá registrar las respuestas de forma sistemática y facilitar su posterior procesamiento y análisis.

Cuestionario dirigido a pacientes

Con el propósito de conocer la percepción de los pacientes sobre el proceso de atención hospitalaria, se elaboró un cuestionario dirigido a pacientes hospitalizados o recientemente dados de alta por insuficiencia cardíaca descompensada.

Este instrumento incluye preguntas cerradas orientadas a identificar aspectos relacionados con la oportunidad de la atención recibida, la claridad de la información brindada sobre el diagnóstico, la educación proporcionada durante la hospitalización, la continuidad del cuidado y la percepción general sobre la calidad del proceso asistencial.

La aplicación de este cuestionario permitirá complementar la información obtenida del personal de salud, aportando la perspectiva del usuario del sistema de salud sobre la atención recibida durante su proceso de hospitalización.

Guía de análisis documental

Adicionalmente, se diseñó una guía de análisis documental con el fin de revisar registros hospitalarios relacionados con la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Este instrumento permitirá identificar información relevante contenida en historias clínicas, registros de ingreso hospitalario y reportes institucionales, tales

como tiempos de atención, procedimientos realizados y características del proceso de hospitalización.

El análisis documental permitirá complementar la información obtenida mediante las encuestas, favoreciendo la triangulación de los datos y fortaleciendo la validez de los resultados obtenidos en la investigación.

Procesamiento de la información

Los datos recopilados mediante los cuestionarios serán registrados en formularios digitales y posteriormente exportados a Microsoft Excel 365 para su organización, depuración y análisis estadístico. El procesamiento de la información se realizará mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes, lo que permitirá identificar patrones y tendencias relacionadas con los procesos de gestión hospitalaria y el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada.

Los instrumentos utilizados en la investigación se presentan en detalle en la sección de anexos, donde se incluyen los cuestionarios y la guía de análisis documental diseñados para la obtención de la información.

2.7.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.

La población de estudio estará conformada por:

- Personal de salud involucrado directamente en el manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca descompensada.
- Pacientes atendidos por insuficiencia cardíaca descompensada durante el período de recolección de datos.

Se utilizará un muestreo intencional no probabilístico, definido de la siguiente manera:

Personal de salud: Se incluirá a todos los profesionales disponibles que participen activamente en la atención de estos pacientes (aproximadamente 10–12 profesionales).

Pacientes: Se incluirán todos aquellos que cumplan los criterios clínicos de insuficiencia cardíaca descompensada y acepten participar, hasta alcanzar un tamaño muestral estimado de 60–70 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Personal con al menos 4 meses de antigüedad en el hospital y participación directa en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca descompensada y capacidad para responder la encuesta.
- Consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal en comisión de servicios, vacaciones o que decline participar.
- Pacientes con deterioro cognitivo severo, inestabilidad clínica extrema o imposibilidad de comunicación.

2.8. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde).

El trabajo de campo de la presente investigación se desarrolló en un hospital de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con el propósito de obtener información directa sobre los procesos de atención hospitalaria relacionados con el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Previamente a la recolección de los datos, entre el 3 y el 14 de noviembre de 2025, se realizaron las gestiones correspondientes para obtener la autorización institucional por parte de la Dirección del establecimiento de salud, garantizando el cumplimiento de las disposiciones administrativas y éticas necesarias para la ejecución del estudio.

La fase de recolección de información se llevó a cabo entre el 17 y el 28 de noviembre de 2025, mediante la aplicación presencial de los instrumentos de investigación diseñados para el estudio. Durante este período se aplicaron cuestionarios estructurados al personal de salud directamente involucrado en la atención de pacientes con

insuficiencia cardíaca descompensada, así como a pacientes hospitalizados o en seguimiento posterior al alta por esta condición. La aplicación de los instrumentos se realizó respetando los horarios de funcionamiento del establecimiento y procurando no interferir con las actividades asistenciales del hospital.

En total participaron 12 profesionales de la salud, entre médicos y personal de enfermería vinculados al proceso de atención hospitalaria, y 60 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en la investigación y que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio. La selección de los participantes se realizó de acuerdo con los criterios definidos en la metodología, garantizando la pertinencia de la información obtenida.

Con el fin de asegurar la calidad de los datos recopilados, cada cuestionario fue revisado el mismo día de su aplicación para verificar su correcta cumplimentación y evitar la presencia de respuestas incompletas o inconsistentes. Posteriormente, las respuestas registradas fueron sistematizadas mediante formularios digitales elaborados en la plataforma Google Forms, lo que permitió organizar la información de manera estructurada para su posterior procesamiento.

La fase de procesamiento y análisis de la información se desarrolló entre el 1 y el 5 de diciembre de 2025, período en el cual los datos recopilados fueron exportados a Microsoft Excel 365 para su depuración, organización y análisis mediante estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas en los ítems cerrados de los cuestionarios, lo que permitió identificar patrones y tendencias relacionadas con los procesos de gestión hospitalaria y la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

Desde el punto de vista ético, durante todo el proceso de investigación se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes, mediante la codificación de los formularios y la exclusión de datos personales identificables. Asimismo, la información recopilada fue almacenada en archivos digitales protegidos y de acceso restringido, en concordancia con los principios éticos de la investigación en salud y la normativa vigente.

2.8.1. Aplicación de los instrumentos.

Las encuestas se aplicaron de manera presencial, siguiendo franjas horarias compatibles con la operativa del hospital:

Personal de salud: La encuesta se administró de forma individual en espacios privados del área administrativa o de descanso clínico, con una duración promedio de 10 minutos. Se reiteró la voluntariedad de participación, se resolvieron dudas en el momento y se firmó el consentimiento informado previo a la aplicación.

Pacientes: La encuesta se aplicó en consultorios y salas de espera, previa verificación de criterios de elegibilidad. La duración promedio fue de 8 minutos y se aseguró que la aplicación no interfiriera con la atención clínica.

No se registraron datos personales sensibles; ni nombres ni números de historia clínica se incluyeron en los instrumentos. Todos los resultados se almacenaron en un archivo digital seguro, accesible únicamente al investigador principal. No se ofrecieron incentivos económicos y se documentó el derecho de los participantes a retirarse del estudio sin consecuencias.

Para garantizar la calidad de los datos, cada formulario fue revisado en el momento de la captura, verificando completitud y legibilidad antes de cerrar la entrevista. Se mantuvo un control de versiones, registro de cambios y copia de seguridad diaria de los datos. Este procedimiento asegura la validez de contenido, fiabilidad interna de la tabulación y trazabilidad completa desde la captura inicial hasta la base de datos final.

2.8.2. Procesamiento de la información.

Una vez finalizada la recolección en campo, todos los formularios se centralizaron en una base de datos digital para su organización y análisis. Se realizó una revisión manual de cada formulario, confirmando que ningún dato faltante comprometiera la calidad del estudio.

El análisis se efectuó utilizando Microsoft Excel, calculando frecuencias y porcentajes de los ítems cerrados para los 12 profesionales de la salud y los 60 pacientes

participantes. Los resultados se presentan en tablas de resumen, diseñadas para facilitar la comparación e interpretación de la información entre los diferentes ítems y grupos de encuestados. Durante todo el proceso, se garantizó la confidencialidad mediante almacenamiento seguro, codificación de los formularios y acceso restringido al investigador principal.

2.9. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

Resultados de los médicos

a) Cumplimiento de procesos asistenciales

El análisis del cumplimiento de los procesos asistenciales en el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada evidencia una aplicación heterogénea de las prácticas clínicas recomendadas. La evaluación clínica estructurada al ingreso presenta una adherencia moderada, con un 50% del personal que la realiza frecuentemente o siempre, lo que indica que aún no se encuentra plenamente estandarizada. En cuanto a la solicitud temprana de biomarcadores (BNP/NT-proBNP), se identifica una fortaleza relativa, ya que el 58,3% reporta solicitarlos de forma frecuente o constante. Sin embargo, la identificación sistemática de factores precipitantes muestra una debilidad relevante, pues el 41,7% reconoce hacerlo rara vez o nunca. Este hallazgo sugiere un abordaje clínico incompleto que podría limitar la corrección temprana de las causas de descompensación y favorecer reingresos hospitalarios evitables.

Tabla 1. *Cumplimiento de procesos asistenciales*

Frecuencia	Evaluación clínica estructurada	Solicitud BNP/NT-proBNP	Identificación de factores precipitantes
Siempre	25,0 %	33,3 %	16,7 %
Frecuentemente	25,0 %	25,0 %	25,0 %
A veces	25,0 %	25,0 %	16,7 %
Rara vez	16,7 %	8,3 %	25,0 %
Nunca	8,3 %	8,3 %	16,7 %

Frecuencia	Evaluación clínica estructurada	Solicitud BNP/NT-proBNP	Identificación de factores precipitantes
Total	100 %	100 %	100 %

Nota. Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud sobre el cumplimiento de procesos asistenciales en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

b) Articulación interservicios

La articulación entre los distintos servicios involucrados en la atención del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada se percibe como limitada. El acceso oportuno a ecocardiografía dentro de las primeras 48–72 horas es considerado difícil o muy difícil por el 41,7% del personal, constituyéndose en un cuello de botella diagnóstico. La coordinación entre emergencia, hospitalización y cardiología es valorada mayoritariamente como aceptable (41,7%), lo que refleja una comunicación funcional pero no óptima. La retroalimentación clínica posterior al alta es claramente deficitaria, ya que el 58,3% refiere recibirla rara vez o nunca, lo cual limita la continuidad del cuidado y el aprendizaje institucional a partir de los reingresos.

Tabla 2. *Colaboración con otros departamentos*

Categoría de respuesta	Acceso a ecocardiografía	Coordinación interservicios	Retroalimentación post-alta
Muy fácil / Muy buena	8,3 %	16,7 %	8,3 %
Fácil / Buena	16,7 %	25,0 %	16,7 %
Neutral / Aceptable	33,3 %	41,7 %	16,7 %
Difícil / Deficiente	25,0 %	16,7 %	33,3 %
Muy difícil / Muy deficiente	16,7 %	0,0 %	25,0 %
Total	100 %	100 %	100 %

Nota. Datos obtenidos de la encuesta aplicada al personal de salud del hospital de segundo nivel participante en el estudio sobre la articulación interservicios en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

c) Estandarización y organización del cuidado

Los resultados muestran importantes brechas en la estandarización del manejo hospitalario. Aunque el 50% del personal señala ajustar el tratamiento conforme a guías clínicas de forma frecuente o constante, la existencia y uso de protocolos institucionales es limitada: solo el 25% reporta utilizarlos siempre. La planificación estructurada del alta hospitalaria es inconsistente, con un 41,7% que la realiza solo a veces o rara vez. Esta falta de estandarización compromete la calidad del alta y favorece la discontinuidad del tratamiento tras la hospitalización

Tabla 3. *Estandarización y organización del cuidado*

Frecuencia	Ajuste terapéutico según guías	Uso de protocolo institucional	Planificación estructurada del alta
Siempre	25,0 %	25,0 %	16,7 %
Frecuentemente	25,0 %	16,7 %	25,0 %
A veces	33,3 %	33,3 %	33,3 %
Rara vez	8,3 %	16,7 %	16,7 %
Nunca	8,3 %	8,3 %	8,3 %
Total	100 %	100 %	100 %

Nota. Resultados de la encuesta aplicada al personal de salud sobre la estandarización de los procesos asistenciales en la atención hospitalaria de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

d) Capacitación y soporte institucional

El análisis evidencia una insuficiente capacitación del personal en insuficiencia cardíaca descompensada. Más de la mitad de los encuestados (58,3%) no ha recibido ninguna capacitación formal en el último año, mientras que solo un 16,7% ha participado en dos

o más actividades formativas. Este déficit formativo puede explicar parcialmente la variabilidad observada en la aplicación de guías, el uso de protocolos y la educación al paciente.

Tabla 4. *Capacitación reciente en insuficiencia cardíaca*

Número de capacitaciones	Porcentaje
0	58,3 %
1	25,0 %
2	8,3 %
3	8,3 %
≥4	0,0 %
Total	100 %

Nota. Distribución de las capacitaciones recibidas por el personal de salud en temas relacionados con insuficiencia cardíaca descompensada durante el último año.

Elaboración propia.

e) Gestión tecnológica del proceso asistencial

La incorporación de sistemas electrónicos en la atención hospitalaria es limitada. El 41,7% del personal utiliza el sistema electrónico en menos del 25% de los procesos asistenciales, lo que indica una baja integración tecnológica. Solo el 16,7% reporta un uso superior al 75%. Esta brecha tecnológica impacta negativamente en la trazabilidad clínica, la continuidad asistencial y la retroalimentación entre niveles de atención.

Tabla 5. *Uso de sistemas electrónicos clínicos*

Porcentaje de uso	Porcentaje
0 %	8,3 %
1–25 %	41,7 %
26–50 %	25,0 %
51–75 %	8,3 %
>75 %	16,7 %

Porcentaje de uso	Porcentaje
Total	100

Nota. Resultados de la encuesta aplicada al personal de salud sobre el grado de utilización de sistemas electrónicos clínicos en los procesos asistenciales del hospital estudiado. Elaboración propia.

Resultados de los pacientes

a) Oportunidad asistencial

El tiempo hasta la atención médica inicial muestra demoras relevantes: el 36,7% de los pacientes fue evaluado después de una hora de espera. A pesar de ello, la percepción de atención oportuna es mayoritariamente positiva, con un 56,7% que está de acuerdo o totalmente de acuerdo, lo que sugiere que la percepción del paciente no siempre se correlaciona con los tiempos reales de atención.

Tabla 6. *Oportunidad asistencial*

Categoría	Tiempo hasta atención	Percepción de atención oportuna
Muy favorable	<30 min: 33,3 %	Totalmente de acuerdo: 26,7 %
Favorable	30–60 min: 30,0 %	De acuerdo: 30,0 %
Neutral	1–2 h: 23,3 %	Neutral: 23,3 %
Desfavorable	>2 h: 10,0 %	En desacuerdo: 13,3 %
No recuerda	3,4 %	Totalmente en desacuerdo: 6,7 %
Total	100 %	100 %

Nota. Resultados de la encuesta aplicada a pacientes hospitalizados o en seguimiento por insuficiencia cardíaca descompensada en el hospital de segundo nivel participante en el estudio. Elaboración propia.

b) Continuidad del cuidado post–alta

La programación de controles posteriores al alta es deficiente. Solo el 41,7% de los pacientes egresó con una cita claramente definida, mientras que un 33,3% no recibió

ninguna programación. Esta falta de continuidad favorece el abandono terapéutico y el riesgo de reingreso hospitalario.

Tabla 7. Programación del control post–alta

Categoría de respuesta	Porcentaje
Sí, con fecha definida	41,7 %
Sí, sin fecha clara	25,0 %
No	33,3 %
Total	100 %

Nota. Distribución de pacientes según la programación de controles posteriores al alta hospitalaria tras un episodio de insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

c) Educación y autocuidado

La educación al paciente es parcial e inconsistente. Aunque la educación sobre medicamentos alcanza niveles moderados (50% frecuente o siempre), la educación sobre signos de alarma y dieta presenta mayores debilidades, con más del 30% de pacientes que reportan haberla recibido rara vez o nunca. Esto compromete el autocuidado y la detección temprana de descompensaciones.

Tabla 8. Educación al paciente

Frecuencia	Signos de alarma	Medicamentos	Dieta y líquidos
Siempre	25,0 %	30,0 %	20,0 %
Frecuentemente	20,0 %	20,0 %	25,0 %
A veces	23,3 %	20,0 %	25,0 %
Rara vez	18,3 %	16,7 %	16,7 %
Nunca	13,4 %	13,3 %	13,3 %
Total	100 %	100 %	100 %

Nota. Resultados de la encuesta aplicada a pacientes hospitalizados o recientemente dados de alta por insuficiencia cardíaca descompensada sobre la educación recibida durante su proceso de atención. Elaboración propia.

d) Adherencia y hábitos de vida

La evaluación de la adherencia terapéutica previa es irregular, con un 35% que refiere haber sido evaluado rara vez o nunca. El registro de hábitos de vida es igualmente inconsistente, lo que limita la identificación de factores modificables clave en la prevención de nuevas descompensaciones.

Tabla 9. *Adherencia y hábitos de vida*

Frecuencia	Evaluación de adherencia	Registro de hábitos de vida
Siempre	23,3 %	20,0 %
Frecuentemente	21,7 %	25,0 %
A veces	20,0 %	23,3 %
Rara vez	18,3 %	16,7 %
Nunca	16,7 %	15,0 %
Total	100 %	100 %

Nota. Resultados de la encuesta aplicada a pacientes sobre la evaluación de adherencia terapéutica y el registro de hábitos de vida durante la atención hospitalaria por insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

2.10. Redacción de resultados y discusión.

Oferta del servicio: procesos, articulación, estandarización, capacitación y gestión tecnológica

a) Cumplimiento de procesos asistenciales

El análisis de los resultados evidencia una aplicación no homogénea de los procesos asistenciales recomendados para el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada. La evaluación clínica estructurada al ingreso se realiza de forma variable, lo que sugiere

que no se encuentra plenamente incorporada como un estándar de atención. Esta falta de sistematicidad limita la caracterización integral del paciente desde el primer contacto y condiciona la toma de decisiones posteriores, especialmente en lo referente a la estratificación de gravedad y priorización terapéutica.

La solicitud temprana de biomarcadores cardíacos aparece como una práctica relativamente consolidada, lo que refleja una orientación biomédica del proceso asistencial basada en herramientas diagnósticas objetivas. Sin embargo, esta fortaleza no se acompaña de una identificación consistente de los factores precipitantes de la descompensación, tales como infecciones, abandono terapéutico o crisis hipertensivas. La omisión de este componente etiológico implica un abordaje incompleto del episodio clínico y reduce la capacidad del equipo de salud para implementar intervenciones preventivas dirigidas a evitar nuevas descompensaciones y reingresos hospitalarios.

En conjunto, estos hallazgos revelan un modelo de atención que privilegia la confirmación diagnóstica y el tratamiento del evento agudo, pero que presenta debilidades en la integración clínica necesaria para una gestión efectiva y sostenible de la insuficiencia cardíaca descompensada.

b) Articulación interservicios

La articulación entre los distintos servicios hospitalarios involucrados en la atención del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada se caracteriza por un funcionamiento aceptable, aunque con limitaciones estructurales. El acceso a estudios diagnósticos clave, como la ecocardiografía, no siempre se logra de manera oportuna, lo que introduce demoras en la confirmación diagnóstica y en el ajuste terapéutico basado en la función cardíaca.

La coordinación entre los servicios de emergencia, hospitalización y cardiología muestra una comunicación funcional, pero predominantemente informal, dependiente de la iniciativa individual más que de mecanismos institucionalizados. Esta dinámica limita la eficiencia del proceso asistencial y favorece la variabilidad en la atención. Asimismo, la retroalimentación clínica posterior al alta es escasa, lo que impide evaluar los resultados

de las decisiones tomadas durante la hospitalización y restringe el aprendizaje organizacional a partir de los reingresos.

La ausencia de circuitos formales de retroalimentación contribuye a la fragmentación del cuidado y debilita la continuidad asistencial, elemento clave en el manejo de enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca.

c) Estandarización y organización del cuidado

Los resultados ponen de manifiesto deficiencias en la estandarización del manejo hospitalario de la insuficiencia cardíaca descompensada. Si bien existe referencia al uso de guías clínicas para el ajuste terapéutico, estas no se aplican de forma sistemática ni uniforme entre los profesionales. La utilización de protocolos institucionales es irregular, lo que refleja una gobernanza clínica débil y una dependencia excesiva del criterio individual.

La planificación estructurada del alta hospitalaria emerge como uno de los puntos más vulnerables del proceso asistencial. En muchos casos, el alta se realiza sin una integración clara de tratamiento farmacológico, educación al paciente y programación del seguimiento, lo que compromete la continuidad del cuidado y aumenta el riesgo de descompensaciones tempranas. Esta falta de organización del alta refuerza un modelo asistencial centrado en la hospitalización, sin una adecuada proyección hacia el manejo ambulatorio.

d) Capacitación y soporte institucional

La capacitación del personal de salud en insuficiencia cardíaca descompensada se identifica como un factor crítico que influye transversalmente en la calidad de la atención. La ausencia de programas formativos continuos limita la actualización de conocimientos y la apropiación de guías clínicas, lo que se traduce en variabilidad en los procesos asistenciales y en la educación brindada al paciente.

Este déficit formativo también afecta la capacidad del personal para utilizar de manera efectiva los protocolos institucionales y para coordinar acciones con otros servicios. En

este contexto, la capacitación no puede ser considerada un componente accesorio, sino un elemento estructural para fortalecer la gestión hospitalaria y mejorar los resultados clínicos.

e) Gestión tecnológica del proceso asistencial

La gestión tecnológica del proceso asistencial presenta una integración limitada en el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada. Los sistemas electrónicos clínicos no se utilizan de forma consistente como herramientas de apoyo a la toma de decisiones, al registro sistemático de la información ni a la comunicación interservicios.

Esta subutilización tecnológica afecta la trazabilidad clínica y dificulta la continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria. La tecnología disponible no logra compensar las debilidades organizativas existentes, ya que no se encuentra plenamente integrada a los flujos asistenciales ni respaldada por normas claras de uso. Como resultado, el potencial de los sistemas electrónicos para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención permanece infrautilizado.

Experiencia del paciente: oportunidad, cuidados post–alt, educación y hábitos

a) Oportunidad asistencial

El análisis de la experiencia de los pacientes en relación con la oportunidad asistencial evidencia una discrepancia entre los tiempos reales de atención y la percepción subjetiva del servicio recibido. Si bien una proporción relevante de pacientes experimenta tiempos de espera prolongados antes de ser evaluados, la valoración global de la atención tiende a ser positiva. Esta aparente contradicción sugiere que la percepción del paciente está influenciada por factores como el trato del personal, la resolución del episodio agudo y la sensación de alivio clínico, más allá de la medición objetiva del tiempo de espera.

No obstante, desde una perspectiva de gestión hospitalaria, las demoras en la atención inicial representan un riesgo clínico en el contexto de la insuficiencia cardíaca descompensada, donde la intervención oportuna es determinante para evitar deterioro hemodinámico y complicaciones. La normalización de tiempos de espera prolongados

puede contribuir a una subestimación del impacto que estos tienen sobre los resultados clínicos, tanto por parte del sistema como de los propios pacientes.

b) Continuidad del cuidado post–alta

La continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria se configura como una de las principales debilidades del proceso asistencial desde la perspectiva del paciente. La ausencia de una programación clara de controles posteriores refleja una transición incompleta entre el ámbito hospitalario y el seguimiento ambulatorio. Esta situación deja al paciente en una posición de vulnerabilidad, obligándolo a gestionar por cuenta propia su acceso a controles médicos y aumentando el riesgo de interrupción del tratamiento.

En el contexto de una enfermedad crónica como la insuficiencia cardíaca, la falta de continuidad asistencial favorece el incumplimiento terapéutico, la progresión de la enfermedad y los reingresos hospitalarios evitables. La experiencia del paciente pone en evidencia que el alta hospitalaria no siempre se concibe como un proceso clínico integral, sino como el cierre administrativo de la hospitalización.

c) Educación y autocuidado

La educación brindada a los pacientes durante la hospitalización se presenta como parcial e inconsistente. Si bien algunos pacientes refieren haber recibido información sobre el uso de medicamentos, otros aspectos fundamentales para el autocuidado, como el reconocimiento de signos de alarma y el manejo de la dieta y la ingesta de líquidos, no son abordados de manera sistemática.

Esta brecha educativa limita la capacidad del paciente para participar activamente en el control de su enfermedad y para identificar precozmente los síntomas de descompensación. En consecuencia, la educación deficiente se convierte en un factor que perpetúa el ciclo de descompensaciones recurrentes y hospitalizaciones sucesivas. Desde la óptica de la gestión clínica, la educación al paciente debería ser considerada una intervención terapéutica esencial y no un complemento opcional del proceso asistencial.

d) Adherencia terapéutica y hábitos de vida

La evaluación de la adherencia terapéutica previa y el registro de hábitos de vida muestran una aplicación irregular en la atención del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada. La ausencia de una valoración sistemática de estos aspectos impide identificar factores modificables que influyen directamente en la evolución clínica, como el incumplimiento farmacológico, la dieta inadecuada o la falta de actividad física.

Desde la experiencia del paciente, esta omisión refuerza la percepción de un abordaje centrado en el episodio agudo, con escasa atención a los determinantes conductuales que condicionan la enfermedad a largo plazo. La falta de integración de la adherencia y los hábitos de vida en la evaluación clínica limita las posibilidades de implementar estrategias preventivas personalizadas y sostenibles, fundamentales para reducir la carga asistencial y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Regularidades transversales que explican el problema

A partir de los hallazgos de las encuestas al personal de salud y a los pacientes, se identifican patrones recurrentes que contribuyen a la complejidad y variabilidad en la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada:

- Evaluación inicial heterogénea: La aplicación de evaluaciones clínicas estructuradas y la identificación de factores precipitantes no se realiza de manera sistemática. Esto genera un primer contacto variable, donde algunos pacientes reciben un abordaje completo y otros solo una valoración parcial, afectando la detección temprana de descompensaciones y el riesgo de reingresos.
- Fragmentación interservicios: La coordinación entre emergencia, hospitalización, cardiología y enfermería es inconsistente. La información clínica no siempre fluye de forma ordenada entre los servicios, y la retroalimentación post-alta es limitada. Esto produce decisiones aisladas y dificulta la continuidad del cuidado, impactando la calidad del manejo y la seguridad del paciente.
- Deficiencias en gobernanza de flujos y tiempos: La ausencia de protocolos claros, formación regular y definición de tiempos estándar para estudios diagnósticos y ajustes terapéuticos genera prácticas individuales dependientes de la experiencia del

profesional. Esta situación compromete la oportunidad de intervenciones tempranas que podrían prevenir complicaciones y readmisiones.

- **Tecnología infrautilizada:** Aunque existen sistemas electrónicos clínicos, su implementación parcial y baja adopción limitan la trazabilidad de la atención. La falta de alertas automáticas y campos obligatorios impide identificar rápidamente a pacientes con alto riesgo de reingreso, dejando procesos críticos sujetos a la gestión manual.
- **Registro incompleto de determinantes y factores de riesgo:** La documentación de hábitos de vida, adherencia terapéutica y antecedentes cardiovasculares es irregular. Esto obstaculiza la identificación de patrones de riesgo y dificulta priorizar pacientes según su vulnerabilidad clínica.
- **Percepción del paciente y transparencia del sistema:** Los pacientes experimentan incertidumbre respecto a los tiempos de atención y seguimiento, reflejando la variabilidad del sistema. La opacidad en los procesos de derivación y seguimiento contribuye a la desconfianza y a la falta de adherencia a los controles post-alta.

Contrastes y corroboraciones clave

El contraste entre los datos del personal de salud y las experiencias de los pacientes evidencia discrepancias importantes que explican las brechas en la atención:

- **Fortalezas limitadas vs áreas críticas:** El uso consistente de biomarcadores diagnósticos representa una práctica relativamente sólida, mientras que la evaluación estructurada y la identificación de factores precipitantes son deficientes. Esta disparidad sugiere que la atención se centra más en datos objetivos que en un abordaje integral del paciente, limitando la priorización clínica.
- **Desfase entre diagnóstico y recursos:** La disponibilidad de ecocardiografía y el acceso a resultados de laboratorio son irregulares, provocando retrasos en la confirmación diagnóstica y en la toma de decisiones terapéuticas, incluso cuando existe sospecha clínica clara.
- **Continuidad vs decisiones aisladas:** La escasa retroalimentación post-alta y la coordinación interservicios limitada dificultan que la atención se ajuste según experiencias previas, generando un aprendizaje institucional débil y fragmentado.

- Registro clínico vs capacidad de intervención: La documentación irregular de hábitos, adherencia y factores de riesgo impide implementar alertas automatizadas, triajes clínicos y priorización basada en riesgo real. Esto afecta directamente la capacidad del hospital de prevenir reingresos y planificar intervenciones oportunas.

Implicación diagnóstica: nodos críticos a intervenir para la propuesta

La revisión de las regularidades transversales permite identificar nodos operativos clave que deben abordarse para mejorar la atención de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada:

- Primer contacto estandarizado: Implementar evaluaciones clínicas estructuradas obligatorias al ingreso, incluyendo identificación de factores precipitantes, para reducir variabilidad y priorizar pacientes de riesgo.
- Coordinación y retroalimentación efectiva: Establecer un circuito formal de comunicación entre emergencia, hospitalización y cardiología que permita registrar y analizar reingresos, ajustando prácticas según evidencia local.
- Gestión del tiempo y protocolos claros: Definir tiempos estándar para estudios diagnósticos, ajuste terapéutico y planificación del alta, asegurando intervenciones tempranas alineadas con la ventana crítica de prevención de complicaciones.
- Optimización tecnológica: Integrar plenamente los sistemas electrónicos clínicos con campos obligatorios y alertas automáticas que faciliten la trazabilidad, priorización de riesgo y seguimiento post-alta.
- Registro completo y comparabilidad de datos: Establecer un mínimo dataset para hábitos de vida, adherencia terapéutica y antecedentes relevantes, de modo que la información sea comparable, accionable y permita diseñar estrategias preventivas efectivas.

Capítulo 4. Propuesta de transformación

El presente capítulo desarrolla la propuesta de transformación orientada a optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Esta propuesta se construye a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional, los cuales evidenciaron brechas relevantes en los procesos asistenciales, la articulación interservicios, la estandarización del cuidado, la capacitación del personal y el uso de herramientas tecnológicas para garantizar continuidad y oportunidad en la atención.

La propuesta se concibe como un modelo de gestión hospitalaria factible, contextualizado y alineado a la realidad operativa del sistema público de salud, con el propósito de reducir la variabilidad clínica, fortalecer la toma de decisiones oportunas y mejorar los resultados asistenciales de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada.

3.1. Fundamentación de propuesta de transformación.

La propuesta de transformación surge a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional realizado en el hospital de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP), donde se identificaron brechas relevantes en la aplicación de procesos asistenciales clave para el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada. Entre los principales hallazgos se evidenciaron variaciones en la evaluación clínica inicial, demoras en la implementación de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, debilidades en la coordinación entre servicios y limitaciones en la planificación estructurada del alta hospitalaria. Estas deficiencias organizativas generan fragmentación del proceso asistencial, aumentan el riesgo de complicaciones clínicas y favorecen la ocurrencia de reingresos hospitalarios evitables (McDonagh et al., 2021).

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, la calidad de la atención depende no solo del conocimiento clínico individual de los profesionales, sino también de la manera en que los procesos asistenciales se encuentran organizados y coordinados dentro de la institución. Diversos estudios han demostrado que la ausencia de rutas clínicas

estructuradas y de protocolos institucionales estandarizados incrementa la variabilidad en la toma de decisiones médicas y afecta negativamente los resultados clínicos de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (Braunwald, 2019; Heidenreich et al., 2022).

En el caso específico de la insuficiencia cardíaca descompensada, la evidencia científica señala que el manejo oportuno durante las primeras horas de atención es determinante para mejorar el pronóstico clínico, reducir la duración de la hospitalización y disminuir la mortalidad hospitalaria. Las guías clínicas contemporáneas enfatizan la necesidad de implementar evaluaciones clínicas estructuradas, estratificación temprana del riesgo y el inicio precoz de terapias dirigidas al control de la congestión y la estabilización hemodinámica (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021).

Asimismo, la literatura internacional ha demostrado que los modelos organizativos basados en la gestión por procesos permiten optimizar la eficiencia hospitalaria, mejorar la coordinación interprofesional y fortalecer la continuidad del cuidado del paciente. Este enfoque considera la atención sanitaria como una secuencia organizada de actividades interdependientes que deben ser coordinadas para alcanzar resultados clínicos seguros y eficientes (Porter & Lee, 2013).

En este contexto, la propuesta de transformación busca reorganizar el proceso asistencial mediante la implementación de un modelo de gestión clínica hospitalaria que articule protocolos clínicos basados en evidencia, mecanismos de coordinación interprofesional y sistemas de monitoreo de resultados. Este modelo pretende transformar el abordaje actual, caracterizado por una práctica clínica heterogénea y dependiente de decisiones individuales, hacia un sistema estructurado, predecible y orientado a resultados clínicos medibles.

La viabilidad de la propuesta se sustenta en el aprovechamiento de las estructuras organizativas existentes dentro del sistema público de salud ecuatoriano, la implementación progresiva por fases y la priorización de intervenciones organizativas de bajo costo y alto impacto asistencial. Este enfoque facilita su sostenibilidad institucional

y su posible replicabilidad en otros establecimientos hospitalarios de características similares.

3.2. Estructura de la propuesta de transformación.

Objetivos de la propuesta de transformación

Objetivo general

Diseñar un modelo de gestión hospitalaria orientado al tiempo clínico, la evidencia científica y la continuidad del cuidado para optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivos específicos

- Estandarizar el proceso de identificación precoz y estratificación clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada desde su ingreso hospitalario.
- Implementar protocolos terapéuticos basados en guías clínicas internacionales para el manejo de la fase aguda de la insuficiencia cardíaca.
- Fortalecer la coordinación intrahospitalaria entre los servicios de emergencia, hospitalización, cardiología, enfermería y servicios de apoyo diagnóstico.
- Establecer un proceso estructurado de preparación del alta hospitalaria que incluya educación al paciente y planificación del seguimiento ambulatorio.
- Implementar un sistema de monitoreo mediante indicadores clínicos y organizativos que permita evaluar el desempeño del modelo y promover procesos de mejora continua.

La propuesta de transformación se estructura como un modelo de gestión hospitalaria orientado al tiempo clínico, la evidencia científica y la continuidad del cuidado, diseñado para optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El modelo integra componentes clínicos, organizativos y de gestión de la información que permiten reducir la variabilidad asistencial, mejorar la coordinación entre los servicios hospitalarios y garantizar la aplicación temprana de terapias recomendadas por las guías internacionales para el manejo de la insuficiencia cardíaca (McDonagh et al., 2021).

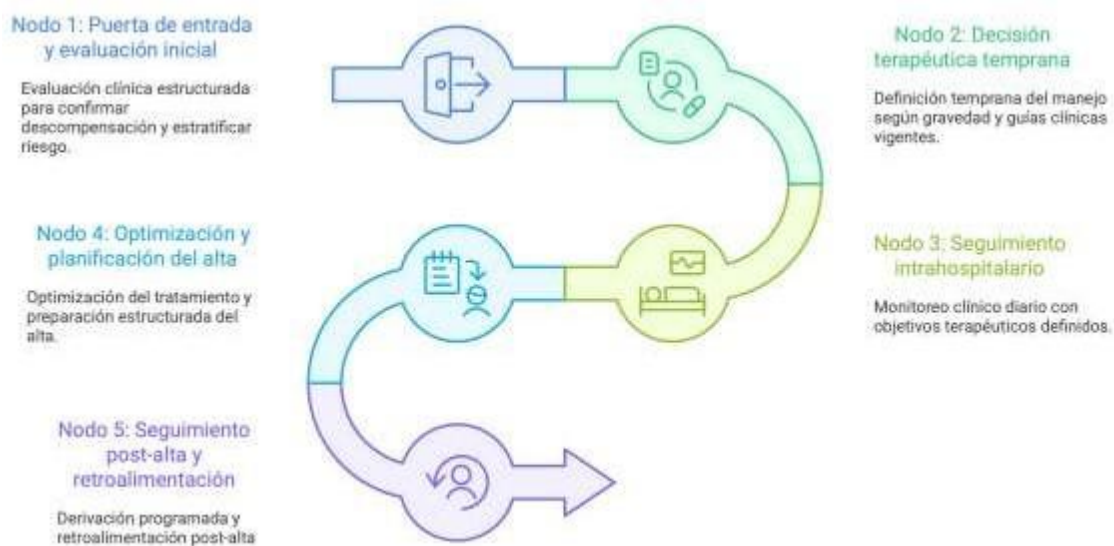
La arquitectura del modelo no se limita a introducir herramientas aisladas, sino que reorganiza la ruta asistencial completa del paciente, desde su ingreso por emergencia hasta la transición hacia el seguimiento ambulatorio. Este enfoque busca proteger las “ventanas de oportunidad terapéutica” propias de la insuficiencia cardíaca descompensada, donde las decisiones clínicas tempranas influyen de manera determinante en la mortalidad hospitalaria, la duración de la estancia y el riesgo de reingreso (Heidenreich et al., 2022).

El modelo se organiza en cinco componentes funcionales principales:

- Identificación precoz y estratificación inicial del paciente, orientada a reconocer de manera temprana la descompensación cardíaca y determinar el nivel de gravedad clínica.
- Manejo terapéutico agudo basado en guías clínicas, mediante la implementación de protocolos estandarizados que prioricen la estabilización hemodinámica y el control de la congestión.
- Coordinación intrahospitalaria del proceso asistencial, fortaleciendo la comunicación entre emergencia, hospitalización, cardiología, enfermería y servicios de apoyo diagnóstico.
- Preparación estructurada del alta hospitalaria, garantizando la optimización del tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la programación del seguimiento ambulatorio.
- Monitoreo de resultados y retroalimentación institucional, mediante la utilización de indicadores clínicos y organizativos que permitan evaluar el desempeño del modelo y promover procesos de mejora continua.

En conjunto, estos componentes configuran un modelo de gestión clínica que reorganiza el flujo asistencial del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada, promoviendo una atención más oportuna, coordinada y centrada en el paciente.

Ilustración 1. *Flujo operativo del modelo*



Nota. Elaborado por el autor.

Tabla 10. *Plan de intervención para la implementación del modelo.*

Componente	Actividad	Responsable	Recursos	Tiempo
Identificación precoz	Implementar protocolo de evaluación clínica inicial	Jefe de emergencia	Formularios clínicos	Mes 1
Manejo terapéutico	Elaborar guía terapéutica institucional	Cardiólogo	Guías clínicas	Mes 2

Coordinación intrahospitalaria	Crear comité de insuficiencia cardíaca	Dirección médica	Recursos humanos	Mes 2
Preparación del alta	Implementar formato de planificación del alta	Medicina interna	Material educativo	Mes 3
Monitoreo de resultados	Diseñar sistema de indicadores	Área de calidad	Base de datos	Mes 4

Nota. El plan de intervención organiza actividades, responsables y recursos para implementar el modelo, facilitando su seguimiento y evaluación. Elaboración propia.

Tabla 11. *Presupuesto estimado para la implementación del modelo de gestión.*

Actividad	Recurso requerido	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo total (USD)
Elaboración de protocolos clínicos	Honorarios de especialistas	2	200	400
Impresión de guías clínicas y formularios	Material impreso	100	3	300
Capacitación del personal de salud	Taller de capacitación	2	250	500
Desarrollo de formatos de registro clínico	Diseño de documentos	1	150	150
Implementación de sistema de indicadores	Soporte técnico	1	200	200
Total estimado				1550 USD

Nota. Estimación de costos basada en los recursos mínimos necesarios para la implementación del modelo en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Elaboración propia.

Tabla 12. *Cronograma integrado de implementación del modelo.*

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Elaboración de protocolos clínicos	X			
Diseño de formatos de evaluación clínica		X		
Capacitación del personal de salud		X	X	
Implementación del modelo en el hospital			X	
Monitoreo de indicadores clínicos			X	
Evaluación inicial del modelo				X

Nota. Cronograma propuesto para la implementación progresiva del modelo de gestión hospitalaria para la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

3.3. Valoración / evaluación / validación de la propuesta de transformación.

La valoración de la propuesta de transformación se realizó mediante un proceso de análisis técnico orientado a determinar su pertinencia, validez, factibilidad, aplicabilidad, capacidad de generalización y nivel de innovación, criterios ampliamente utilizados en la evaluación de propuestas de intervención en el ámbito de la gestión sanitaria (Donabedian, 2005).

Pertinencia

La propuesta se considera pertinente debido a que responde directamente a las necesidades identificadas durante el diagnóstico situacional del hospital, particularmente en relación con la heterogeneidad en la aplicación de procesos asistenciales, la falta de estandarización del manejo clínico y las debilidades en la continuidad del cuidado posterior al alta. Estas problemáticas han sido ampliamente documentadas en la literatura internacional como factores que influyen en los resultados clínicos de los pacientes con insuficiencia cardíaca (Dharmarajan et al., 2013).

Validez

La validez de la propuesta se sustenta en su coherencia con las recomendaciones establecidas en las guías internacionales para el manejo de la insuficiencia cardíaca, las cuales destacan la importancia de la estratificación temprana del riesgo, la aplicación oportuna de terapias basadas en evidencia y la planificación estructurada del alta hospitalaria (Heidenreich et al., 2022; McDonagh et al., 2021).

Factibilidad

La factibilidad de implementación se basa en que el modelo propuesto utiliza recursos organizativos ya existentes dentro del hospital, tales como los equipos clínicos, los servicios de apoyo diagnóstico y los sistemas de registro de información clínica. Esto permite que la propuesta pueda ser implementada sin requerir inversiones tecnológicas complejas o modificaciones estructurales significativas.

Aplicabilidad

El modelo presenta un alto grado de aplicabilidad, ya que sus componentes pueden ser utilizados por diferentes profesionales de la salud involucrados en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca, incluyendo médicos, enfermeras y personal administrativo. Además, las herramientas organizativas propuestas pueden integrarse dentro de los protocolos institucionales existentes.

Generalización

Debido a que el modelo se basa en principios de gestión clínica ampliamente aceptados y en recomendaciones de guías internacionales, su aplicación podría extenderse a otros hospitales de segundo nivel del sistema público de salud que presenten condiciones organizativas similares.

Novedad y originalidad

La propuesta introduce un enfoque organizativo integral que articula componentes clínicos, administrativos y de gestión de la información dentro de una ruta asistencial estructurada para el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada, lo que representa una innovación en el contexto institucional donde se desarrolla la investigación.

Indicadores de evaluación del modelo

Para evaluar el impacto de la propuesta se establecieron indicadores de proceso y resultado con una línea base y metas cuantitativas:

Tabla 13. *Indicadores de evaluación del modelo de gestión para la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada*

Indicador	Línea base	Meta
Evaluación clínica estructurada en emergencia	50 %	≥85 %
Inicio de tratamiento en primeras 2 horas	40 %	≥80 %
Pacientes con planificación estructurada del alta	41 %	≥90 %
Programación de control post-alta	41 %	≥85 %
Reingresos hospitalarios a 30 días	25 %	≤15 %

Nota. Indicadores definidos para evaluar la implementación del modelo de gestión propuesto en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Elaboración propia.

Estos indicadores permiten monitorear la implementación del modelo y evaluar su impacto sobre la calidad de la atención y los resultados clínicos.

Validación mediante juicio de expertos

La propuesta fue sometida a un proceso de validación mediante juicio de expertos en el área de cardiología, medicina interna y gestión hospitalaria. Los especialistas evaluaron la propuesta considerando criterios de pertinencia, coherencia metodológica, claridad conceptual y viabilidad operativa.

Los resultados de la valoración indicaron un alto nivel de aceptación de la propuesta, destacándose su coherencia con las recomendaciones internacionales para el manejo de la insuficiencia cardíaca y su potencial para mejorar la coordinación del proceso asistencial dentro del hospital.

Recursos necesarios para la implementación

La implementación del modelo requiere principalmente recursos organizativos y humanos, entre los cuales se incluyen:

- Capacitación del personal médico y de enfermería en el uso de protocolos clínicos estandarizados.
- Desarrollo de herramientas de registro clínico estructurado.
- Creación de un comité multidisciplinario de insuficiencia cardíaca.
- Apoyo del área de estadística o gestión de calidad para el monitoreo de indicadores.
- Tiempo institucional destinado a reuniones de seguimiento y evaluación del modelo.

La utilización de recursos ya existentes dentro del hospital favorece la sostenibilidad del modelo y facilita su implementación progresiva.

Plan de gestión de riesgos

Para garantizar la viabilidad del modelo se identificaron posibles riesgos operativos, tales como resistencia al cambio organizacional, limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos o dificultades en la coordinación entre servicios. Como estrategias de mitigación se proponen procesos de capacitación continua, fortalecimiento del liderazgo clínico y monitoreo periódico de los indicadores de desempeño.

La propuesta de transformación desarrollada en esta investigación constituye una estrategia organizativa orientada a mejorar la calidad de la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del sistema público de salud. La implementación del modelo propuesto permite reorganizar el proceso asistencial, fortalecer la coordinación entre servicios y mejorar la continuidad del cuidado del paciente desde su ingreso hasta el seguimiento posterior al alta.

La valoración realizada evidencia que la propuesta cumple con los criterios de pertinencia, validez, factibilidad, aplicabilidad, generalización y novedad establecidos para este tipo de intervenciones en el ámbito de la gestión sanitaria. Asimismo, el establecimiento de indicadores de evaluación, la validación mediante juicio de expertos y la planificación de los recursos necesarios para su implementación contribuyen a garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el contexto institucional analizado.

CONCLUSIONES

La investigación permitió proponer un modelo de gestión hospitalaria orientado a optimizar el manejo oportuno de la insuficiencia cardíaca descompensada en hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La implementación de este modelo busca mejorar la coordinación interservicios, reducir la variabilidad en la atención y garantizar procesos clínicos oportunos y continuos, alineados con las guías nacionales e internacionales.

Se determinó que el marco teórico-conceptual y regulatorio proporciona principios claros sobre atención integral, continuidad del cuidado y uso racional de recursos. Sin embargo, su aplicación en hospitales de segundo nivel es parcial y heterogénea. La existencia de guías técnicas adecuadas no asegura la estandarización de los procesos clínicos, evidenciando la necesidad de mecanismos locales de gestión que fortalezcan la incorporación efectiva de la evidencia científica a la práctica hospitalaria.

La caracterización del manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada evidenció demoras en la atención inicial, falta de continuidad en la monitorización intrahospitalaria y debilidades en la planificación del alta. Estas deficiencias afectan la oportunidad del tratamiento y elevan el riesgo de reingresos hospitalarios. Asimismo, se identificó una débil articulación entre los servicios clínicos y administrativos, lo que refleja la necesidad de estandarizar procesos y roles para asegurar un flujo asistencial coherente.

La elaboración del modelo de gestión hospitalaria propone una ruta asistencial estructurada, con cinco componentes funcionales: identificación precoz y estratificación inicial, manejo terapéutico agudo basado en guías, coordinación intrahospitalaria, preparación estructurada del alta y monitoreo de resultados. Este modelo establece responsabilidades claras, reglas de priorización y mecanismos de retroalimentación, fortaleciendo la eficiencia operativa y la calidad de la atención, y contribuyendo a la reducción de reingresos hospitalarios evitables.

En conjunto, los hallazgos indican que la implementación del modelo de gestión hospitalaria es pertinente, válida y factible dentro del contexto de hospitales de segundo

nivel del MSP del Ecuador. Su aplicación permitiría transformar un manejo clínico fragmentado y reactivo en un sistema organizado, coordinado y centrado en el paciente, mejorando tanto los resultados clínicos como la experiencia del usuario y la eficiencia institucional. La propuesta también es replicable y adaptable a otros contextos hospitalarios con características similares, consolidando una base sólida para la mejora continua en la atención de la insuficiencia cardíaca descompensada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que futuras investigaciones sobre la gestión hospitalaria de la insuficiencia cardíaca descompensada adopten un enfoque basado en procesos, considerando la implementación del modelo propuesto como un objeto de evaluación continuo. Esto incluye la definición de indicadores de línea base, establecimiento de metas cuantitativas y desarrollo de un plan de monitoreo y retroalimentación que permita ajustar oportunamente las acciones del modelo. Además, es importante validar la propuesta con expertos en gestión hospitalaria y cardiología antes de su aplicación práctica, asegurando que la propuesta sea pertinente, factible, aplicable y pueda ser generalizable a otros contextos hospitalarios semejantes.

Se sugiere fortalecer la formación del personal de salud en gestión clínica integrada, estandarización de protocolos y toma de decisiones basada en evidencia. La integración de los resultados de esta investigación en programas de capacitación, talleres institucionales y en la actualización de guías locales permitirá que el conocimiento teórico se vincule con la práctica clínica. Esta estrategia contribuirá a reducir la variabilidad en la atención, mejorar la coordinación entre los servicios hospitalarios y garantizar que los profesionales de salud cuenten con las competencias necesarias para aplicar un modelo de gestión hospitalaria orientado a resultados.

Se recomienda que los hospitales de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopten el modelo de gestión hospitalaria propuesto, centrado en la estandarización de procesos, optimización del tiempo clínico y continuidad del cuidado del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada. Esto implica reorganizar los flujos asistenciales para asegurar una evaluación inicial estructurada, un seguimiento intrahospitalario sistemático y una planificación del alta que incluya educación al paciente y coordinación del seguimiento ambulatorio, con el objetivo de reducir complicaciones y reingresos hospitalarios. Además, es fundamental implementar mecanismos de coordinación interservicios y monitoreo de desempeño mediante indicadores de proceso y resultado, permitiendo evaluar el impacto del modelo, realizar

ajustes continuos y consolidar una cultura de mejora permanente de la calidad de la atención hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmed, A., Ahmed, R., & Ali, M. (2024). Multidisciplinary care approaches in heart failure management and their impact on clinical outcomes. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 25(2), 101–109. <https://doi.org/10.1097/JCM.0000000000000000>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making — The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Baris, A., & Tabit, C. E. (2025). Hospital readmissions in patients with heart failure: Current challenges and prevention strategies. *Heart Failure Reviews*, 30(1), 45–54. <https://doi.org/10.1007/s10741-024-10456-2>
- Bekelman, D. B., Rumsfeld, J. S., & Havranek, E. P. (2022). Multidisciplinary care for patients with heart failure: Clinical outcomes and patient-centered approaches. *Circulation: Heart Failure*, 15(4), e009876. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.009876>
- Braunwald, E. (2008). *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (8th ed.). Saunders Elsevier.
- Braunwald, E. (2019). The war against heart failure: The Lancet lecture. *The Lancet*, 385(9970), 812–824. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61889-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61889-4)
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial No. 449.
- Dharmarajan, K., Hsieh, A. F., Lin, Z., Bueno, H., Ross, J. S., Horwitz, L. I., Barreto-Filho, J. A., Kim, N., Bernheim, S. M., Suter, L. G., Drye, E. E., Krumholz, H. M. (2013). Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure. *JAMA*, 309(4), 355–363. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.216476>

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fernández-Rodríguez, D., Martínez-Selles, M., & García-Pérez, J. (2023). Clinical consensus on acute heart failure management in hospital settings. *European Journal of Internal Medicine*, 108, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.02.015>
- Fonarow, G. C., Abraham, W. T., Albert, N. M., Stough, W. G., Gheorghiade, M., Greenberg, B. H., O'Connor, C. M., Sun, J. L., Yancy, C. W., & Young, J. B. (2011). Influence of a performance-improvement initiative on quality of care for patients hospitalized with heart failure. *JAMA*, 285(7), 857–864.
- Fonarow, G. C., Yancy, C. W., & Albert, N. M. (2017). Improving evidence-based care for heart failure. *Circulation*, 135(4), 349–362. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024937>
- Gómez, E., Rodríguez, J., & Paniagua, D. (2019). Heart failure in Latin America: Epidemiology and management challenges. *International Journal of Cardiology*, 274, 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.07.115>
- Greene, S. J., Butler, J., & Gheorghiade, M. (2021). Digital health strategies for heart failure management. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(9), 1230–1240. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.12.065>
- Greene, S. J., Fonarow, G. C., & Butler, J. (2022). Value-based care in heart failure: Improving outcomes and reducing costs. *Circulation*, 145(12), 934–946. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055034>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

- Hammer, M. (2015). What is business process management? In J. vom Brocke & M. Rosemann (Eds.), *Handbook on business process management* (pp. 3–16). Springer.
- Harris, M., Wagner, E., & Austin, B. (2023). The Chronic Care Model in heart failure management. *Health Affairs*, 42(4), 512–520.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.01456>
- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., et al. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17), e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
- Heidenreich, P. A., & Sandhu, A. T. (2024). Epidemiology and burden of heart failure in modern healthcare systems. *Circulation*, 149(3), 197–210.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.123.066234>
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., et al. (2021). 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 42(36), 3599–3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Lineamientos y políticas del sistema nacional de salud*. MSP.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Agenda digital de salud 2023–2027*. MSP.

- OECD. (2020). *Health at a glance 2020: OECD indicators*. OECD Publishing.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Perfil del sistema de salud del Ecuador*. OPS.
- Packer, M., Coats, A. J., Fowler, M. B., et al. (1999). Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *New England Journal of Medicine*, 344(22), 1651–1658. <https://doi.org/10.1056/NEJM199906033402201>
- Ponikowski, P., Voors, A., Anker, S., et al. (2016). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 37(27), 2129–2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
- Ponikowski, P., Voors, A., & Anker, S. (2023). Heart failure: Current concepts and future directions. *European Heart Journal*, 44(2), 89–101. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac783>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated practice units and value-based health care delivery. *New England Journal of Medicine Catalyst*, 2(3).
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Rojas-Hernández, C., González, J., & López, M. (2020). Heart failure care gaps in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.34>

- Sánchez, L., Pérez, M., & Morales, R. (2020). Clinical management of heart failure in Ecuadorian hospitals: An observational study. *Revista Ecuatoriana de Cardiología*, 27(2), 45–52.
- Sousa, L., Silva, R., & Ferreira, J. (2023). Hospital-based multidisciplinary programs for heart failure management. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(5), 421–429. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac083>
- Virani, S. S., Alonso, A., Aparicio, H. J., et al. (2023). Heart disease and stroke statistics—2023 update. *Circulation*, 147(8), e93–e621. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the unexpected: Sustained performance in a complex world* (3rd ed.). Wiley.
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <https://www.who.int>

ANEXOS

Encuesta para personal de salud

Indicador (qué se mide)	Reactivo de la encuesta	Escala sugerida
Uso sistemático de evaluación inicial estructurada	En pacientes que ingresan con disnea o sospecha de insuficiencia cardíaca descompensada, ¿con qué frecuencia utiliza una evaluación clínica estructurada (congestión, perfusión, clase funcional)?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Solicitud temprana de biomarcadores	En la admisión hospitalaria por sospecha de insuficiencia cardíaca descompensada, ¿con qué frecuencia solicita BNP o NT-proBNP?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Identificación de factores precipitantes	¿Con qué frecuencia identifica y documenta factores desencadenantes como infecciones, abandono terapéutico, arritmias o crisis hipertensiva?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Acceso oportuno a ecocardiografía	¿Qué tan factible es obtener un ecocardiograma transtorácico dentro de las primeras 48–72 horas de hospitalización?	Muy difícil / Difícil / Neutro / Fácil / Muy fácil
Coordinación interservicios	¿Cómo calificaría la coordinación entre emergencia, hospitalización, cardiología y enfermería?	Muy deficiente / Deficiente / Aceptable / Buena / Muy buena
Ajuste terapéutico basado en guías	Durante la hospitalización, ¿con qué frecuencia se ajusta el	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre

	tratamiento conforme a guías clínicas vigentes?	
Planificación estructurada del alta	¿Con qué frecuencia se documenta un plan de alta que incluya tratamiento, educación y control posterior?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Educación al paciente	¿Con qué frecuencia se brinda educación estructurada sobre signos de alarma, adherencia terapéutica y autocuidado?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Retroalimentación post-alta	¿Recibe información sobre la evolución o reingresos de pacientes con insuficiencia cardíaca tras el alta?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Existencia y uso de protocolo	El hospital cuenta con un protocolo institucional para el manejo de la insuficiencia cardíaca descompensada y usted lo utiliza.	No existe / Existe pero no lo uso / Existe y lo uso ocasionalmente / Existe y lo uso siempre
Capacitación reciente	En los últimos 12 meses, ¿cuántas capacitaciones formales (>2 horas) ha recibido sobre insuficiencia cardíaca?	0 / 1 / 2 / 3 / ≥ 4
Uso de sistemas electrónicos	¿Qué porcentaje de la atención y referencias se realiza mediante el sistema electrónico institucional?	0 % / 1–25 % / 26–50 % / 51–75 % / >75 %

Encuesta para pacientes

Indicador (qué se mide)	Reactivo de la encuesta	Escala sugerida
-------------------------	-------------------------	-----------------

Tiempo hasta la atención médica	Desde que llegó al hospital con dificultad respiratoria o edema, ¿cuánto tiempo pasó hasta ser evaluado por un médico?	<30 min / 30–60 min / 1–2 h / >2 h / No recuerda
Comprensión del diagnóstico	¿Le explicaron claramente que tenía insuficiencia cardíaca descompensada?	Nada claro / Poco claro / Medianamente claro / Claro / Muy claro
Hospitalizaciones previas	¿Cuántas veces ha sido hospitalizado por problemas cardíacos en el último año?	1 / 2 / 3 / 4 / ≥ 5
Educación sobre signos de alarma	Antes del alta, ¿le explicaron los signos de alarma por los que debe regresar al hospital?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Educación sobre medicamentos	¿Le explicaron para qué sirven sus medicamentos y cómo debe tomarlos?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Educación sobre dieta y líquidos	¿Le explicaron sobre la restricción de sal y líquidos?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Evaluación de adherencia previa	¿Durante su atención le preguntaron si tomaba correctamente sus medicamentos antes de empeorar?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Registro de hábitos de vida	¿Le preguntaron sobre alimentación, actividad física o consumo de alcohol?	Nunca / Rara vez / A veces / Frecuentemente / Siempre
Programación de control post-alta	¿Salió del hospital con una cita programada para control médico?	No / Sí, sin fecha clara / Sí, con fecha definida

Percepción de oportunidad de atención	¿Considera que recibió atención oportuna para su problema cardíaco?	Totalmente en desacuerdo / En desacuerdo / Neutral / De acuerdo / Totalmente de acuerdo
---------------------------------------	---	---