



Estrategias gerenciales efectivas para la disminución de la incidencia de infecciones
asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General
San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador período 2024-2025

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc. en

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Lcda. Jessica Estefanía Narváez Medina

México-Diciembre, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Narváez, Jessica (2025). *Estrategias gerenciales enfocadas en la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador período 2024-2025* [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

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan una de las principales complicaciones en las unidades de terapia intensiva (UTI), donde los pacientes requieren cuidados invasivos y prolongados. En el Hospital General San Vicente de Paúl, ubicado en la ciudad de Ibarra, se ha identificado un incremento en la incidencia de estas infecciones, lo que impacta de manera directa en la calidad de la atención, eleva la morbilidad y mortalidad, y genera mayores costos institucionales. Frente a este escenario, se planteó la necesidad de desarrollar estrategias gerenciales orientadas a reducir la incidencia de IAAS y mejorar la seguridad del paciente. El estudio se fundamentó en un enfoque mixto con diseño explicativo secuencial. En la fase cuantitativa se aplicaron encuestas tipo Likert a médicos, enfermeras y auxiliares de la UTI, mientras que la fase cualitativa incluyó entrevistas semiestructuradas y análisis documental. Los instrumentos fueron validados por el área de docencia del hospital mediante juicio de expertos. Los resultados mostraron que el 72.5 % del personal consideró que las estrategias fueron explicadas con claridad y el 75.8 % opinó que los protocolos eran fáciles de seguir. Sin embargo, la capacitación recibió valoraciones menos favorables (61.3 % positivas), lo que evidencia la necesidad de reforzar procesos formativos. El 67.7 % reconoció que se redujeron las infecciones y el 71 % destacó un mejor apoyo gerencial, aunque persistieron percepciones divididas sobre la suficiencia de recursos. Se elaboró una propuesta de transformación sustentada en teorías de gestión de la calidad, seguridad del paciente y guías internacionales. La propuesta contempla capacitación continua, supervisión sistemática, provisión de insumos y fortalecimiento del liderazgo organizacional. Se concluye que la aplicación de estas estrategias resulta pertinente, factible y replicable en otros contextos, contribuyendo a reducir las IAAS y consolidar una cultura hospitalaria enfocada en la seguridad del paciente.

Palabras clave: *infecciones asociadas a la atención sanitaria, gestión hospitalaria, terapia intensiva, estrategias gerenciales, seguridad del paciente.*

ABSTRACT

Healthcare-associated infections (HAIs) represent one of the main complications in intensive care units (ICUs), where patients require invasive and prolonged care. At the General Hospital San Vicente de Paúl, located in the city of Ibarra, an increase in the incidence of these infections has been identified, directly impacting the quality of care, raising morbidity and mortality, and generating higher institutional costs. Faced with this scenario, it became necessary to develop managerial strategies aimed at reducing the incidence of HAIs and improving patient safety. The study was based on a mixed-method approach with a sequential explanatory design. In the quantitative phase, Likert-type surveys were applied to physicians, nurses, and ICU assistants, while the qualitative phase included semi-structured interviews and document analysis. The instruments were validated by the hospital's teaching department through expert judgment. The results showed that 72.5% of the staff considered the strategies to have been clearly explained, and 75.8% stated that the protocols were easy to follow. However, training received less favorable ratings (61.3% positive), highlighting the need to strengthen educational processes. A total of 67.7% of respondents acknowledged a reduction in infections, and 71% emphasized stronger managerial support, although divided perceptions persisted regarding the sufficiency of resources. A transformation proposal was developed, supported by theories of quality management, patient safety, and international guidelines. The proposal includes continuous training, systematic supervision, adequate provision of supplies, and the strengthening of organizational leadership. It is concluded that the implementation of these strategies is pertinent, feasible, and replicable in other contexts, contributing to the reduction of HAIs and the consolidation of a hospital culture focused on patient safety.

Keywords: *healthcare-associated infections, hospital management, intensive care, managerial strategies, patient safety.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su amor incondicional, su guía y fortaleza en cada etapa de este proceso. Su compañía constante fue mi sostén y la luz que me permitió avanzar con confianza y esperanza durante la elaboración de esta tesis.

A mis maestros, por compartir generosamente sus conocimientos, por su dedicación y por el acompañamiento brindado a lo largo de la maestría. Su guía académica y profesional fue fundamental para culminar con éxito esta etapa.

A mi hermano Jhon, por su motivación permanente, por estar presente en los momentos de desafío y por recordarme siempre la importancia de perseverar. Su apoyo sincero hizo que este camino sea más llevadero y significativo.

A todos, mi más profundo agradecimiento.

DEDICATORIAS

A mi amado hijo, por ser mi inspiración más grande, mi fortaleza y la razón principal para alcanzar esta meta. Su amor y paciencia me dieron la motivación necesaria para no rendirme en los momentos más difíciles.

A mi querida abuelita, por sus oraciones, consejos y cariño incondicional que siempre me sostuvo. Su ejemplo de vida ha sido una guía que me acompañó a lo largo de este proceso.

A mi familia, por su apoyo constante, por creer en mí incluso en los momentos de mayor dificultad y por brindarme siempre sus palabras de aliento. Este logro también es suyo, porque fue posible gracias a la unión, respaldo y amor que me ofrecieron durante esta trayectoria.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Capítulo 1: Proyección de la investigación.....	4
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio	4
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Formulación del problema.....	7
1.4. Justificación.....	7
1.5. Objeto de estudio	10
1.6. Campo de acción.....	10
1.7. Objetivo general y específicos.....	10
1.7.1. Objetivo general	10
1.7.2. Objetivos específicos.....	11
1.8. Hipótesis	11
1.9. Alcance temático	11
1.10. Delimitación espacial y temporal	12
2. Capítulo 2: Marco teórico referencial	13
2.1. Estado del arte (marco histórico y actual)	13
2.2. Marco teórico	19
2.2.1. Estrategias gerenciales en el control de IAAS	20
2.3. Marco conceptual	24

2.3.1. Infecciones asociadas a la atención sanitaria.....	24
2.3.2. Estrategias gerenciales.....	25
2.3.3. Cultura organizacional.....	25
2.4. Marco legal y normativo	30
3. Capítulo 3: Fundamentos metodológicos.....	34
3.1. Matriz de Operacionalización de Variables.....	34
3.2. Diseño Metodológico.....	39
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.....	39
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.....	41
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos	42
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección	43
Población	43
Muestra.....	43
Tamaño de la muestra.....	44
Criterios de inclusión.....	44
Criterios de exclusión.	44
3.3. Trabajo de Campo	44
3.3.1. Aplicación de los instrumentos.....	46
3.3.2. Procesamiento de la información	48
3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos	49
3.4.1. Descripción del proceso de aplicación de los instrumentos	49
3.5. Redacción de resultados y discusión	¡Error! Marcador no definido.
4. Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN.....	67
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.....	67
4.2. Estructura de la propuesta de transformación.....	68
4.2.1. Objetivos de la propuesta	69
4.2.2. Aparato teórico, conceptual y referencial.....	70
4.2.3. Aparato o cuerpo referencial	72
4.2.4. Cuerpo operacional e instrumental	73

4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación ..	76
4.3.1. Indicadores de valoración de la propuesta.....	77
4.3.2. Criterios de evaluación e instrumentación.....	78
4.3.3. Recursos necesarios para la implementación.....	79
4.3.4. Validación de requisitos de la propuesta	81
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	86
5. Referencias bibliográficas	89
Anexos	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución por edad del personal de terapia intensiva	50
Figura 2. Distribución por género del personal encuestado	51
Figura 3. Distribución del personal según profesión.....	52
Figura 4. Años de experiencia en terapia intensiva	53
Figura 5. Dimensión 1: Implementación de estrategias	55
Figura 6. Dimensión 2: Eficiencia de las estrategias.....	56
Figura 7. Dimensión 3: Adherencia a las estrategias.....	57
Figura 8. Dimensión 4: Apoyo gerencial y organizacional	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables	35
Tabla 2. Cronograma de actividades y responsables	47
Tabla 3. Características sociodemográficas de los profesionales de salud encuestados ..	50
Tabla 4. Distribución de respuestas a la encuesta tipo Likert sobre estrategias gerenciales	53
Tabla 5. Categorías de respuestas a la pregunta abierta sobre mejoras en estrategias gerenciales para reducir IAAS.....	59
Tabla 6. Categorías de respuestas a la pregunta abierta sobre mejoras en estrategias gerenciales para reducir IAAS.....	60
Tabla 7. Objetivos de la propuesta	69
Tabla 8. Aparato teórico y conceptual.....	70
Tabla 9. Aparato o cuerpo referencial	72
Tabla 10. Cuerpo operacional e instrumental.....	73
Tabla 11. Plan de intervención según fases de la propuesta.....	75
Tabla 12. Indicadores de valoración de la propuesta.....	77
Tabla 13. Criterios de evaluación de la propuesta.....	79

Tabla 14. Recursos necesarios para la propuesta.....	80
Tabla 15. Validación de requisitos de la propuesta	81

INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan una de las mayores amenazas para la seguridad del paciente en los hospitales, especialmente en unidades de terapia intensiva (UTI). En estos entornos, la gravedad de los pacientes y la naturaleza invasiva de los tratamientos médicos incrementan significativamente el riesgo de infecciones, lo que puede afectar negativamente a la evolución clínica de los pacientes y aumentar los costos de atención (Zimlichman et al., 2013). La prevalencia de IAAS en las unidades de terapia intensiva sigue siendo particularmente alta debido a la vulnerabilidad de los pacientes críticos y a la complejidad del entorno hospitalario, donde factores como el uso prolongado de dispositivos médicos, la administración de antibióticos y la insuficiencia de medidas de control de infecciones pueden facilitar la propagación de patógenos resistentes (Allegranzi et al., 2016).

A esto se suma el hecho de que muchas de estas infecciones se desarrollan por microorganismos multirresistentes, lo cual agrava aún más la situación y limita las opciones terapéuticas disponibles. El uso frecuente de catéteres venosos centrales, sondas urinarias, ventilación mecánica y otros procedimientos invasivos aumenta el riesgo de infecciones del torrente sanguíneo, urinarias y respiratorias, que suelen ser las más comunes en las UTI. En consecuencia, estas infecciones no solo prolongan el tiempo de hospitalización y elevan la carga económica, sino que también incrementan el riesgo de mortalidad, afectando directamente los desenlaces clínicos.

En este contexto, el papel de la gestión hospitalaria se vuelve determinante. Las estrategias gerenciales orientadas a la prevención y control de las IAAS deben basarse en la evidencia científica y ajustarse a la realidad institucional. No se trata únicamente de establecer normas, sino de garantizar su aplicación efectiva mediante una planificación adecuada, el monitoreo constante y la evaluación periódica. Además, la formación continua del personal de salud, la supervisión del cumplimiento de los protocolos y la comunicación clara entre los diferentes niveles jerárquicos son elementos clave para mantener un entorno seguro.

Otro aspecto relevante es la cultura organizacional. La manera en que el equipo de salud percibe la seguridad del paciente, su disposición a seguir los protocolos establecidos y la respuesta institucional ante incidentes relacionados con IAAS influyen directamente en los resultados. Cuando se promueve una cultura que valora la prevención, la colaboración y la responsabilidad compartida, es más probable que las estrategias funcionen. En cambio, en ambientes donde hay escaso compromiso institucional o resistencia al cambio, las medidas adoptadas suelen ser menos efectivas (Sexton et al., 2018).

El presente estudio se enfoca en el Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la ciudad de Ibarra, durante el periodo 2024–2025, con el propósito de analizar las estrategias gerenciales que se han implementado en la unidad de terapia intensiva para reducir la incidencia de IAAS. Se busca describir cómo se aplican los protocolos existentes, qué recursos se han destinado a su cumplimiento y cuál es la percepción del personal respecto a su efectividad. A través de esta investigación, se pretende generar información útil que contribuya a fortalecer las acciones de control de infecciones y a mejorar los procesos relacionados con la calidad de atención en este nivel de complejidad.

La investigación se estructura en 4 capítulos, el primero incluye la proyección de la investigación donde se presentan los aspectos correspondientes a la línea de investigación que se trabaja y su ámbito de estudio, desarrollo del planteamiento del problema, formulación pregunta de investigación, así como la justificación, objeto de estudio y campo de acción, en correspondencia se formula el objetivo general y específicos vinculados estos últimos a los procesos, la hipótesis y el alcance temático y delimitación espacial y temporal

El segundo capítulo está dedicado a los fundamentos teóricos referenciales., donde se relaciona el Estado del Arte (marco Histórico y Actual), así como el marco teórico y conceptual de la investigación en relación con el contexto del problema y el marco legal normativo.

El tercer capítulo dedicado a los fundamentos metodológicos y resultados de investigación , detallando el proceso de operacionalización de variables , el enfoque

metodológico asumido, el diseño utilizado y el tipo de investigación, todo ello en relación con los métodos teóricos y empíricos asumidos, donde se relacionan las técnicas y los instrumentos de recolección de datos para su respectiva aplicación desde la población y la muestra seleccionada, finalmente se detallan los resultados alcanzados.

El cuarto capítulo dedicado a la propuesta de transformación derivado de los hallazgos encontrados en el proceso de análisis e interpretación de los resultados, lo cual permite la fundamentación de la propuesta de transformación, la realización de la estructuración así como la valoración/ evaluación y validación de la propuesta.

Capítulo 1: Proyección de la investigación

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio

El presente trabajo se inscribe en la línea de investigación de Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales del programa de la UIIX. Esta línea aborda la planificación, organización, dirección y control de procesos hospitalarios mediante la aplicación de modelos de gestión moderna, con el objetivo de optimizar la calidad, la seguridad y la eficiencia en los servicios de salud.

El ámbito temático corresponde a la gestión de la calidad y la seguridad del paciente en instituciones hospitalarias, con énfasis en las estrategias gerenciales aplicadas a la prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Este enfoque integra los principios de gobernanza clínica, liderazgo estratégico, gestión de riesgos, cultura organizacional y cumplimiento de estándares nacionales e internacionales de bioseguridad.

En este contexto, resulta fundamental analizar e implementar estrategias gerenciales efectivas que permitan disminuir la incidencia de IAAS, no solo desde la perspectiva clínica, sino también desde la planificación estratégica y organizacional. La investigación se justifica porque se orienta a fortalecer los procesos de liderazgo, comunicación y coordinación entre equipos multidisciplinarios, a mejorar la adherencia a protocolos de bioseguridad y a promover una cultura institucional centrada en la seguridad del paciente.

El estudio en el Hospital General San Vicente de Paúl (Ibarra, período 2024–2025) permitirá identificar las prácticas de gestión más efectivas, adaptarlas a la realidad local y generar evidencia aplicable a otras instituciones de salud del país. De esta forma, el proyecto contribuye al desarrollo de políticas hospitalarias basadas en resultados, alineadas con los objetivos estratégicos de la UIIX en materia de gestión organizacional y fortalecimiento de la calidad asistencial.

1.2. Planteamiento del problema

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) se han consolidado como una de las principales complicaciones en el entorno hospitalario, especialmente en las unidades de terapia intensiva (UTI). Estas infecciones representan una amenaza constante para los pacientes críticos debido a la complejidad de su estado de salud y a la necesidad de procedimientos invasivos que aumentan el riesgo de adquirirlas. Su impacto trasciende la esfera clínica, ya que incrementan la morbilidad y mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y elevan los costos de la atención médica, convirtiéndose en un desafío prioritario para los sistemas de salud a nivel mundial.

La magnitud del problema ha sido documentada en diversos estudios. En Europa del Este, un estudio prospectivo realizado en Polonia entre 2015 y 2017 encontró que las IAAS asociadas a dispositivos alcanzaban el 18,6 % de los pacientes ingresados en UCI, siendo la neumonía asociada a ventilación mecánica la más frecuente con una densidad de incidencia de 12,63 por 1000 días de ventilador (Duszynska et al., 2020).

En América Latina, la situación resulta aún más preocupante. En Argentina, un estudio multicéntrico reciente (2025) evidenció que el 29,2 % de las infecciones en UCI fueron causadas por microorganismos multirresistentes, siendo la neumonía asociada a ventilador el cuadro clínico más frecuente (29,1 %), lo cual se asoció a un aumento significativo de la mortalidad y la estancia hospitalaria (Cornistein et al., 2025).

En Brasil, un ensayo clínico aleatorizado en UCIs de São Paulo demostró que el baño diario con clorhexidina al 2 % redujo la incidencia de infecciones por entero bacterias productoras de carbapenemasas y disminuyó significativamente la mortalidad hospitalaria de pacientes críticos, aunque no se observaron cambios estadísticamente significativos en las tasas de neumonía, bacteriemia o infección urinaria asociadas a dispositivos (Reis et al., 2022).

En el caso de unidades neonatales de un país de ingresos medios como Colombia, se observó que la densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilador fue de 2,32 por 1000 días de uso y la de bacteriemia asociada a catéter central de 2,62, con mayor

riesgo en neonatos con bajo peso al nacer y predominio de infecciones por bacterias gramnegativas (Torres et al., 2023).

A nivel nacional, Ecuador ha mostrado cifras alarmantes. El estudio del INICC conducido en Quito entre 2013 y 2015 documentó tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica de 44,3 por 1000 días de ventilador, bacteriemia asociada a catéter central de 6,5 por 1000 días de línea y de infección urinaria por catéter de 5,7 por 1000 días de sonda, todas superiores a los estándares del CDC de Estados Unidos (Yepez et al., 2017).

Estos resultados reflejan que la problemática de las IAAS en UCIs no es homogénea y que los países de ingresos bajos y medios enfrentan tasas más elevadas que los países desarrollados, debido a limitaciones de recursos, cumplimiento irregular de protocolos y debilidad en la gestión hospitalaria.

En este contexto, en el Hospital General San Vicente de Paúl de Ibarra se ha identificado un aumento en la incidencia de IAAS en el período 2024–2025, lo cual ha generado preocupación por su repercusión en la prolongación de las estancias hospitalarias, el mayor consumo de antibióticos y la sobrecarga del personal sanitario.

A pesar de que la institución dispone de protocolos de bioseguridad y guías clínicas, la implementación práctica ha sido inconsistente. El cumplimiento irregular de las normativas y la ausencia de una planificación gerencial robusta han limitado la efectividad de las acciones de prevención, configurando una brecha entre las políticas y la práctica clínica diaria.

La problemática se intensifica si se considera que la UCI es un servicio de alta complejidad donde los pacientes son especialmente vulnerables. El uso prolongado de ventilación mecánica, catéteres intravasculares y sondas urinarias eleva de forma considerable el riesgo de infección, mientras que la presión asistencial sobre el personal dificulta la adherencia estricta a los protocolos.

La experiencia internacional ha demostrado que enfrentar las IAAS requiere no solo de medidas clínicas, sino de un abordaje organizacional integral que incluya liderazgo

estratégico, monitoreo de indicadores y programas de mejora continua. La ausencia de estas estrategias permite que las infecciones persistan como un problema estructural y que los esfuerzos aislados carezcan de impacto sostenible.

En síntesis, la situación problemática se configura en torno al aumento de IAAS en la UCI del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, con impacto negativo en la morbilidad, los costos y la calidad asistencial. La falta de estrategias gerenciales sostenidas y efectivas es un factor determinante en la persistencia del problema.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo contribuir a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra período 2024-2025?

1.4. Justificación

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria representan un obstáculo permanente en los hospitales modernos porque afectan directamente la calidad del cuidado y la recuperación de los pacientes. En la unidad de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl este tipo de infecciones genera consecuencias clínicas graves que incrementan la estancia hospitalaria y el uso de antibióticos. La magnitud del problema demuestra que se necesita una intervención gerencial organizada que oriente los recursos hacia la prevención y el control.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que entre el 30 y el 50 % de los pacientes que ingresan a unidades críticas pueden desarrollar una infección asociada a la atención sanitaria dependiendo de las condiciones locales y del control de higiene (Schaad, 2019). Este dato evidencia la importancia de la gestión en salud como componente esencial para el éxito de los programas preventivos. Un hospital que no cuenta con una dirección estratégica sólida corre el riesgo de mantener tasas elevadas de infección aun cuando dispone de personal y tecnología adecuada.

Desde el punto de vista teórico el estudio busca aportar conocimiento sobre cómo las estrategias gerenciales influyen en los resultados clínicos dentro de unidades críticas. La integración de la teoría de gestión con la práctica asistencial ofrece un marco analítico que ayuda a comprender la interacción entre liderazgo, comunicación y cultura institucional. Este aporte resulta útil para futuros investigadores interesados en conectar la gestión organizacional con los indicadores de seguridad del paciente.

También desde la teoría se plantea fortalecer la comprensión sobre los factores que limitan la aplicación de los protocolos de bioseguridad en entornos hospitalarios de países en desarrollo. Analizar estos factores dentro del contexto ecuatoriano permite adaptar los modelos internacionales de gobernanza clínica a las realidades locales, generando conocimiento aplicable a hospitales de similares características en América Latina.

En el aspecto práctico la investigación se orienta a identificar estrategias que puedan aplicarse directamente en la unidad de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl. Se pretende elaborar propuestas factibles basadas en liderazgo participativo, auditorías internas y seguimiento permanente de los protocolos. Esto permitirá mejorar la adherencia del personal a las normas y disminuir la exposición del paciente a microorganismos resistentes.

Además, el enfoque práctico considera el impacto económico que producen las infecciones hospitalarias. Las IAAS elevan los costos por medicamentos, prolongan la ocupación de camas y reducen la eficiencia institucional. Aplicar una gestión efectiva ayuda a reducir el gasto innecesario y a optimizar la asignación de recursos, lo que favorece la sostenibilidad financiera del hospital a mediano plazo.

Desde la dimensión social el estudio tiene relevancia porque busca proteger a los pacientes en estado crítico, quienes se encuentran en condiciones vulnerables y con baja capacidad de defensa inmunológica. Disminuir la frecuencia de IAAS significa ofrecer un cuidado más seguro y humanizado, lo que repercute directamente en la confianza de la población hacia los servicios públicos de salud.

El beneficio social también incluye al personal sanitario. Un entorno de trabajo más organizado y con procesos claros reduce la sobrecarga emocional y física del equipo

asistencial. De igual manera, la disminución de infecciones protege a médicos y enfermeras frente a riesgos biológicos, promoviendo entornos laborales saludables y sostenibles.

Desde el punto de vista metodológico la investigación propone un enfoque mixto que combina análisis de datos institucionales con evaluación cualitativa de la gestión. Este diseño permite obtener información más completa sobre la relación entre las estrategias gerenciales y la incidencia de infecciones. La metodología podrá replicarse en futuras investigaciones, lo que representa un aporte técnico al campo de la administración en salud.

El componente metodológico también busca validar instrumentos que midan la adherencia a protocolos, la percepción del personal sobre la gestión y la efectividad de las acciones preventivas. Con esta validación será posible comparar resultados entre distintas unidades hospitalarias y fortalecer la confiabilidad de los estudios en calidad y seguridad del paciente.

A nivel institucional la investigación generará un modelo de intervención gerencial que podría ser implementado en otros hospitales de segundo nivel del país. Este modelo permitirá sistematizar las buenas prácticas y consolidar una cultura de seguridad sostenida en el tiempo. Su aplicación se alinea con los objetivos de la Universidad de Investigación e Innovación de México orientados a fortalecer la calidad y la eficiencia de los servicios sanitarios.

Desde el punto de vista personal la investigación tiene un valor importante para el autor porque contribuye a su formación en gestión estratégica hospitalaria. Permite aplicar los conocimientos adquiridos durante el programa de posgrado en un escenario real, favoreciendo la capacidad analítica y la toma de decisiones frente a problemas complejos del sistema de salud ecuatoriano.

La motivación de realizar este trabajo nace del compromiso con la mejora continua de los servicios hospitalarios y del interés por contribuir a la reducción de infecciones en pacientes críticos. Observar las dificultades en la implementación de protocolos dentro de

las unidades de cuidados intensivos motivó el deseo de proponer soluciones gerenciales viables y adaptadas a la realidad local.

En síntesis, la investigación se justifica porque integra la teoría, la práctica y la responsabilidad social dentro de un mismo enfoque. Se proyecta como una herramienta útil para los directivos del Hospital San Vicente de Paúl y para otras instituciones que buscan mejorar la seguridad del paciente mediante estrategias de gestión sólidas. Su aporte contribuirá a consolidar una cultura organizacional centrada en la prevención, la calidad asistencial y la eficiencia operativa, transformando un problema clínico persistente en una oportunidad de innovación institucional.

1.5. Objeto de estudio

El objeto de estudio de esta investigación son las estrategias gerenciales aplicadas en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, orientadas a disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Se centra en analizar cómo la gestión hospitalaria, a través de la planificación, supervisión, liderazgo y monitoreo de protocolos, influye directamente en la prevención de estas infecciones y en la mejora de la seguridad del paciente crítico.

1.6. Campo de acción

El campo de acción se circunscribe al ámbito de la gestión hospitalaria y la seguridad del paciente, específicamente en el diseño, implementación y evaluación de estrategias organizacionales dentro de la Unidad de Terapia Intensiva. Este espacio de acción permite articular las políticas institucionales, la cultura organizacional y las prácticas de bioseguridad del personal de salud, con el propósito de fortalecer la calidad asistencial y optimizar los recursos en la atención de pacientes críticos.

1.7. Objetivo general y específicos

1.7.1. Objetivo general

Proponer estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva

del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador período 2024-2025.

1.7.2. *Objetivos específicos*

- Determinar los fundamentos teóricos referenciales estrategias gerenciales efectivas en relación con la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Caracterizar el estado actual del problema en el contexto de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Elaborar la propuesta estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Valorar la pertinencia de la propuesta estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.

1.8. Hipótesis

Las estrategias gerenciales efectivas disminuyen la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador período 2024-2025

1.9. Alcance temático

El alcance temático de esta investigación se ubica en la intersección entre la gestión estratégica hospitalaria y la seguridad del paciente en unidades críticas. Se enfoca específicamente en la prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, durante el período 2024–2025. Este estudio aborda la problemática desde una perspectiva organizacional, resaltando la importancia de las estrategias gerenciales, el liderazgo

institucional, el cumplimiento de protocolos y la cultura de calidad como ejes temáticos centrales que orientan la toma de decisiones y la mejora continua en los servicios de salud.

1.10. Delimitación espacial y temporal

La investigación se llevará a cabo en el Hospital San Vicente de Paúl, un hospital de segundo nivel ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, Ecuador. Este hospital cuenta con una unidad de terapia intensiva (UTI) que será el foco principal del estudio. La UTI del hospital es una unidad crítica, donde se concentran los pacientes con condiciones graves que requieren atención médica intensiva, lo que aumenta el riesgo de infecciones.

Esta unidad cuenta con capacidad de atención para 6 pacientes, de los cuales 4 pacientes se atienden en sala abierta y 2 en áreas de aislamiento. El periodo de estudio se extiende desde el año 2024 hasta el primer trimestre del 2025. Durante este tiempo, se recopilarán datos relativos a la implementación de estrategias gerenciales, así como la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la UTI.

2. Capítulo 2: Marco teórico referencial

El presente capítulo expone los fundamentos teóricos y referenciales que sustentan la investigación sobre las infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva. Se revisa la evidencia científica reciente, los modelos teóricos aplicables y los conceptos clave relacionados con la gestión, el liderazgo, la cultura organizacional y la seguridad del paciente. Asimismo, se contextualiza el problema en el Hospital General San Vicente de Paúl y se consideran las principales disposiciones legales y normativas que orientan la prevención y control de estas infecciones.

2.1. Estado del arte (marco histórico y actual)

Un estudio de revisión sistemática publicado en 2024 examinó el estilo de liderazgo de la enfermera jefe y su impacto en las infecciones asociadas a la atención sanitaria en entornos críticos. Tras analizar ocho estudios previos, se destaca que un liderazgo de enfermería sólido puede motivar al personal y mejorar su desempeño, con efectos directos en la reducción de ciertas infecciones hospitalarias. En particular, las unidades de cuidados intensivos con jefaturas de enfermería que ejercían un liderazgo efectivo presentaban menores tasas de infecciones relacionadas con dispositivos invasivos en comparación con aquellas con liderazgo débil (Morales et al., 2024).

El liderazgo transformacional en enfermería favorece intervenciones enfocadas en la prevención y control de infecciones. Este tipo de liderazgo genera un entorno donde el personal cumple mejor con los protocolos de higiene y seguridad, lo que reduce eventos adversos para los pacientes. Aunque la evidencia cuantitativa disponible es limitada, la revisión concluye que aplicar estrategias de liderazgo en la gestión de unidades críticas disminuye la incidencia de infecciones hospitalarias, en especial cuando la jefatura de enfermería promueve prácticas seguras y respalda al equipo en el cumplimiento de medidas de control (Morales et al., 2024).

Una revisión sistemática y meta análisis de 2025 analizó la eficacia de técnicas de gestión de calidad para reducir infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes hospitalizados adultos, con énfasis en unidades críticas. El estudio incluyó 34 investigaciones internacionales sobre intervenciones gerenciales aplicadas en hospitales.

Entre las estrategias analizadas se incluyen paquetes de medidas, programas de optimización de antimicrobianos, reducción del uso inadecuado de catéteres, listas de verificación, auditorías con retroalimentación, políticas de higiene oral en pacientes ventilados, entre otras. Estas acciones combinan liderazgo, capacitación, estandarización de protocolos y monitoreo continuo para mejorar la calidad de la atención y la adherencia del personal a las prácticas preventivas (Nguyen et al., 2025).

Los resultados mostraron que la mayoría de las intervenciones lograron disminuir las tasas de infecciones, aunque con variabilidad. En 25 de los 34 estudios se registró una reducción significativa tras implementar las estrategias, mientras que 9 estudios no evidenciaron cambios estadísticamente significativos. En las unidades críticas, los paquetes de medidas lograron una reducción aproximada del 40 % en la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica. Solo 6 de los estudios fueron considerados con bajo riesgo de sesgo, lo que llevó a los autores a recomendar precaución en la interpretación de los resultados. La introducción de herramientas de gestión de calidad muestra capacidad para reducir infecciones en pacientes críticos, siempre que se garantice la aplicación constante de protocolos por parte del personal (Nguyen et al., 2025).

Un proyecto nacional de mejora de calidad realizado en Brasil, iniciado en 2018 y reportado en 2023, aplicó el modelo colaborativo Breakthrough Series del Institute for Healthcare Improvement en 116 unidades de cuidados intensivos con el objetivo de disminuir las principales infecciones asociadas a la atención sanitaria. Bajo la iniciativa Saúde em Nossas Mãos, se llevó a cabo primero un análisis pre intervención para establecer la línea basal de incidencia de tres infecciones críticas: bacteriemia relacionada con catéter central, neumonía asociada a ventilación mecánica e infección urinaria asociada a sonda vesical (Santos et al., 2023).

Los resultados agregados de este programa multicéntrico demostraron mejoras sustanciales en el control de infecciones. Tras la intervención, las 116 unidades lograron reducciones estadísticamente significativas en las tres tasas de infecciones monitorizadas. Las incidencias de bacteriemia, neumonía e infección urinaria disminuyeron en 43.5, 52.1 y 65.8 por ciento respectivamente, comparado con la línea basal previa al proyecto. Se estima que alrededor de cinco mil ciento cuarenta infecciones se previnieron gracias a

estas mejoras durante el periodo de estudio. El análisis concluye que la metodología Breakthrough Series, basada en colaborativos de aprendizaje entre hospitales, es factible y efectiva para estandarizar prácticas y prevenir infecciones en cuidados críticos (Santos et al., 2023).

El proyecto español Bacteriemia Zero fue pionero en implantar un paquete de medidas de seguridad del paciente en las unidades de cuidados intensivos, logrando en su primera etapa una disminución significativa de las tasas de infección por bacteriemia relacionada con catéter central por debajo de los estándares de calidad recomendados por las sociedades científicas. Este programa, introducido originalmente en 2009, difundió prácticas como la higiene de manos, las precauciones máximas de barrera en la inserción de catéteres, la desinfección cutánea con clorhexidina y la retirada oportuna de catéteres innecesarios (Delgado et al., 2022).

Un grupo de trabajo multidisciplinario decidió mantener sin cambios el núcleo del paquete original, dado que sus medidas obligatorias han demostrado eficacia en la prevención de bacteriemias. Adicionalmente, tras revisar literatura emergente, se añadieron cuatro medidas opcionales con el fin de reforzar la prevención de infecciones asociadas a catéter central. Estas recomendaciones incluyen el uso de catéteres impregnados con antimicrobianos, apósitos de inserción con clorhexidina, tapones antisépticos en los conectores de las líneas intravasculares y la higiene corporal diaria con clorhexidina para los pacientes. Con estas incorporaciones, el proyecto actualizado busca reducir nuevamente las tasas de bacteriemia nosocomial a niveles inferiores a tres episodios por mil días de catéter, mediante el fortalecimiento de la formación del personal y el cumplimiento riguroso de estas prácticas en la atención del paciente crítico (Delgado et al., 2022).

De forma paralela a Bacteriemia Zero, España implementó el proyecto Neumonía Zero enfocado en prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos mediante un conjunto de intervenciones multifactoriales. Al igual que con Bacteriemia Zero, la pandemia de SARS-CoV-2 tuvo un impacto negativo en la adherencia a las recomendaciones, acompañado de un incremento de las tasas de neumonía en las unidades de críticos durante 2020 y 2021. Este retroceso llevó a actualizar

en 2022 las guías del proyecto, estableciendo la meta de disminuir la incidencia a siete episodios por mil días de ventilación, un objetivo ambicioso dado que las tasas habían subido por encima de ese umbral durante la pandemia (Carrillo et al., 2022).

Para ello se identificaron veintisiete medidas preventivas basadas en la mejor evidencia disponible, agrupadas en diferentes categorías de intervención. Cada medida fue evaluada en cuanto a su nivel de evidencia y grado de recomendación utilizando la metodología GRADE. En resumen, la actualización reforzó un enfoque multidimensional para la prevención de la neumonía asociada a ventilador, enfatizando la importancia de la formación del personal, el cumplimiento de protocolos y la vigilancia de nuevas evidencias (Carrillo et al., 2022).

Un estudio de 2025 evaluó el impacto de un programa estructurado de capacitación en prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria impartido al personal de una unidad de cuidados intensivos, utilizando el modelo de evaluación de Kirkpatrick. Este fue un estudio prospectivo realizado en Egipto con la participación de ciento seis profesionales sanitarios entre médicos y enfermeras. El curso tuvo una duración de dos meses e incluyó clases teóricas y sesiones prácticas sobre higiene de manos, uso de equipos de protección personal, técnicas asépticas y protocolos de desinfección ambiental. La eficacia del programa se midió a través de cuatro niveles: reacción o satisfacción, aprendizaje, comportamiento y resultados clínicos (Fahmy et al., 2025).

El puntaje promedio en pruebas teóricas subió de setenta y siete a ochenta y dos por ciento. En el comportamiento, la adherencia a prácticas de control de infecciones aumentó: el cumplimiento de técnicas asépticas por parte de las enfermeras ascendió de cuarenta a más del ochenta por ciento, y el uso adecuado de equipos de protección por parte de los médicos subió de diecinueve a más del sesenta por ciento. Sin embargo, en los resultados clínicos no se hallaron cambios inmediatos en las tasas de infecciones ni en la mortalidad o estancia hospitalaria. Se concluye que, aunque la capacitación mejora las competencias y prácticas del personal, se requiere más tiempo y seguimiento para observar un impacto directo en los indicadores clínicos (Fahmy et al., 2025).

Innovando en métodos educativos, un estudio implementado en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica cardíaca en India probó una intervención multimedia para reforzar las prácticas de control de infecciones del personal de enfermería. Inicialmente, los investigadores identificaron las mejores prácticas de enfermería necesarias para prevenir las infecciones más comunes en cuidados intensivos. Seleccionaron treinta y siete prácticas enfocadas en prevenir la neumonía asociada a ventilador y ocho para prevenir bacteriemias relacionadas a catéter central. Estas prácticas se definieron mediante revisión de literatura, grupos focales y rondas Delphi con expertos (Kamble et al., 2024).

Con el listado final se desarrolló una herramienta educativa multimedia que mostraba visualmente las prácticas ideales en pantallas dentro de la unidad. Durante el periodo de estudio se realizaron más de seis mil observaciones sobre prácticas relacionadas con ventilación y casi dos mil sobre catéteres centrales. Se evidenció una mejora significativa en la adherencia del personal. Aumentó la frecuencia de baños con clorhexidina, higiene oral, control del neumotaponamiento, aspiración de secreciones y evaluación de retiro del catéter. El estudio concluye que una herramienta visual participativa puede fortalecer la cultura de buenas prácticas en el entorno crítico, mejorando la adherencia del personal a las medidas de prevención (Kamble et al., 2024).

El Programa Integral de Seguridad de la Unidad conocido como CUSP, combina mejoras en cultura de seguridad, trabajo en equipo y prácticas clínicas basadas en evidencia. En 2024 se publicaron los resultados de un estudio longitudinal de nueve años que implementó esta estrategia en unidades de cuidados intensivos de un hospital en Pakistán. La intervención incluyó formación de equipos multidisciplinarios, reuniones de análisis de eventos adversos y aplicación de un paquete de mejores prácticas para el uso de catéteres venosos centrales. Entre las medidas se incluyeron higiene de manos, barreras estériles, desinfección con clorhexidina, selección del sitio de inserción y retiro oportuno de los catéteres (Ali et al., 2024).

La incidencia de bacteriemias se redujo en treinta y seis por ciento tras la adopción del enfoque CUSP, y esa reducción se mantuvo durante al menos un año. La unidad neonatal logró una disminución del setenta y siete por ciento. La participación activa del personal fue clave. Las unidades con más del ochenta y cinco por ciento de asistencia del

equipo a reuniones mostraron mayor reducción de infecciones. Este estudio demuestra que una intervención multifacética basada en CUSP mejora la seguridad del paciente en contextos con recursos limitados. Los autores concluyen que el compromiso constante del equipo es esencial para lograr efectos sostenibles (Ali et al., 2024).

Además de intervenciones directas, la gestión del entorno organizacional en unidades de cuidados intensivos influye en la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Un estudio multinacional publicado en 2023 examinó cómo la cultura de seguridad del paciente, la calidad del cuidado, el cuidado omitido y la dotación de personal de enfermería se vinculan con las tasas de infección en unidades de cuidados intensivos para adultos. Se recopilaron datos de encuestas aplicadas a enfermeras en distintas unidades ubicadas en países como Australia y Arabia Saudita, junto con registros institucionales de incidencia de infecciones (Al-Dossary et al., 2023).

Los resultados mostraron que las unidades con buena cultura de seguridad y niveles adecuados de personal presentaron tasas más bajas de infecciones. La satisfacción del personal, el apoyo institucional y el trabajo en equipo se asociaron a menos eventos adversos. Se concluye que mejorar el ambiente laboral, mediante liderazgo efectivo y dotación de personal suficiente, contribuye a reducir los errores y las infecciones en las unidades de cuidados intensivos (Al-Dossary et al., 2023).

Un estudio prospectivo publicado en 2025 demostró que aplicar herramientas de planificación gerencial como el enfoque SMART puede ser útil en el control de infecciones. En la unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario se implementó un plan de objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con tiempo definido para reducir infecciones por microorganismos multirresistentes. El plan estableció metas claras de cumplimiento en higiene de manos, uso de equipos de protección, limpieza ambiental y aislamiento de pacientes. Se midieron la incidencia basal de infecciones por bacterias resistentes y el nivel de conocimientos del personal, y se compararon los resultados después de la intervención (Chen et al., 2025).

Después aplicar el plan SMART se observó un aumento del cumplimiento de las medidas de prevención. La higiene de manos pasó de setenta y dos a noventa y cuatro por

ciento, y el uso de batas de aislamiento subió de sesenta a casi ochenta y ocho por ciento. Además, la tasa de infecciones por microorganismos multirresistentes se redujo de ocho a poco más de cinco por ciento, con significancia estadística. El estudio concluye que una estrategia gerencial bien estructurada, basada en metas alcanzables y seguimiento continuo, puede mejorar la disciplina del equipo de salud y reducir las infecciones asociadas en áreas críticas como las unidades de cuidados intensivos (Chen et al., 2025).

2.2. Marco teórico

El modelo de Donabedian explica que la calidad de la atención sanitaria depende de tres dimensiones principales que son la estructura, el proceso y el resultado. La estructura se relaciona con los recursos del hospital, el personal y los equipos médicos disponibles, el proceso se refiere a la forma en que se realiza la atención y el resultado se mide con el estado de salud del paciente. En las unidades de cuidados intensivos este modelo ayuda a analizar cómo los recursos limitados o la organización deficiente afectan las tasas de infecciones asociadas a la atención (Alp et al., 2015). También permite identificar fallas en la supervisión o en el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad que aumentan los riesgos dentro del servicio crítico. Aplicar este modelo facilita comprender qué factores de la gestión hospitalaria influyen directamente en la prevención de infecciones y cómo pueden modificarse desde la administración general.

La teoría del proceso de normalización o Normalization Process Theory se enfoca en la forma en que una práctica nueva o intervención llega a ser parte del trabajo cotidiano dentro de una institución (May et al., 2018). En un hospital donde se implementan políticas de prevención de infecciones esta teoría sirve para entender cómo los profesionales aceptan los cambios, los aplican y los mantienen en el tiempo. El personal de salud debe coordinarse para cumplir los protocolos, adaptarlos a su práctica y sostenerlos en medio de las demandas diarias de atención. Esta perspectiva permite observar los factores humanos, las rutinas y la cultura organizacional que determinan si una estrategia gerencial logra mantenerse o se abandona con el tiempo.

La combinación de ambas teorías ofrece un marco más amplio para estudiar el problema. El modelo de Donabedian da herramientas para evaluar los componentes

técnicos y organizativos mientras que la teoría del proceso de normalización analiza la forma en que los equipos incorporan los cambios (Alp et al., 2015; May et al., 2018). Juntas facilitan una mirada que conecta la gestión hospitalaria con la práctica profesional diaria dentro de las unidades críticas. Con este enfoque se puede entender cómo la planificación, el liderazgo y el cumplimiento de normas influyen en los resultados clínicos y cómo el personal asume la responsabilidad de sostener esas prácticas preventivas.

En el contexto de la unidad de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl el uso de estas teorías permitirá identificar las debilidades estructurales y los procesos que necesitan ser fortalecidos. También ayudará a comprender las dinámicas internas del personal al aplicar medidas de control de infecciones y las condiciones que favorecen su continuidad. Esta base teórica servirá para diseñar estrategias gerenciales enfocadas en mejorar la calidad del servicio y reducir la incidencia de infecciones hospitalarias en pacientes críticos (May et al., 2018). La articulación de ambos enfoques permitirá obtener resultados más completos que vinculen la gestión institucional con la seguridad del paciente.

2.2.1. Estrategias gerenciales en el control de IAAS

Cultura de seguridad y formación del personal

Una de las principales estrategias para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en unidades críticas es fomentar una cultura institucional centrada en la seguridad del paciente. Esta cultura debe ser promovida desde los niveles directivos hasta el personal operativo, con énfasis en la responsabilidad compartida. La formación continua del equipo de salud en buenas prácticas clínicas, como el lavado correcto de manos, la colocación adecuada de dispositivos invasivos y la desinfección de superficies, ha demostrado ser altamente efectiva. Pronovost et al. (2006) evidenciaron que los programas de entrenamiento estructurados en seguridad reducen significativamente la incidencia de infecciones nosocomiales, especialmente en unidades de cuidados intensivos.

Uso de indicadores y monitorización

La gestión eficaz de la calidad hospitalaria requiere el seguimiento constante de indicadores claves. Entre ellos destacan las tasas de infección por dispositivos, los días sin infecciones y el cumplimiento de medidas de bioseguridad. La vigilancia activa permite detectar tendencias negativas y aplicar intervenciones correctivas de manera oportuna. Según Rosenthal (2012), el uso de paquetes de medidas clínicas interrelacionadas ha mostrado reducir sustancialmente las infecciones intrahospitalarias cuando se acompaña de una monitorización rigurosa y retroalimentación al personal asistencial.

Además, el análisis periódico de estos indicadores no solo ayuda a identificar problemas, también orienta la toma de decisiones administrativas. Cuando se publican y comparten los resultados con el personal de salud, se fomenta un compromiso colectivo hacia la mejora. De esta manera, la monitorización se convierte en un mecanismo de control y, al mismo tiempo, en una herramienta de motivación para mantener las prácticas de prevención en un nivel alto (Rosenthal, 2012).

Gobernanza y liderazgo activo

El liderazgo comprometido representa un pilar esencial para lograr cambios sostenibles en los procesos de control de IAAS. Los líderes hospitalarios deben involucrarse activamente en la formulación de objetivos claros, la provisión de recursos y la supervisión de la implementación de las estrategias. Gilmartin (2007) señala que el liderazgo visible y proactivo facilita la creación de ambientes laborales más seguros, incrementa la motivación del personal y mejora la adherencia a las políticas institucionales de control de infecciones.

A esto se suma que el liderazgo no debe limitarse al nivel directivo. Los mandos intermedios, como jefes de servicio o coordinadores de enfermería, cumplen un rol esencial al transformar las directrices institucionales en prácticas diarias. Cuando estos líderes locales acompañan y supervisan al personal en su entorno de trabajo, se fortalecen los hábitos de cumplimiento y se reduce la resistencia al cambio (Gilmartin, 2007).

Tecnología y protocolos estandarizados

La integración de tecnologías sanitarias y la estandarización de procedimientos clínicos optimizan el control de infecciones en entornos de alta complejidad. Herramientas como sistemas electrónicos de vigilancia epidemiológica, alertas clínicas automatizadas y registros digitales ayudan a identificar rápidamente brotes y fallos en el cumplimiento de protocolos. Según el metaanálisis realizado por Timsit (2011), las guías clínicas sustentadas en evidencia científica, aplicadas de forma sistemática, contribuyen a reducir las complicaciones infecciosas y mejoran los resultados de los pacientes en unidades de cuidados intensivos.

De igual manera, la estandarización favorece que todos los profesionales apliquen los mismos criterios y procedimientos, lo que reduce la variabilidad en la atención. Cuando los protocolos se actualizan regularmente y se combinan con el apoyo tecnológico, se facilita la adherencia del personal y se logra un control más efectivo de las infecciones. Esta integración asegura que las decisiones clínicas estén respaldadas tanto por la evidencia como por un monitoreo ágil de la práctica diaria (Timsit, 2011).

Contexto local: Hospital General San Vicente de Paúl

En el Hospital General San Vicente de Paúl, la implementación de estrategias gerenciales para prevenir IAAS debe considerar las particularidades del entorno, como los recursos disponibles, la carga asistencial y el nivel de formación del personal. La adaptación de paquetes de medidas, junto con programas de capacitación permanente, puede representar una solución efectiva y viable. Asimismo, la creación de un sistema interno de monitoreo permitirá evaluar continuamente el impacto de las estrategias aplicadas. Integrar estas medidas en el modelo de gestión del hospital fortalecería el control de infecciones en la unidad de terapia intensiva y elevaría la calidad del servicio.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) son aquellas que se adquieren durante la estancia hospitalaria, sin estar presentes ni en incubación al momento del ingreso. Estas infecciones representan una de las principales amenazas para la seguridad del paciente, sobre todo en las unidades de terapia intensiva (UTI), donde el estado crítico de los pacientes y la frecuencia de procedimientos invasivos aumentan el

riesgo. Zimlichman et al. (2013) reportan que las IAAS generan una carga significativa en términos de morbilidad, mortalidad y costos.

Además, Vincent (2014) indica que factores como la ventilación mecánica y los catéteres centrales son determinantes en la aparición de infecciones nosocomiales. La resistencia antimicrobiana constituye un reto adicional en este contexto, dificultando la respuesta terapéutica. Según Allegranzi et al. (2016), la propagación de patógenos resistentes agrava la situación en las UTI, subrayando la importancia de implementar estrategias de prevención sólidas.

Estrategias gerenciales en la prevención de IAAS

Las estrategias gerenciales tienen un rol fundamental en el desarrollo de entornos hospitalarios más seguros. De acuerdo con Sexton (2018), la planificación adecuada, el seguimiento de protocolos basados en evidencia, la asignación eficiente de recursos y la capacitación del personal son acciones clave. Estas medidas deben ejecutarse bajo una visión organizacional que fomente la colaboración entre los equipos de salud y priorice la mejora continua de los procesos clínicos. El liderazgo debe ir acompañado de acciones sistemáticas de evaluación del desempeño institucional para asegurar que las intervenciones realmente reduzcan la incidencia de infecciones.

Cultura organizacional y su impacto en la seguridad del paciente

Una cultura organizacional sólida, orientada hacia la seguridad y la calidad del cuidado, facilita la implementación efectiva de estrategias para el control de infecciones. Los entornos laborales donde se promueve el trabajo en equipo, el cumplimiento de protocolos y la educación continua suelen presentar mejores resultados. Sexton (2018) demuestra que en hospitales con una cultura organizacional enfocada en la seguridad, se observa mayor adherencia a las prácticas preventivas y, como resultado, una menor incidencia de IAAS. Este enfoque debe ser transversal y contar con el compromiso de todos los niveles jerárquicos del hospital.

Prevención y control de IAAS en unidades de terapia intensiva

Las unidades de cuidados intensivos requieren un abordaje integral para prevenir las infecciones nosocomiales. La higiene de manos, el uso correcto de catéteres y ventiladores, la limpieza de superficies, la esterilización de equipos y el aislamiento de pacientes infectados son medidas fundamentales. Vincent (2014) y Allegranzi (2016) coinciden en que una vigilancia activa, junto con protocolos de prevención bien definidos y aplicados consistentemente, pueden disminuir significativamente la transmisión de patógenos. Además, el uso racional de antibióticos es indispensable para prevenir la aparición de cepas resistentes en estas unidades críticas.

2.3.Marco conceptual

2.3.1. Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Las IAAS abarcan un conjunto de infecciones que afectan a los pacientes durante su hospitalización y que pueden incluir neumonías, infecciones del tracto urinario, sepsis o infecciones de heridas quirúrgicas. Estas son causadas por microorganismos que colonizan el entorno hospitalario y se transmiten a través del contacto directo o de instrumentos contaminados. La elevada tasa de resistencia antibiótica y la fragilidad de los pacientes en las UTI aumentan los riesgos y complicaciones asociadas (Dempsey et al., 2023).

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria representan uno de los principales desafíos para la gestión hospitalaria, ya que su control requiere una coordinación estrecha entre el personal médico, de enfermería y administrativo. La aparición de bacterias multirresistentes como *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Klebsiella pneumoniae* ha incrementado la complejidad de su manejo clínico, especialmente en las unidades de cuidados intensivos donde los pacientes están expuestos a procedimientos invasivos y tratamientos prolongados. Además, los factores estructurales como la falta de insumos, la sobrecarga de pacientes y la deficiente adherencia a los protocolos de bioseguridad dificultan las acciones de prevención y vigilancia epidemiológica, lo que demanda estrategias gerenciales efectivas orientadas a fortalecer la seguridad del paciente y la calidad asistencial (Dempsey et al., 2023).

2.3.2. Estrategias gerenciales

Estas estrategias implican acciones administrativas, educativas y operativas destinadas a reducir el riesgo de infecciones nosocomiales. Involucran la planificación y ejecución de protocolos clínicos, la inversión en tecnología, la evaluación constante del desempeño del personal y la promoción de una cultura preventiva. La capacitación continua y la supervisión activa del cumplimiento de las normas son esenciales para garantizar resultados sostenibles (Dempsey et al., 2023)..

2.3.3. Cultura organizacional

La cultura hospitalaria influye directamente en los comportamientos del personal y su disposición a adoptar prácticas seguras. Los centros de salud con una cultura organizacional positiva logran mayor cohesión entre sus miembros, mejoran el clima laboral y aseguran mayor efectividad en el cumplimiento de medidas de bioseguridad. La participación activa del personal en iniciativas de mejora favorece la sostenibilidad de las estrategias implementadas (Sexton, 2018).

2.3.4. Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se entiende como un eje central de la calidad en la atención sanitaria. Implica prevenir errores clínicos, infecciones y daños evitables que puedan afectar a quienes reciben atención. Las instituciones que fortalecen la seguridad lo hacen mediante estrategias de vigilancia, mejora de procesos y comunicación efectiva entre equipos. Hibbert et al. (2023) mencionan que la gobernanza de la seguridad requiere sistemas estructurados de retroalimentación y liderazgo comprometido para lograr un aprendizaje constante dentro de los hospitales.

El fortalecimiento de la seguridad demanda una revisión continua de las prácticas asistenciales y de la cultura institucional. La comunicación abierta y el análisis de los eventos adversos permiten detectar fallas y reducir riesgos futuros. Según Hibbert et al. (2023), las organizaciones que incorporan mecanismos de revisión participativa logran un avance sostenido en la reducción de infecciones hospitalarias y fallas en el manejo clínico.

Este enfoque promueve una relación más confiable entre pacientes y profesionales de la salud.

Los programas de seguridad del paciente se consolidan cuando las instituciones garantizan la capacitación constante del personal, el uso adecuado de protocolos y la disponibilidad de recursos. Los modelos de gobernanza integrados con la seguridad contribuyen a mejorar la eficacia institucional. Los resultados de estudios internacionales muestran que los hospitales que aplican estos principios experimentan una disminución en las infecciones asociadas y un mejor desempeño del equipo de atención (Hibbert et al., 2023).

2.3.5. Liderazgo sanitario

El liderazgo sanitario se centra en la capacidad del personal directivo y asistencial para guiar y motivar a los equipos en la aplicación de prácticas seguras. En los servicios de cuidados intensivos se considera un elemento que condiciona el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y el control de infecciones. Keil et al. (2024) explican que fortalecer las habilidades de liderazgo en los equipos de control de infecciones mejora la adherencia de los clínicos a las políticas preventivas, permitiendo mayor cohesión y cooperación en las acciones cotidianas.

El liderazgo de enfermería tiene impacto directo en la reducción de infecciones hospitalarias, especialmente en contextos de alta complejidad. Según *Healthcare-associated infections and nursing leadership* (2024), cuando los líderes promueven la participación activa y la formación continua, los equipos demuestran mayor compromiso y responsabilidad con las medidas de prevención. Los entornos donde el liderazgo se ejerce de forma cercana y horizontal logran resultados clínicos más estables y sostenibles.

Wang et al. (2024) señalan que el liderazgo personal o autoliderazgo también influye en la ejecución de las medidas de control de infecciones. El personal médico y de enfermería que desarrolla habilidades de liderazgo interno muestra mejores niveles de cumplimiento y autovigilancia. En este sentido, los programas de liderazgo institucional deben incorporar no solo el nivel jerárquico sino también la formación de competencias individuales para el autocontrol profesional.

2.3.6. *Comportamiento organizacional*

El comportamiento organizacional en el ámbito hospitalario describe la manera en que los trabajadores se relacionan, se comunican y actúan dentro del entorno laboral. Estas conductas influyen directamente en la calidad de la atención y en la capacidad institucional de mantener un control eficaz de las infecciones. Dempsey et al. (2023) sostienen que los programas exitosos de control dependen tanto de la estructura administrativa como de la actitud del personal hacia el cumplimiento y la supervisión continua de las normas.

Un entorno donde el comportamiento organizacional favorece la cooperación y la confianza genera mejores resultados. La interacción positiva entre profesionales de diferentes disciplinas fortalece el trabajo en equipo y la respuesta ante eventos críticos. Según Dempsey et al. (2023), los hospitales que implementan estrategias de participación del personal y monitoreo sostenido logran mayor adherencia a las normas de higiene y mejores indicadores de seguridad.

El comportamiento organizacional también se relaciona con el clima laboral, la percepción de justicia y el reconocimiento profesional. Cuando la gestión hospitalaria reconoce el esfuerzo del personal, las conductas positivas tienden a multiplicarse. Este efecto de retroalimentación crea una cultura organizacional más sólida que apoya los programas de prevención y promueve la responsabilidad compartida (Dempsey et al., 2023).

2.3.7. *Gobernanza clínica*

La gobernanza clínica constituye un sistema mediante el cual los hospitales aseguran la calidad, la seguridad y la rendición de cuentas en los servicios de salud. Su objetivo es establecer estándares claros, supervisar su cumplimiento y garantizar que las decisiones clínicas se basen en evidencia. Carenzo et al. (2024) destacan que en las unidades de cuidados intensivos la gobernanza clínica se convierte en una herramienta esencial para coordinar equipos multidisciplinarios y mantener la transparencia en los resultados.

El modelo australiano de gobernanza en prevención y control de infecciones demuestra que la aplicación de estructuras coordinadas permite una respuesta más

eficiente ante los riesgos epidemiológicos. El estudio *Australian infection prevention and control governance* (2025) resalta que la eficacia de este modelo depende de la integración entre los gestores, el personal clínico y las autoridades regulatorias. Este tipo de estructura facilita una comunicación constante y una respuesta oportuna ante los eventos infecciosos.

La gobernanza clínica moderna promueve la participación activa del personal sanitario en la mejora continua de los procesos. Según Carenzo et al. (2024), el enfoque colaborativo permite transformar los sistemas jerárquicos tradicionales en modelos participativos que favorecen la innovación y el aprendizaje institucional. La implementación de esta gobernanza en los hospitales ecuatorianos fortalecería la capacidad organizativa para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria y elevar la calidad del servicio.

2.4. Marco contextual

El marco contextual de esta investigación se orienta a comprender la realidad hospitalaria donde se desarrolla el estudio, considerando las condiciones que inciden en la gestión de la calidad y la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria. En el Hospital General San Vicente de Paúl, la unidad de terapia intensiva constituye un entorno de alta complejidad donde convergen factores estructurales, humanos y organizativos que influyen en los resultados clínicos. Las estrategias de prevención dependen tanto de la capacidad institucional como del compromiso del personal sanitario. Dempsey et al. (2023) señalan que la combinación de educación continua, monitoreo constante y evaluación del desempeño permite reducir las tasas de infecciones hospitalarias, siempre que exista coherencia entre la gestión y la práctica diaria.

Dentro de este contexto, la estructura organizacional y el liderazgo ejercen una influencia directa sobre la adherencia a los protocolos. Keil et al. (2024) mencionan que el fortalecimiento del liderazgo en los equipos de control de infecciones mejora la cooperación entre profesionales y eleva la efectividad de las medidas preventivas. En entornos como la UTI, donde las presiones asistenciales son elevadas, la figura del líder sanitario resulta determinante para mantener la disciplina, fomentar la comunicación y consolidar una cultura institucional orientada a la seguridad. Este tipo de liderazgo no se

limita al nivel jerárquico, también se expresa en la iniciativa y responsabilidad del personal operativo.

El liderazgo de enfermería es particularmente relevante, ya que las enfermeras coordinan la mayor parte de las actividades diarias de prevención. Según Healthcare-associated infections and nursing leadership (2024), los equipos liderados por enfermeras con formación en gestión logran tasas menores de infecciones relacionadas con dispositivos invasivos. Esta relación entre liderazgo clínico y resultados refleja la importancia de promover programas de desarrollo profesional dentro del hospital, enfocados en la toma de decisiones basada en evidencia y la supervisión activa del cumplimiento de las normas de bioseguridad.

La seguridad del paciente forma parte esencial de este contexto, ya que orienta las acciones hacia la reducción de daños prevenibles. Hibbert et al. (2023) explican que fortalecer la gobernanza de la seguridad requiere estructuras que faciliten la retroalimentación constante y el aprendizaje colectivo. En la UTI, la implementación de sistemas de notificación y revisión participativa de los eventos adversos mejora la comunicación entre los equipos y promueve una cultura de responsabilidad compartida. Estas prácticas no dependen únicamente de políticas formales, sino del compromiso real del personal y del apoyo de la dirección hospitalaria.

El contexto organizativo también está determinado por la cultura institucional, entendida como el conjunto de valores y comportamientos compartidos. Cuando esta cultura se orienta a la seguridad y al cumplimiento de protocolos, se observan mejores resultados clínicos. Dempsey et al. (2023) señalan que los hospitales que integran la supervisión con el reconocimiento del desempeño del personal consiguen mayor adherencia a las normas de control de infecciones. En este sentido, el ambiente laboral, la percepción de justicia y la comunicación abierta se convierten en factores determinantes para mantener prácticas seguras y sostenibles dentro de la unidad.

La gobernanza clínica constituye otro componente central del contexto, ya que define la manera en que las decisiones se planifican y evalúan dentro del hospital. Carenzo et al. (2024) indican que en las unidades de cuidados intensivos la gobernanza clínica

permite coordinar los equipos multidisciplinarios y asegurar que los procesos se alineen con los estándares internacionales de calidad. En este enfoque, la rendición de cuentas y la mejora continua se integran como principios básicos de la organización. Aplicar este modelo en el hospital de Ibarra fortalecería la supervisión de los indicadores de infección y promovería la transparencia institucional.

El modelo australiano de gobernanza de control de infecciones confirma la efectividad de las estructuras colaborativas. Australian infection prevention and control governance (2025) demuestra que la coordinación entre gestores, clínicos y entes reguladores aumenta la eficacia de las estrategias preventivas, especialmente cuando se prioriza la comunicación entre niveles jerárquicos. Este tipo de organización, basada en la cooperación y la rendición de resultados, facilita respuestas rápidas ante brotes infecciosos y promueve la estandarización de las prácticas hospitalarias. Adaptar este modelo a la realidad ecuatoriana contribuiría a fortalecer las políticas de seguridad en hospitales públicos.

Finalmente, dentro del marco contextual, la relación entre liderazgo, cultura organizacional y gobernanza se configura como un sistema interdependiente que sostiene la seguridad del paciente. Wang et al. (2024) evidencian que el liderazgo personal y la autogestión en los profesionales de la salud incrementan la adherencia a las medidas de prevención. Esto demuestra que la efectividad institucional no depende solo de las normas, sino del compromiso individual de cada miembro del equipo. Por tanto, en el Hospital General San Vicente de Paúl, el fortalecimiento del liderazgo, la cultura preventiva y la gobernanza clínica representan los pilares sobre los que puede construirse una gestión eficaz para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

2.5. Marco legal y normativo

La prevención de las IAAS en el Ecuador se encuentra respaldada por un conjunto de normativas que definen derechos, obligaciones y procedimientos dentro del sistema nacional de salud. Estas disposiciones legales sustentan la implementación de estrategias gerenciales en las unidades de terapia intensiva, garantizando una atención segura y de calidad para los pacientes.

Constitución de la República del Ecuador (2008)

La Constitución garantiza el derecho a la salud y establece la responsabilidad del Estado de asegurar servicios sanitarios integrales, gratuitos y de calidad. Este principio sustenta la necesidad de contar con medidas efectivas para el control de IAAS en establecimientos de salud públicos y privados.

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, a la cultura física, al trabajo, a la seguridad social, a los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva” (Constitución de la República del Ecuador, 2008, art. 32).

Ley Orgánica de Salud (2011)

Esta ley regula la estructura y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Establece la obligación de los establecimientos sanitarios de adoptar protocolos y acciones para la prevención y control de infecciones, siendo este un deber legal de las instituciones y un derecho de los usuarios.

“Los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán disponer de procesos, normas técnicas, procedimientos y recursos humanos y materiales que garanticen la calidad en la atención de salud, la seguridad del paciente y la aplicación de medidas de prevención, control y mitigación del riesgo de infecciones intrahospitalarias, así como la vigilancia epidemiológica y la mejora continua de los servicios” (Ley Orgánica de Salud, 2011, art. 6, literal h).

Código Orgánico de la Salud (COS) (2020)

El COS establece normas generales sobre la atención sanitaria, el uso racional de medicamentos y la protección del paciente frente a riesgos derivados del proceso

asistencial. Reconoce a las IAAS como eventos adversos prevenibles y exige medidas específicas de control.

“El Estado, a través del Sistema Nacional de Salud, adoptará mecanismos de regulación, control y evaluación de la calidad de los servicios de salud, estableciendo estándares, normas técnicas y protocolos que garanticen una atención oportuna, segura, continua y centrada en la persona. Se priorizarán acciones para la prevención de eventos adversos, infecciones intrahospitalarias, errores de medicación y la promoción del uso racional de los medicamentos” (Código Orgánico de la Salud, 2020, art. 192).

Normas Técnicas de Calidad en los Servicios de Salud (2015)

Estas normas del Ministerio de Salud Pública establecen requisitos específicos para la gestión de la calidad y seguridad del paciente. Incluyen lineamientos obligatorios para la prevención de infecciones como higiene de manos, manejo de equipos y aislamiento de pacientes.

“Los establecimientos de salud deberán implementar protocolos estandarizados para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria, entre ellos el protocolo de higiene de manos, el protocolo de aislamiento hospitalario y el de esterilización de instrumental médico. Estas acciones deben ser monitoreadas y auditadas de forma periódica para garantizar su cumplimiento” (MSP, Normas Técnicas de Calidad, 2015, sección 5.2.3).

Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016)

Aunque no son normativas nacionales, el Estado ecuatoriano adopta como referencia las directrices de la OMS, las cuales recomiendan prácticas específicas de prevención en unidades hospitalarias. Entre ellas se destacan las medidas clínicas aplicadas simultáneamente para reducir el riesgo de IAAS.

“Los paquetes de medidas consisten en la implementación simultánea de prácticas basadas en evidencia como el uso de clorhexidina, la higiene de manos, el retiro temprano de dispositivos invasivos y la vigilancia activa de infecciones. Estas intervenciones han

demostrado reducir significativamente la incidencia de infecciones en entornos críticos como las unidades de cuidados intensivos” (OMS, 2016, p. 12).

El desarrollo del presente capítulo permitió reunir los fundamentos conceptuales, teóricos y contextuales que explican la problemática de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en el entorno hospitalario y, en particular, en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl. Se abordaron las teorías, estrategias y enfoques relacionados con la gestión organizacional, el liderazgo, la cultura de seguridad y la gobernanza clínica como componentes que influyen en la calidad del cuidado y en la prevención de infecciones. Este marco no se limita a presentar conceptos, sino que enlaza los factores humanos, estructurales y administrativos que inciden directamente en la eficiencia del sistema hospitalario. Cada elemento descrito permite comprender cómo la planificación, la supervisión y la participación del personal se integran en la gestión del riesgo y en la protección del paciente crítico.

3. Capítulo 3: Fundamentos metodológicos

Los fundamentos metodológicos de este estudio permiten asegurar el rigor y la validez de los hallazgos. En investigaciones sobre IAAS, es fundamental una metodología que contemple recolección sistemática de datos clínicos, aplicación de indicadores de calidad, entrevistas estructuradas al personal de salud y análisis comparativo de tasas de infección antes y después de la intervención. En este proyecto, centrado en el Hospital General San Vicente de Paúl, se adoptará un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y se utilizarán herramientas de monitoreo institucional y normativas técnicas como base para proponer mejoras sostenibles.

3.1. Matriz de Operacionalización de Variables

Tabla 1. Matriz de operacionalización de variables

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores
¿Cómo contribuir a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, período 2024–2025?	Proponer estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador, período 2024–2025.	• Determinar los fundamentos teóricos referenciales sobre estrategias gerenciales efectivas en relación con la disminución de IAAS. • Caracterizar el estado actual de la incidencia de IAAS en la UTI. • Elaborar una propuesta de estrategias gerenciales	Las estrategias gerenciales efectivas disminuyen la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador, período 2024–2025.	Variable independiente: Estrategias gerenciales efectivas	Planificación estratégica	Existencia de plan institucional de control de IAAS; número de reuniones de planificación realizadas

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores
		efectivas. • Valorar la pertinencia de la propuesta.				
					Liderazgo y gobernanza clínica	Participación activa de directivos; frecuencia de reuniones del comité de infecciones
					Capacitación del personal	Número de capacitaciones ejecutadas; nivel de conocimiento del personal sobre protocolos de IAAS
					Supervisión y control	Número de auditorías internas realizadas; frecuencia de monitoreo del cumplimiento de protocolos

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores
				Variable dependiente: Incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS)	Cultura organizacional	Percepción del personal sobre cultura de seguridad; nivel de adherencia a protocolos de bioseguridad
					Incidencia en UTI	Número de casos de IAAS por cada 100 pacientes atendidos
					IAAS asociadas a dispositivos	Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1000 días ventilador; tasa de bacteriemia asociada a catéter central por 1000 días catéter; tasa de infección urinaria asociada a sonda por 1000 días sonda

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Hipótesis	Variable	Dimensión	Indicadores
					Impacto post intervención	Porcentaje de reducción de IAAS posterior a la implementación de estrategias

Nota. Elaboración propia.

3.2. Diseño Metodológico

El presente estudio adopta un enfoque mixto, con predominancia del componente cuantitativo proyectivo y soporte cualitativo descriptivo, con el fin de diseñar, implementar y evaluar estrategias gerenciales orientadas a disminuir la incidencia de IAAS en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl. Este enfoque permite una comprensión integral del fenómeno mediante el análisis de factores contextuales (percepciones, actitudes, condiciones organizativas).

El diseño metodológico se clasifica como descriptivo-proyectivo, pues permite diagnosticar la situación actual, identificar debilidades y, a partir de ello, generar una propuesta de mejora sustentada en evidencias científicas y mejores prácticas internacionales. Esta aproximación metodológica permite una propuesta aplicable y adaptable a las condiciones institucionales del hospital.

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

Este estudio se sustenta en un enfoque mixto, entendido como la integración sistemática de los métodos cuantitativos y cualitativos dentro de un mismo proceso de investigación, lo cual permite obtener una visión más amplia, profunda y complementaria del fenómeno estudiado. Según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2018), el enfoque mixto combina la fortaleza del dato numérico y su capacidad para generalizar resultados con la riqueza interpretativa del dato cualitativo, orientado a comprender las percepciones, significados y contextos que subyacen a la problemática.

En el marco de esta investigación, la adopción de un enfoque mixto resulta pertinente, ya que las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en unidades de cuidados intensivos no solo pueden dimensionarse en términos de frecuencia, tasas de incidencia o cumplimiento de protocolos, sino que también requieren de la exploración de factores organizacionales, culturales y humanos que influyen en su persistencia.

Dentro de este enfoque se adopta un diseño explicativo secuencial, caracterizado porque la investigación inicia con una fase cuantitativa y posteriormente incorpora una fase cualitativa que explica o profundiza los resultados estadísticos obtenidos. De acuerdo con Creswell y Plano Clark (2018), este diseño es particularmente útil cuando los datos numéricos no ofrecen respuestas completas y se requiere de información adicional que permita comprender las razones y percepciones que subyacen a los hallazgos.

En este caso, la primera etapa estará orientada a recopilar y analizar datos objetivos sobre las IAAS en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl. La segunda fase, de carácter cualitativo, estará centrada en entrevistas y grupos focales con médicos, enfermeras y personal administrativo, con el fin de explorar barreras organizacionales, percepciones del personal y limitaciones en la gestión que expliquen los resultados iniciales. De este modo, el diseño explicativo secuencial permite establecer un puente entre la estadística institucional y la realidad práctica vivida por el equipo de salud.

En cuanto a su clasificación, la investigación se inscribe como descriptiva y propositiva. Es descriptiva porque busca caracterizar la situación actual de las IAAS en la UTI del Hospital San Vicente de Paúl, mediante la recopilación de información objetiva sobre su incidencia, frecuencia y factores asociados. Según Quezada y Arrieta (2020), la investigación descriptiva se orienta a especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno sometido a análisis, lo cual se cumple en la primera fase de este trabajo al sistematizar datos e indicadores sobre la problemática.

A su vez, es propositiva porque, además de describir la situación, plantea estrategias gerenciales que permitan disminuir la incidencia de estas infecciones en la unidad crítica. En este sentido, Hurtado (2015) sostiene que los estudios propositivos se caracterizan por formular alternativas de solución fundamentadas en el diagnóstico previo de una realidad concreta. La relación con el objeto de estudio es clara: la investigación no se limita a reportar cifras sobre las IAAS, sino que busca generar un modelo de intervención gerencial viable, adaptado a la dinámica del hospital, que contribuya a mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia institucional.

En síntesis, el enfoque mixto con diseño explicativo secuencial, clasificado como descriptivo y propositivo, responde de manera coherente a la complejidad de las IAAS en unidades de cuidados intensivos. Este marco metodológico garantiza tanto la solidez científica del diagnóstico como la pertinencia práctica de las estrategias a implementar, vinculando directamente el análisis de datos con la formulación de propuestas aplicables en el contexto hospitalario.

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

Métodos teóricos

- **Método histórico-lógico:** se utiliza para analizar la evolución de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en unidades de cuidados intensivos, tanto a nivel internacional como nacional. Este método facilita contextualizar el problema, identificar tendencias y establecer fundamentos lógicos que apoyen la formulación de estrategias de gestión.
- **Método analítico-sintético:** permite descomponer el fenómeno en dimensiones como infraestructura hospitalaria, capacitación del personal, cumplimiento de protocolos y percepción de los trabajadores de salud, y posteriormente integrarlas en un modelo coherente de intervención gerencial.
- **Enfoque de sistema:** se adopta para comprender la UTI como un sistema complejo en el que interactúan recursos humanos, materiales, procesos clínicos, tecnología e infraestructura. Bajo esta visión, la efectividad de las estrategias depende de la articulación e interdependencia de sus componentes.
- **Método de modelación:** se emplea para proyectar escenarios de intervención a partir de la aplicación de estrategias gerenciales mejoradas. Permite simular el posible efecto de estas acciones en la reducción de la incidencia de IAAS y optimización de los procesos.

Métodos empíricos

- **Encuesta:** se aplicó al personal de salud: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, que laboraba en la UTI. Su propósito fue recopilar información cuantitativa sobre el nivel de cumplimiento de protocolos de bioseguridad, prácticas en el manejo de dispositivos invasivos y percepción de la capacitación recibida.
- **Entrevistas semiestructuradas:** se dirigieron a personal clave como jefes de servicio, responsables de control de calidad y coordinadores de enfermería. Su objetivo fue profundizar en la identificación de barreras organizacionales, dificultades en la supervisión, actitudes frente a la prevención y propuestas de mejora desde la experiencia práctica.

Técnicas de recolección de datos

- **Cuantitativas:**
 - Aplicación de **encuestas estructuradas** con ítems tipo Likert para medir percepciones del personal sobre capacitación, cumplimiento de normas y adherencia a protocolos.
- **Cualitativas:**
 - **Entrevistas semiestructuradas**, con guías temáticas que permitan explorar percepciones sobre la gestión de IAAS, dificultades de implementación y sugerencias de mejora.

3.2.3. *Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos*

El primer instrumento correspondió a la encuesta, que fue diseñada como un cuestionario estructurado con ítems cerrados en escala tipo Likert de cinco puntos, aplicado al personal de salud de la Unidad de Terapia Intensiva. Su propósito fue obtener información cuantitativa respecto al nivel de cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, las prácticas en el manejo de dispositivos invasivos y la percepción de la

capacitación recibida. Este cuestionario fue validado por el área de docencia del hospital mediante juicio de expertos, quienes evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de cada ítem en relación con los objetivos de la investigación. Además, se efectuó una prueba piloto con un grupo reducido de trabajadores, lo que permitió ajustar la redacción y el orden de las preguntas antes de su aplicación definitiva.

El segundo instrumento fue la entrevista semiestructurada, organizada en bloques de preguntas abiertas que facilitaron explorar las percepciones del personal de salud y de los responsables de control de calidad respecto a la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y las barreras organizacionales que dificultaban la adherencia a los protocolos. Este instrumento también fue sometido a validación por el área de docencia del hospital mediante juicio de expertos, quienes revisaron la pertinencia, suficiencia y claridad de las preguntas formuladas. Para asegurar la confiabilidad de los datos, se aplicó la triangulación de respuestas entre diferentes actores clave, lo que permitió contrastar puntos de vista y obtener una visión integral de la problemática.

La validación de los instrumentos se realizó con profesionales especializados del hospital, con experiencia en la unidad de terapia intensiva y en el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Estos profesionales evaluaron la pertinencia y claridad de los ítems, así como su coherencia con los objetivos del estudio y el contexto institucional, lo que permitió asegurar la validez de contenido de los instrumentos.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección

Población

- Profesionales de la salud: todo el personal médico, de enfermería y administrativo de la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital San Vicente de Paúl. El número de profesionales identificados fue 71.

Muestra

- Profesionales de la salud: para lograr obtener la información necesaria por parte del personal de salud se realizará un muestreo intencional por conveniencia asegurando representatividad por roles (médicos, enfermeros, administrativos).

Tamaño de la muestra

El presente estudio utilizó un muestreo no probabilístico, seleccionando a 62 profesionales de la salud que laboran en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl. La muestra se conformó por conveniencia, considerando la accesibilidad y disponibilidad del personal durante el periodo de recolección de datos. Este enfoque permitió recoger información directa de médicos, enfermeros, auxiliares y otros profesionales con experiencia en el entorno crítico y su relación con IAAS.

La encuesta se aplicó al personal médico, de enfermería y administrativo de la unidad de terapia intensiva. La entrevista semiestructurada se realizó a los jefes de servicio y coordinadores de área, por su responsabilidad en la gestión y supervisión de las acciones de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Criterios de inclusión

Profesionales de la salud.

- Personal médico, de enfermería y administrativo que trabaja en la unidad de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paúl durante el periodo 2024-2025.
- Profesionales con al menos 2 años de experiencia en la UTI.
- Personal involucrado directamente en la atención de pacientes y en la implementación de medidas de control de infecciones.

Criterios de exclusión.

- Personal en período de entrenamiento o recién incorporado (menos de 24 meses de experiencia en la UTI).
- Profesionales que no acepten participar en el estudio o que no puedan completar la recolección de datos por razones personales o laborales.

3.3. Trabajo de Campo

Paso 1: Identificar los Objetivos Principales

Objetivo general

Proponer estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra período 2024-2025.

Objetivos específicos

- Determinar los fundamentos teóricos referenciales estrategias gerenciales efectivas en relación con la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Caracterizar el estado actual del problema en el contexto de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Elaborar la propuesta estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.
- Valorar la pertinencia de la propuesta estrategias gerenciales efectivas que contribuyan a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl.

Paso 2: Determinar los Criterios de Evaluación

Eficacia: El objetivo de esta investigación es alcanzar al menos el 80% de las metas establecidas. Aunque lo ideal sería lograr el 100%, factores externos a la investigación y a la investigadora hacen que se fije como meta realista el 80%.

Eficiencia: La investigación busca optimizar el uso de recursos disponibles, tanto materiales como humanos, para lograr los objetivos establecidos de manera efectiva y con el menor desperdicio posible. Se analizará la distribución de las actividades y responsabilidades del personal involucrado, priorizando aquellas acciones que generen mayor impacto en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).

Además, se implementarán procesos claros y medibles que permitan evaluar continuamente los resultados y realizar ajustes necesarios para maximizar el rendimiento y minimizar costos.

Impacto: Se busca fomentar la adherencia a las normas de seguridad para prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). Además, se capacitará al personal que tiene mayor contacto con los pacientes, como el personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

Viabilidad: Se diseñarán estrategias adaptadas a la realidad del servicio para garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Estas estrategias se fundamentarán en los resultados obtenidos, permitiendo implementar mejoras continuas sobre una base sólida.

Paso 3: Seleccionar las Herramientas de Evaluación (Anexo 1)

- Cuestionarios estructurados y semiestructurados: Para recopilar información sobre conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria. El cuestionario se basará en un cuestionario tipo Likert ya que este tipo de cuestionarios son ampliamente utilizadas en investigaciones para medir actitudes, percepciones, opiniones o comportamientos de los participantes. Su formato permite recoger datos cuantitativos y cualitativos de manera sencilla y estandarizada, con respuestas en escalas de 7 ítems ya que ofrecen mayor precisión al capturar las respuestas de los participantes. Este rango permite que los encuestados expresen matices más sutiles en sus percepciones o actitudes
- Entrevistas a profundidad: jefes de servicio, personal de enfermería, médicos tratantes y residentes con más antigüedad en el servicio de terapia intensiva.

Análisis de datos

3.3.1. Aplicación de los instrumentos

Un cuestionario tipo Likert aplicado al tema de prevención de IAAS en una UCI permite recolectar datos que se pueden analizar utilizando diversos métodos estadísticos, se tiene previsto realizar un Análisis descriptivo que tiene como propósito resumir las

respuestas de los participantes y permite usar métricas tales como frecuencias y porcentajes para cada opción de respuesta y medias y desviaciones estándar para resumir la tendencia central y la dispersión.

Tabla 2. *Cronograma de actividades y responsables*

Etapas	Actividades	Plazos	Responsables	Herramientas
Diagnóstico	1.-Encuestas al personal sobre prácticas actuales	Febrero 2025	Lic. J. Narváez	1.-Tasa incidencia de IAAS
	2. Identificación de factores de riesgo en la unidad			2.- encuestas estructuradas
				3.-Análisis de datos previos
Evaluación durante el proceso	1.- Revisión de protocolos de higiene y bioseguridad.	Marzo 2025	Lic. J.Narváez	1.-Auditorías internas
	2.- Retroalimentación periódica al personal.			2.- Resultados de prácticas actuales
Evaluación final	1.- Grupos focales para evaluar la percepción del personal.	Abril 2025	Lic. J.Narváez	1 Encuestas y entrevistas cualitativas.
				2.- Documento final de

2.- Elaboración del informe final con recomendaciones.	resultados y evaluación.
--	--------------------------

Nota. Elaboración propia.

3.3.2. *Procesamiento de la información*

El análisis de los datos se realizó utilizando un enfoque de estadística cuantitativa, comenzando con procedimientos de estadística descriptiva. En primer lugar, se calcularon las medidas de tendencia central, como la media, la mediana y la moda para cada ítem de la encuesta. Estos indicadores permitieron identificar cuáles fueron las preguntas con mayor aceptación o rechazo por parte de los encuestados, lo que permitió distinguir las fortalezas del sistema de gestión y aquellas áreas que requerían mejoras.

También se calcularon medidas de dispersión, en particular la desviación estándar, con el objetivo de evaluar la variabilidad en las respuestas. Este análisis fue útil para detectar ítems que presentaron alta dispersión, lo cual podría haber indicado percepciones diversas o inconsistentes entre los encuestados respecto a un aspecto determinado del sistema evaluado.

El análisis incluyó además el tratamiento de las respuestas agrupadas por dimensiones, tales como implementación, eficiencia, adherencia y apoyo gerencial. Se calculó el promedio de puntajes por cada dimensión para identificar el desempeño general en cada área. Posteriormente, se compararon estos promedios y se clasificaron según niveles de desempeño. Una media igual o superior a 5.5 fue considerada alta, entre 4.0 y 5.49 como desempeño moderado, y menor a 4.0 como desempeño bajo.

Por último, se realizó un análisis cualitativo de las preguntas abiertas presentes en la encuesta. Para ello, se aplicó codificación temática, clasificando las respuestas en categorías clave como “necesidad de más capacitación”, “falta de recursos” o “mejoras en comunicación”. A continuación, se contabilizó la frecuencia con la que se repitieron estos temas, con el objetivo de jerarquizarlos e incorporarlos en las conclusiones como insumos complementarios para la toma de decisiones gerenciales.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos

El trabajo de campo se ejecutó en cuatro etapas. En primer lugar, se realizó la fase de diagnóstico inicial con aplicación de encuestas estructuradas al personal de salud, y la identificación de factores de riesgo vinculados a las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital San Vicente de Paúl. Esta etapa permitió establecer una línea base.

Se desarrolló una evaluación durante el proceso en base a la observación directa del cumplimiento de protocolos de bioseguridad, la retroalimentación al personal sanitario y la revisión continua de las prácticas clínicas. En la tercera etapa, correspondiente a la evaluación final se aplicaron entrevistas al personal.

3.4.1. *Descripción del proceso de aplicación de los instrumentos*

Los instrumentos de recolección de datos se aplicaron conforme a una secuencia lógica y metodológicamente coherente con el enfoque mixto explicativo secuencial. Se inició con la aplicación del cuestionario tipo Likert al personal médico, de enfermería y administrativo de la UTI, el cual evaluó cuatro dimensiones: implementación, eficiencia, adherencia y apoyo organizacional. El cuestionario fue aplicado en formato en línea mediante Google Forms en base a la inclusión de un correo institucional.

Se procedió a la realización de entrevistas semiestructuradas a jefes de servicio, enfermeros referentes y médicos con más de dos años de experiencia, enfocadas en conocer barreras institucionales, percepción del liderazgo y evaluación de recursos. Estas entrevistas se efectuaron en espacios reservados del hospital y fueron grabadas con consentimiento informado.

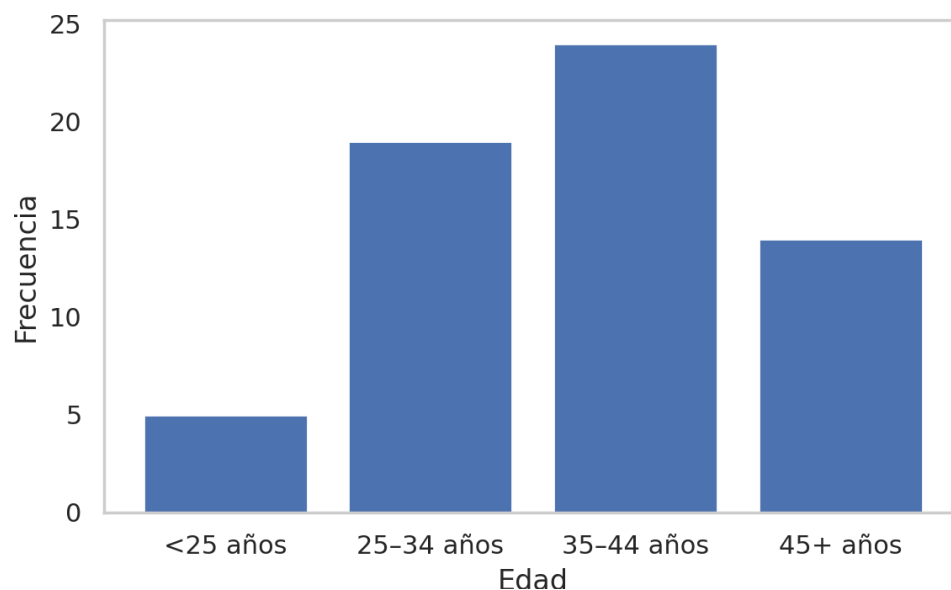
En la **Tabla 3** se presenta las características sociodemográficas de los profesionales de salud que participaron en el estudio. Se incluyen variables como edad, género, profesión y años de experiencia en la unidad de terapia intensiva. Esta información permite describir el perfil general del personal encuestado.

Tabla 3. *Características sociodemográficas de los profesionales de salud encuestados*

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad	Menos de 25 años	5	8.1
	25–34 años	19	30.6
	35–44 años	24	38.7
	45 años o más	14	22.6
Género	Masculino	28	45.2
	Femenino	34	54.8
Profesión	Médico	18	29.0
	Enfermero/a	31	50.0
	Auxiliar de Enfermería	9	14.5
	Otro	4	6.5
Años de experiencia en terapia intensiva	Menos de 1 año	6	9.7
	1–3 años	22	35.5
	4–6 años	20	32.3
	Más de 6 años	14	22.6

Nota. Elaboración propia.

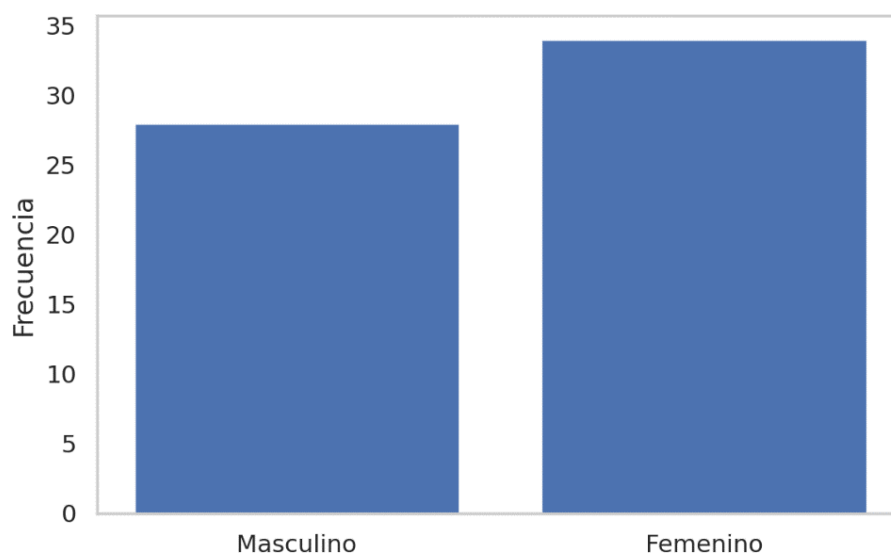
Figura 1. *Distribución por edad del personal de terapia intensiva*



Nota. Elaboración propia.

La mayoría del personal encuestado se encuentra en el rango de edad de 35 a 44 años (38.7 %), seguido del grupo de 25 a 34 años (30.6 %). Los profesionales de 45 años o más representan el 22.6 %, mientras que los menores de 25 años constituyen solo el 8.1 %.

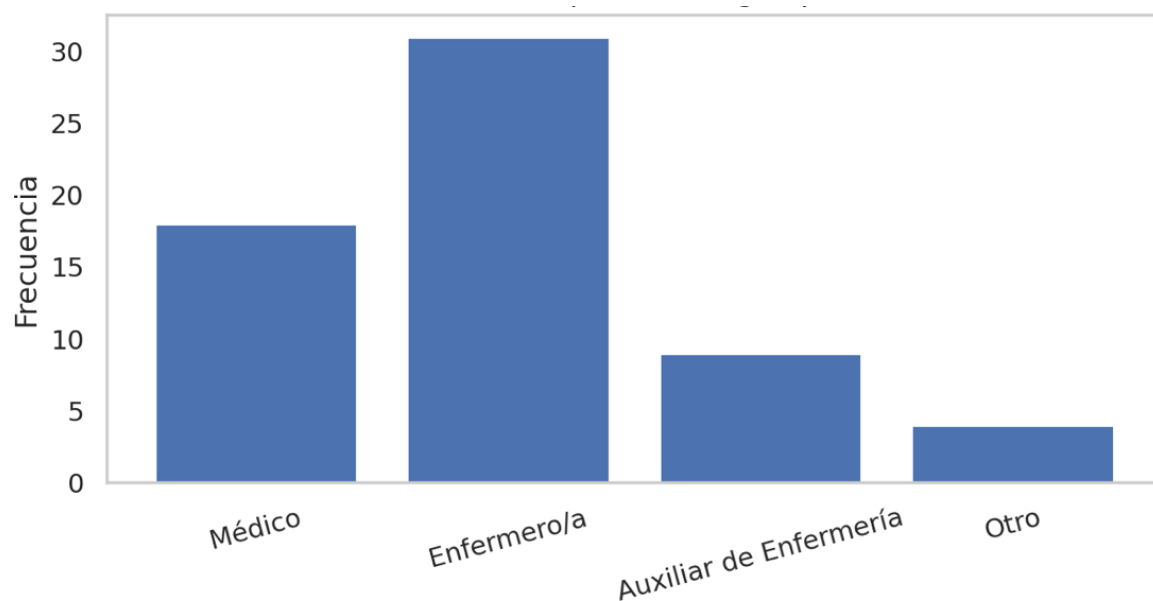
Figura 2. Distribución por género del personal encuestado



Nota. Elaboración propia.

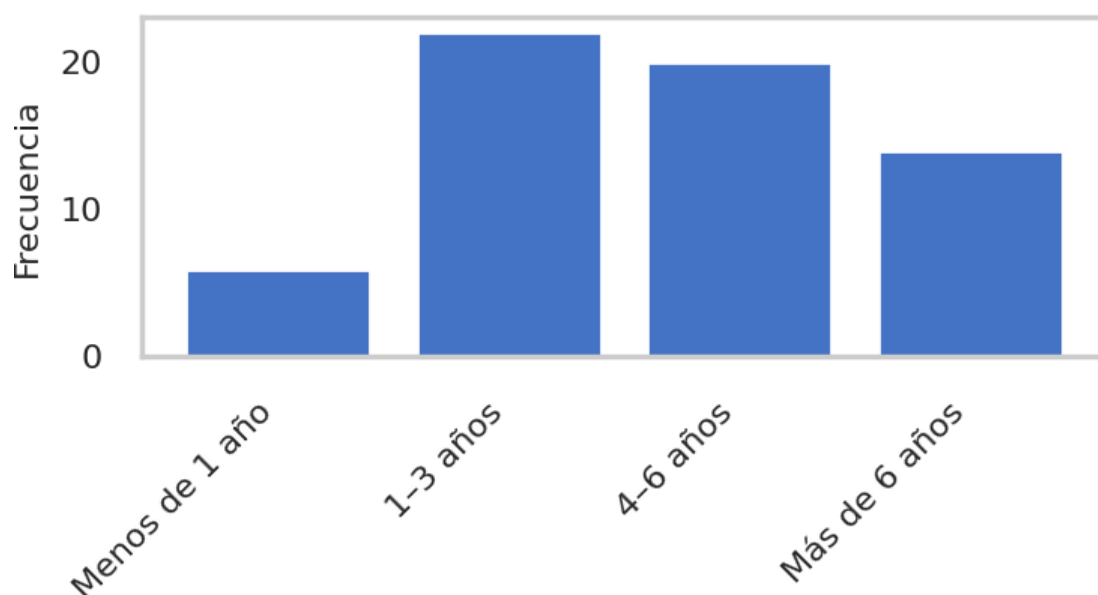
La distribución por género muestra una participación ligeramente mayor de mujeres (54.8%) en comparación con hombres (45.2%) dentro del personal encuestado en la unidad de terapia intensiva.

Figura 3. *Distribución del personal según profesión*



Nota. Elaboración propia.

La mayoría del personal encuestado corresponde a la categoría de enfermeros/as (50.0%), seguido por médicos (29.0%). Los auxiliares de enfermería representan el 14.5%, mientras que otras profesiones constituyen solo el 6.5%.

Figura 4. *Años de experiencia en terapia intensiva*

Nota. Elaboración propia.

La mayor parte de los profesionales tiene entre 1 y 6 años de experiencia en la unidad de terapia intensiva, siendo el grupo de 1–3 años el más representado con 22 personas (35.5 %), seguido por quienes tienen entre 4–6 años (32.3 %). Solo el 9.7 % tiene menos de un año de experiencia, mientras que el 22.6 % cuenta con más de seis años.

En la **Tabla 4** se presenta la distribución de respuestas obtenidas en la encuesta tipo Likert aplicada a los profesionales de salud sobre la percepción de las estrategias gerenciales implementadas en la unidad de terapia intensiva. La tabla agrupa las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada una de las doce afirmaciones evaluadas, organizadas según la escala de valoración de cinco puntos.

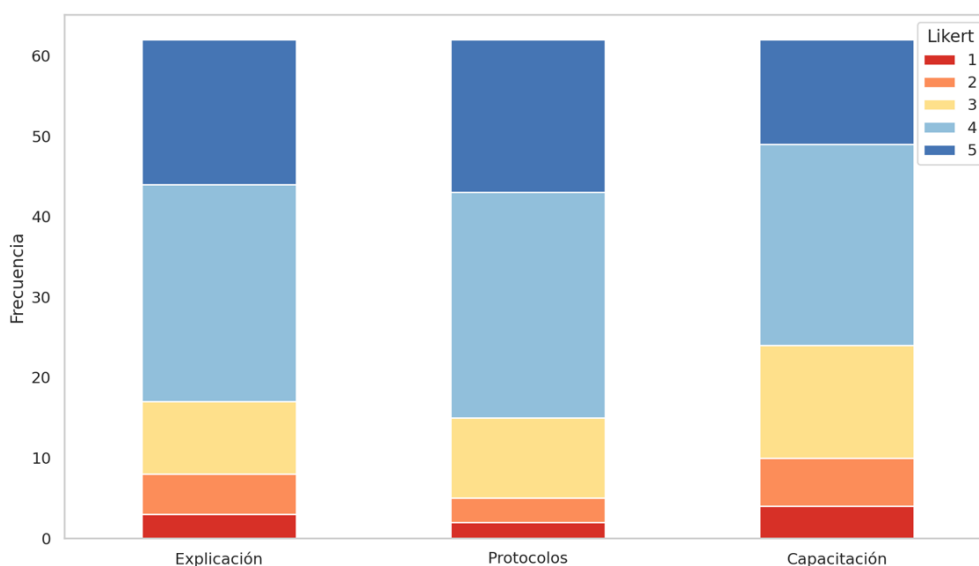
Tabla 4. *Distribución de respuestas a la encuesta tipo Likert sobre estrategias gerenciales*

Ítem	1: Totalmente en desacuerdo	2: En desacuerdo	3: Neutral	4: De acuerdo	5: Totalmente de acuerdo
1. Las estrategias han sido claramente explicadas	3 (4.8%)	5 (8.1%)	9 (14.5%)	27 (43.5%)	18 (29.0%)
2. Los protocolos son fáciles de seguir	2 (3.2%)	3 (4.8%)	10 (16.1%)	28 (45.2%)	19 (30.6%)
3. Existe suficiente capacitación	4 (6.5%)	6 (9.7%)	14 (22.6%)	25 (40.3%)	13 (21.0%)
4. Las estrategias han reducido las infecciones	5 (8.1%)	7 (11.3%)	13 (21.0%)	24 (38.7%)	13 (21.0%)
5. Se ha mejorado la seguridad del paciente	2 (3.2%)	4 (6.5%)	11 (17.7%)	26 (41.9%)	19 (30.6%)
6. El uso de equipos es adecuado	3 (4.8%)	5 (8.1%)	12 (19.4%)	27 (43.5%)	15 (24.2%)
7. Se siguen los protocolos de higiene	1 (1.6%)	3 (4.8%)	8 (12.9%)	30 (48.4%)	20 (32.3%)
8. Existe monitoreo continuo del cumplimiento	4 (6.5%)	6 (9.7%)	13 (21.0%)	24 (38.7%)	15 (24.2%)
9. Las auditorías promueven la adherencia	3 (4.8%)	5 (8.1%)	10 (16.1%)	25 (40.3%)	19 (30.6%)
10. La gerencia brinda el apoyo necesario	2 (3.2%)	4 (6.5%)	15 (24.2%)	26 (41.9%)	15 (24.2%)

Ítem	1: Totalmente en desacuerdo	2: En desacuerdo	3: Neutral	4: De acuerdo	5: Totalmente de acuerdo
11. Existe comunicación efectiva con la gerencia	3 (4.8%)	6 (9.7%)	13 (21.0%)	26 (41.9%)	14 (22.6%)
12. Los recursos asignados son suficientes	5 (8.1%)	7 (11.3%)	16 (25.8%)	21 (33.9%)	13 (21.0%)

Nota. Elaboración propia.

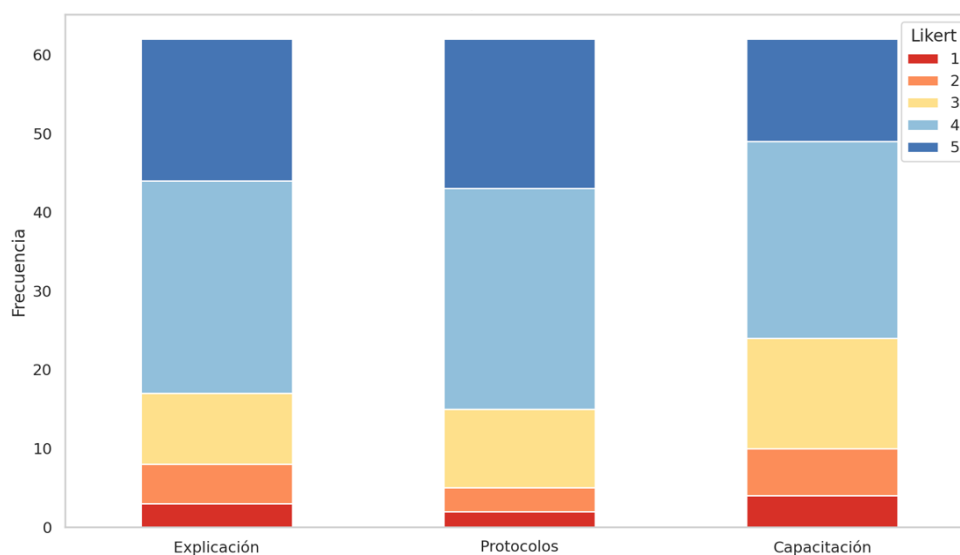
Figura 5. *Dimensión 1: Implementación de estrategias*



Nota. Elaboración propia.

La mayoría de los profesionales está de acuerdo o totalmente de acuerdo con que las estrategias han sido explicadas claramente (72.5%). Un porcentaje similar (75.8%) considera que los protocolos son fáciles de seguir. En cuanto a la capacitación, aunque sigue siendo alta la aceptación (61.3%), se observa un leve aumento de respuestas neutras o en desacuerdo.

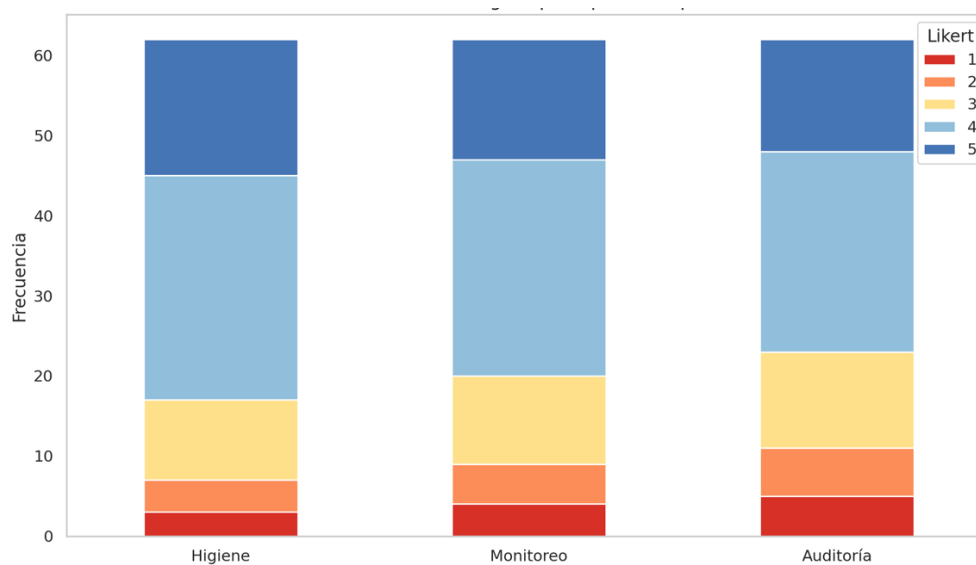
Figura 6. Dimensión 2: Eficiencia de las estrategias



Nota. Elaboración propia.

En esta dimensión, se observa un fuerte consenso en que las estrategias han contribuido a reducir infecciones (67.7% de acuerdo o totalmente de acuerdo). Del mismo modo, el 69.3% afirma que los cambios han mejorado la seguridad del paciente, y un 71% respalda la disponibilidad adecuada de equipos.

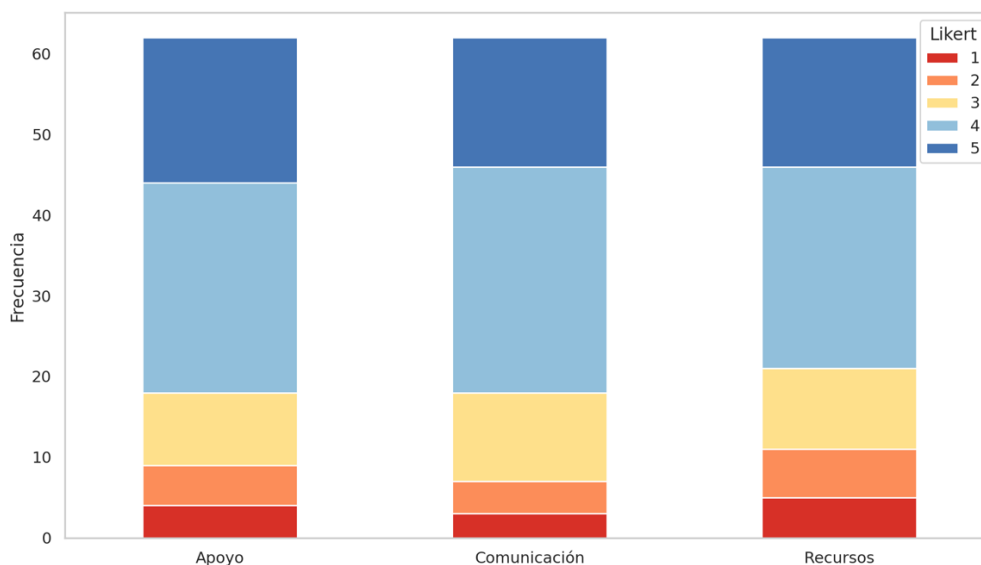
Figura 7. Dimensión 3: Adherencia a las estrategias



Nota. Elaboración propia.

En general, el personal percibe una alta adherencia a las estrategias implementadas. El 72.6% considera que se siguen adecuadamente los protocolos de higiene, mientras que el 67.8% reconoce monitoreo continuo. Respecto a las auditorías, un 62.9% indica que estas promueven mejor adherencia, aunque existe una dispersión en las respuestas.

Figura 8. *Dimensión 4: Apoyo gerencial y organizacional*



Nota. Elaboración propia.

El 71% de los profesionales reconoce que la gerencia brinda apoyo para las estrategias. Un 71% también valora positivamente la comunicación sobre las medidas adoptadas. En cuanto a recursos, el 66.2% opina que son suficientes, aunque hay un leve aumento de respuestas neutrales o en desacuerdo (21.1%).

Con el fin de complementar los datos cuantitativos, se incluyó una pregunta abierta que permitió a los profesionales expresar sus propuestas para mejorar las estrategias gerenciales orientadas a reducir la incidencia de IAAS en la unidad de terapia intensiva. Las respuestas fueron clasificadas en categorías temáticas para facilitar su análisis e interpretación (**Tabla 5**).

Tabla 5. Categorías de respuestas a la pregunta abierta sobre mejoras en estrategias gerenciales para reducir IAAS

Categoría	Frecuencia (n)	Ejemplos representativos
Capacitación del personal	17	“Faltan más prácticas sobre barreras de protección.” “Necesitamos simulacros frecuentes.” “No todos saben cómo actuar en casos críticos.” “Deberían supervisar cada turno.”
Supervisión y control	14	“No todos siguen los protocolos como deberían.” “El monitoreo es muy esporádico.”
Recursos e insumos	12	“A veces no hay guantes.” “Falta jabón líquido en varios lavamanos.” “Los insumos llegan tarde.”
Comunicación y gestión	11	“La gerencia no informa a tiempo.” “No se comunica claramente lo que se espera.” “Las reuniones deberían ser más constantes.”
Infraestructura	8	“Las áreas están muy juntas.” “La ventilación no es buena en ciertos lugares.” “Los lavamanos están muy lejos.”
Adherencia del personal	7	“Algunos no cumplen con el uso correcto de EPP.” “No todos lavan sus manos correctamente.” “Se necesita más compromiso.”
Retroalimentación y evaluación	6	“Nunca nos dicen cómo estamos avanzando.”

Categoría	Frecuencia (n)	Ejemplos representativos
Protocolos actualizados	5	“Sería bueno recibir evaluaciones constantes.” “Faltan espacios de retroalimentación.” “Hay que revisar si los protocolos siguen siendo vigentes.” “Algunas normas son viejas.” “Falta claridad en ciertos procedimientos.”

Nota. Elaboración propia.

La **Tabla 6** presenta la categorización temática de las respuestas obtenidas en las entrevistas semiestructuradas, organizada según las preguntas planteadas. Esta categorización permitió identificar patrones recurrentes, agrupar las respuestas más representativas y facilitar el análisis cualitativo de la información, vinculando las percepciones de los jefes de servicio y coordinadores de área con las estrategias gerenciales y la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva.

Tabla 6. Categorías de respuestas a la pregunta abierta sobre mejoras en estrategias gerenciales para reducir IAAS

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Opciones de respuestas representativas
¿Cómo evalúa la aplicación de las estrategias gerenciales para la prevención de IAAS en la UTI?	Gestión gerencial	Nivel de implementación	Implementación adecuada y sostenida / Implementación parcial / Implementación deficiente
		Impacto percibido	Disminución visible de IAAS / Impacto limitado / Sin impacto observable

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Opciones de respuestas representativas
¿Qué rol cumple el liderazgo del servicio en el cumplimiento de protocolos de bioseguridad?	Liderazgo sanitario	Continuidad	Estrategias permanentes / Acciones ocasionales / Acciones no sistematizadas
		Estilo de liderazgo	Liderazgo activo / Liderazgo moderado / Liderazgo ausente
		Influencia en el personal	Motiva el cumplimiento / Cumplimiento por obligación / Bajo compromiso
		Supervisión	Supervisión constante / Supervisión esporádica / Sin supervisión
		Recursos	Falta de insumos / Insuficiencia de personal / Equipamiento limitado
		Carga laboral	Sobrecarga asistencial / Turnos prolongados / Alta rotación
¿Cuáles son las principales dificultades organizacionales que limitan la prevención de IAAS?	Barreras organizacionales	Gestión	Falta de planificación / Débil seguimiento / Comunicación ineficaz

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Opciones de respuestas representativas
¿Cómo valora los procesos de capacitación del personal en control de infecciones?	Capacitación	Frecuencia	Capacitación periódica / Capacitación ocasional / Ausencia de capacitación
		Contenido	Adecuado y actualizado / Parcial / Desactualizado
		Aplicación práctica	Se aplica lo aprendido / Aplicación limitada / No se aplica
¿Qué acciones de gestión considera prioritarias para reducir la incidencia de IAAS?	Estrategias gerenciales	Prioridades	Fortalecer liderazgo / Mejorar supervisión / Aumentar capacitación
		Control y evaluación	Uso de indicadores / Auditorías internas / Retroalimentación continua
		Mejora institucional	Protocolos claros / Trabajo en equipo / Cultura de seguridad

Nota. Elaboración propia.

3.5. Redacción de resultados y discusión

Los resultados sociodemográficos de este estudio muestran que el personal de salud de la UTI se encuentra mayoritariamente en un rango de edad intermedio, con predominio de mujeres y una representación equitativa entre enfermeros y médicos. Esta característica se relaciona con hallazgos internacionales donde el personal de enfermería

constituye la primera línea en la prevención de IAAS (Duszynska et al., 2020), confirmando que su rol es decisivo en el cumplimiento de protocolos.

La experiencia laboral intermedia (1–6 años en la mayoría) hallada en la plantilla local refleja un capital humano con competencias en desarrollo. Según Torres-Muñoz et al. (2023), la experiencia acumulada en UCIs neonatales de Colombia fue un factor que influyó en la adherencia a medidas de control, siendo menor en personal más joven. Esto sugiere que el contexto de Ibarra requiere estrategias de capacitación reforzada.

En la dimensión de implementación, el 72.5 % del personal consideró que las estrategias fueron explicadas claramente. Esta percepción positiva coincide con el estudio polaco de Duszynska et al. (2020), donde la aplicación de un sistema de vigilancia y capacitación fue esencial para reducir la variabilidad en el cumplimiento de normas de higiene de manos.

El 75.8 % de los encuestados opinó que los protocolos eran prácticos, lo cual se asemeja a los resultados en Brasil reportados por Reis et al. (2022), donde la implementación de baños diarios con clorhexidina fue aceptada como una práctica factible y de bajo costo en UCIs, aunque la adherencia variaba según la supervisión.

La capacitación, sin embargo, mostró respuestas menos favorables (61.3 % positivas, con 22.6 % neutras y 16.2 % negativas). Este hallazgo se relaciona con lo reportado por Yopez et al. (2017) en Ecuador, donde la capacitación irregular del personal fue una de las causas de tasas elevadas de neumonía asociada a ventilación mecánica.

El déficit percibido en la capacitación continua resalta una brecha importante: mientras en Ibarra las capacitaciones parecen insuficientes, en Argentina Cornistein et al. (2025) señalaron que los hospitales con programas educativos sostenidos mostraron menor prevalencia de infecciones por microorganismos multirresistentes, lo que sugiere que reforzar la formación tiene un impacto directo en los resultados clínicos.

En cuanto a la eficiencia de las estrategias, el 67.7 % del personal afirmó que se redujeron las infecciones y el 69.3 % que la seguridad del paciente mejoró. Aunque esta percepción es alentadora, en Polonia el estudio de Duszynska et al. (2020) evidenció que,

pese a la implementación de medidas, el 18.6 % de los pacientes desarrolló una infección asociada a dispositivos. Esto indica que la percepción del personal no siempre se traduce en reducción estadística real.

La valoración positiva sobre la adecuación de los equipos (71.0 %) también se refleja en el estudio de Reis et al. (2022), donde la disponibilidad de insumos adecuados favoreció la aplicación rutinaria de intervenciones. No obstante, tanto en Brasil como en Ecuador se reportó que la falta de reposición o mantenimiento oportuno de equipos es un factor de riesgo persistente (Yepez et al., 2017).

En apoyo institucional, el 71.0 % reconoció respaldo de la gerencia y comunicación fluida con directivos. Este resultado es consistente con Torres-Muñoz et al. (2023), quienes señalaron que en UCIs neonatales la falta de comunicación entre directivos y personal clínico era un factor que incrementaba la mortalidad en pacientes con infecciones asociadas a dispositivos.

Sin embargo, los recursos fueron considerados suficientes solo por el 66.2 % de los trabajadores, lo que refleja una percepción dividida. Cornistein et al. (2025) identificaron que en hospitales argentinos con limitaciones de insumos y alta rotación de personal, la mortalidad asociada a infecciones por bacterias multirresistentes fue mayor. Esto sugiere que en Ibarra el suministro aún es un aspecto vulnerable.

En las preguntas abiertas, los trabajadores resaltaron la necesidad de capacitaciones continuas (25.8 %). Este hallazgo se corresponde con lo que enfatizó Reis et al. (2022), donde la capacitación y supervisión constante en el uso de clorhexidina fueron factores decisivos para mantener el éxito de la intervención.

La supervisión estricta del cumplimiento de protocolos (22.6 %) también fue señalada por los encuestados como un aspecto clave. En el estudio polaco, Duszynska et al. (2020) demostraron que la falta de adherencia a medidas preventivas como higiene de manos (64.7 %) fue un obstáculo para mejorar los indicadores, lo que reafirma la importancia de la supervisión.

La dotación adecuada de insumos y equipos médicos (19.4 %) es otra necesidad mencionada. Esta percepción coincide con Yepez et al. (2017), quienes evidenciaron que en Ecuador las altas tasas de neumonía asociada a ventilador se relacionaban con deficiencias en la disponibilidad y mantenimiento de equipos críticos.

La mejora de la comunicación interna (16.1 %) se asocia con hallazgos de Torres-Muñoz et al. (2023), que evidenciaron que las fallas de comunicación entre niveles asistenciales contribuían a la persistencia de infecciones. La UTI de Ibarra, al igual que las UCIs colombianas, requiere fortalecer la cultura organizacional.

Un aspecto menos frecuente pero relevante fue la renovación de infraestructura (9.7 %). En Polonia, Duszynska et al. (2020) documentaron que los pacientes con IAAS permanecían en promedio 21 días hospitalizados frente a 6 días sin infección, lo que incrementaba la presión sobre la infraestructura. Esto hace pensar que modernizar espacios en Ibarra podría contribuir a reducir riesgos asociados al hacinamiento o deficiencias estructurales.

La necesidad de más personal en turnos críticos (6.4 %) guarda relación con el estudio argentino de Cornistein et al. (2025), que mostró cómo la sobrecarga laboral favoreció la propagación de infecciones multirresistentes en UCIs, incrementando la mortalidad. La percepción local se alinea con esta evidencia internacional.

Aunque en Ibarra el personal percibe mejoras en la seguridad del paciente, los datos internacionales muestran que los microorganismos multirresistentes (*Acinetobacter baumannii* y Enterobacterales productores de carbapenemasa) son los principales desafíos actuales (Cornistein et al., 2025; Duszynska et al., 2020). Esto sugiere que el optimismo local debe contrastarse con la necesidad de vigilancia microbiológica.

La percepción positiva en torno al apoyo gerencial en Ibarra puede representar una ventaja frente a contextos como Ecuador 2013–2015 (Yepez et al., 2017), donde la falta de liderazgo institucional fuerte contribuyó a tasas muy altas de neumonía asociada a ventilación mecánica (44.3/1000 días de ventilador).

Al comparar los hallazgos, se observa que mientras los estudios internacionales reportan tasas objetivas de infección (entre 18 y 44 episodios por cada 1000 días de dispositivo), en Ibarra se trabaja principalmente sobre percepciones del personal. Esto muestra la complementariedad entre ambos enfoques: la evidencia cuantitativa objetiva y la percepción de quienes implementan las medidas.

En conclusión, la comparación evidencia que los resultados locales coinciden con la literatura en cuanto a la necesidad de capacitación, supervisión, disponibilidad de insumos y comunicación organizacional. No obstante, la percepción positiva del personal en Ibarra debe sostenerse con indicadores objetivos de incidencia de IAAS, para garantizar que las estrategias gerenciales no solo sean aceptadas, sino también efectivas en la reducción real de las infecciones.

4. Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

Este capítulo presenta la propuesta de transformación dirigida a reducir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra durante el periodo 2024–2025. La propuesta parte de los resultados obtenidos en el diagnóstico realizado y del contraste con la literatura internacional, lo que permitió reconocer debilidades y también oportunidades en los procesos de gestión. El propósito central es plantear estrategias de tipo gerencial que puedan ser aplicadas en el hospital para mejorar la seguridad del paciente y optimizar el uso de recursos. Con ello se busca construir un modelo que permita fortalecer la organización y dar respuesta a las necesidades detectadas en el servicio.

2.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.

De acuerdo con Allegranzi (2016) la aplicación de intervenciones gerenciales enfocadas en la educación y la supervisión del personal de salud junto con acciones que refuercen la adherencia a las buenas prácticas clínicas resultó efectiva en la reducción de infecciones asociadas a la atención sanitaria. Sax (2009) también mostró que los programas de formación que promueven la higiene de manos junto a la monitorización continua contribuyen a evitar la transmisión de microorganismos en hospitales. Estos antecedentes permiten justificar la necesidad de crear estrategias gerenciales innovadoras en el contexto local del Hospital San Vicente de Paúl.

Uno de los fundamentos teóricos retomados es la teoría de la Gestión de la Calidad Total de Deming (1986). Este enfoque impulsa la mejora constante de los procesos y garantiza que se alcancen altos niveles de calidad en la atención. En el ambiente hospitalario ha sido usado para fortalecer la seguridad y eficiencia del cuidado. En este estudio se adapta la teoría hacia un modelo centrado en la gestión de infecciones, priorizando la supervisión directa y la capacitación regular del personal de cuidados intensivos.

El modelo de Higiene de las Manos de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009) es otro de los referentes. Su valor consiste en ofrecer un método práctico para reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Además impulsa la

creación de una cultura de prevención en los equipos. En la propuesta actual se utiliza este modelo pero se le añade el uso de indicadores de gestión y espacios de retroalimentación que permitan integrar la higiene de manos en un marco más amplio de control hospitalario.

El enfoque de Seguridad del Paciente de Vincent (2013) plantea la importancia de diseñar sistemas que reduzcan riesgos y daños vinculados con la atención sanitaria. Este fundamento resulta de especial importancia en el tratamiento de las infecciones hospitalarias porque las reconoce como eventos que pueden prevenirse mediante la gestión adecuada. En la unidad de terapia intensiva de Ibarra el enfoque se transforma en una visión propositiva donde la seguridad no se ve solo como un resultado clínico sino también como consecuencia de la organización y de la cultura de trabajo.

Estos fundamentos permiten comprender cómo la propuesta se apoya en teorías conocidas y a la vez integra ajustes propios del contexto ecuatoriano. La contribución del investigador se observa en la manera en que se unen los principios de calidad, la higiene de manos y la seguridad del paciente en un solo marco de gestión. La construcción de este sistema representa una forma nueva de aplicar teorías clásicas a un entorno hospitalario con características propias y necesidades específicas.

Finalmente la fundamentación teórica es consecuente con el objetivo general de la investigación y con lo encontrado en el diagnóstico. La propuesta no se limita a repetir teorías previas sino que crea nuevas relaciones aplicadas al objeto de estudio. De esta manera se presenta una ruta concreta que busca la transformación efectiva del problema y la mejora continua en la atención de pacientes críticos.

4.1. Estructura de la propuesta de transformación

La propuesta de transformación fue concebida como una herramienta estratégica orientada a disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl. Se diseñó tomando en cuenta los hallazgos del diagnóstico, los aportes del marco teórico y la evidencia obtenida en la comparación internacional. Esta estructura combina objetivos, fundamentos conceptuales, referentes normativos y un cuerpo operacional que orienta la puesta en marcha de las acciones. Su finalidad es dar respuesta a un problema identificado en la

práctica clínica, garantizando que las medidas planteadas no solo se enuncien, sino que puedan aplicarse de forma ordenada y coherente en la realidad del hospital.

4.1.1. Objetivos de la propuesta

Los objetivos cumplen la función de orientar la propuesta en su totalidad. El objetivo general define la finalidad de la transformación, mientras que los específicos desglosan en metas concretas aquello que se pretende alcanzar. Esta formulación asegura que las actividades planteadas estén alineadas con el propósito mayor de reducir la incidencia de infecciones en la UTI. A través de los objetivos se garantiza la articulación entre teoría, diagnóstico y práctica, y se orienta la planificación de actividades que integran aspectos clínicos, administrativos y gerenciales.

Tabla 7. *Objetivos de la propuesta*

Tipo de objetivo	Formulación
Objetivo general	Disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria a través de estrategias gerenciales efectivas en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra, Ecuador período 2024-2025.
Objetivo específico 1	Fortalecer la capacitación continua del personal de salud sobre protocolos de bioseguridad y manejo de dispositivos invasivos.
Objetivo específico 2	Implementar un sistema de supervisión y monitoreo que garantice la adherencia a las prácticas de control de IAAS.
Objetivo específico 3	Asegurar la disponibilidad de insumos, equipos y recursos necesarios para el cumplimiento de los protocolos en la UTI.

Tipo de objetivo	Formulación
Objetivo específico 4	Promover un modelo de comunicación y liderazgo gerencial que fomente la corresponsabilidad y la cultura de seguridad del paciente.

Nota. Elaboración propia.

4.1.2. Aparato teórico, conceptual y referencial

Todo proceso de transformación requiere de bases teóricas que den coherencia y sustento a las acciones planteadas. En este caso, la propuesta se apoya en teorías y modelos reconocidos que han demostrado su utilidad en la gestión hospitalaria. Sin embargo, no se trata de una aplicación literal de los marcos de referencia, sino de una adaptación que toma en cuenta las particularidades de la UTI del Hospital San Vicente de Paúl. La teoría de la Gestión de la Calidad Total, el Modelo de Higiene de Manos de la OMS y el Enfoque de Seguridad del Paciente constituyen los fundamentos que, integrados entre sí, brindan un soporte sólido para orientar la implementación de estrategias gerenciales en el contexto local.

Tabla 8. *Aparato teórico y conceptual*

Fundamento	Aporte original de la teoría	Adaptación al contexto local
Gestión de la Calidad Total (Deming, 1986)	Mejora continua de procesos, orientada a garantizar altos niveles de calidad en la atención.	Se aplica al diseño de estrategias gerenciales que priorizan la capacitación y la supervisión del personal en UTI.
Modelo de Higiene de Manos (OMS, 2009)	Establece un marco práctico para prevenir la transmisión de infecciones.	Se integra con indicadores gerenciales y sistemas de retroalimentación interna en la UTI.
Enfoque de Seguridad del Paciente (Vincent, 2013)	Promueve la creación de sistemas que reduzcan riesgos y daños derivados de la atención.	Se orienta hacia la construcción de una cultura de seguridad y liderazgo organizacional en el hospital.

Nota. Elaboración propia.

La integración de estos modelos hace posible que la propuesta no dependa de un único marco conceptual, sino que construya un sistema híbrido en el que las teorías se adaptan y se enriquecen con el aporte del investigador. El resultado es un aparato conceptual coherente con la realidad de la UTI de Ibarra, donde se reconoce que la prevención de infecciones requiere de una combinación de normas técnicas, procesos de gestión y cambios en la cultura organizacional.

4.1.3. *Aparato o cuerpo referencial*

Además de las teorías, la propuesta se sustenta en un cuerpo referencial compuesto por normas, guías y evidencias científicas. Este aparato refuerza la pertinencia de las estrategias planteadas, asegurando que se encuentren en armonía con lo que se exige a nivel nacional e internacional. Se considera indispensable contar con un respaldo normativo que permita legitimar la propuesta dentro del hospital, así como con estudios recientes que demuestren la efectividad de las medidas sugeridas en otros contextos.

Tabla 9. *Aparato o cuerpo referencial*

Sustento	Fuente	Aplicación en la propuesta
Normativa nacional	Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Normas de prevención y control de IAAS.	Marco legal obligatorio para guiar protocolos en hospitales públicos.
Guías internacionales	OMS, OPS y CDC.	Referencia técnica para unificar prácticas preventivas y compararlas con estándares internacionales.
Evidencia científica	Estudios recientes en Latinoamérica y Europa sobre IAAS.	Proporcionan ejemplos comparativos y justifican la pertinencia de la intervención local.

Nota. Elaboración propia.

La combinación de estos elementos normativos y científicos permite que la propuesta tenga un sustento doble: por un lado, responde a exigencias regulatorias que son de obligatorio cumplimiento, y por otro, se alinea con la mejor evidencia disponible,

garantizando que las acciones no solo sean viables, sino también efectivas en la práctica clínica.

4.1.4. Cuerpo operacional e instrumental

El cuerpo operacional constituye la parte más práctica de la propuesta, donde se detallan las fases, etapas y actividades que guiarán su desarrollo. La estructura contempla tres fases principales: planificación, implementación y evaluación. Cada una de estas fases incluye etapas específicas que responden directamente a los objetivos planteados. Se trata de un esquema flexible, que puede ajustarse a las necesidades del hospital sin perder la direccionalidad general de la propuesta.

Tabla 10. *Cuerpo operacional e instrumental*

Fase	Etapas	Actividades/Tareas
Fase 1. Planificación	Diagnóstico actualizado	Levantamiento de indicadores actuales de IAAS y entrevistas de retroalimentación con personal.
	Diseño estratégico	Definición de protocolos adaptados, metas cuantificables y recursos necesarios.
Fase 2. Implementación	Capacitación	Realización de talleres de actualización en bioseguridad y simulaciones clínicas.
	Supervisión	Aplicación de listas de verificación y rondas periódicas de control.
Fase 3. Evaluación	Seguimiento	Análisis mensual de indicadores y comparación con metas propuestas.
	Retroalimentación	Elaboración de informes de resultados y ajustes a las estrategias aplicadas.

Nota. Elaboración propia.

La primera fase, la de planificación, asegura que se levante información actualizada sobre la situación de las infecciones y se diseñen protocolos adaptados a la realidad institucional. La segunda fase, la de implementación, traduce la estrategia en acciones concretas, enfocándose en capacitar al personal y fortalecer los mecanismos de supervisión. Finalmente, la fase de evaluación garantiza la revisión periódica de los resultados, el análisis de los indicadores y la retroalimentación necesaria para realizar ajustes oportunos. De este modo, el cuerpo operacional se convierte en el componente que materializa la propuesta, pasando del plano teórico al práctico de manera organizada.

La propuesta reúne objetivos definidos, bases teóricas y referencias normativas que le dan soporte. Además se acompaña de un plan operativo que orienta las acciones dentro de la unidad de cuidados intensivos. Con esta organización se busca relacionar la teoría con la práctica en un mismo proceso. También se conecta el marco regulatorio con la situación real que vive el hospital. La planeación se convierte en acciones concretas que permiten llevar la propuesta a la práctica diaria. De esa manera no queda como un planteamiento abstracto, sino que se transforma en pasos que pueden aplicarse para mejorar la gestión de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en la UTI del Hospital San Vicente de Paúl.

El plan de intervención se organiza en función de las tres fases de la propuesta: planificación, implementación y evaluación. En la fase de planificación se realizará el levantamiento de información actualizada sobre la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria, el análisis de los indicadores institucionales y la revisión de los protocolos vigentes. Con base en estos resultados se definirán las actividades, metas, responsables y recursos necesarios, asegurando que las acciones estén alineadas con la realidad operativa de la unidad de terapia intensiva.

En la fase de implementación se ejecutarán las actividades programadas, que incluyen la capacitación del personal, la aplicación de protocolos estandarizados y la supervisión sistemática del cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Posteriormente, en la fase de evaluación, se realizará el seguimiento periódico de los indicadores de IAAS,

la revisión de los resultados obtenidos y la retroalimentación al equipo de salud, permitiendo realizar ajustes oportunos para mejorar de forma continua la gestión de las infecciones en la unidad de terapia intensiva.

Tabla 11. *Plan de intervención según fases de la propuesta*

Fase	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Periodo
Fase 1. Planificación	Levantamiento de información	Recolección de datos actualizados sobre la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria y revisión de indicadores institucionales.	Equipo de control de IAAS	Mes 1
	Revisión de protocolos	Análisis de los protocolos vigentes de bioseguridad y control de infecciones en la unidad de terapia intensiva.	Comité de IAAS	Mes 1
	Diseño del plan operativo	Definición de actividades, metas, responsables y recursos necesarios para la implementación de la propuesta.	Dirección de la UTI	Mes 1
Fase 2. Implementación	Capacitación del personal	Desarrollo de talleres de actualización sobre bioseguridad, prevención y control de IAAS.	Talento humano / IAAS	Mes 2
	Aplicación de protocolos	Ejecución de los protocolos	Personal de salud UTI	Mes 2–3

Fase	Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Periodo
Fase 3. Evaluación		estandarizados en la práctica diaria de la unidad de terapia intensiva.		
	Supervisión del cumplimiento	Aplicación de listas de verificación y rondas de supervisión para evaluar la adherencia a las medidas de bioseguridad.	Supervisión de enfermería	Mes 2–3
	Seguimiento de indicadores	Monitoreo periódico de los indicadores de IAAS y comparación con las metas establecidas.	Comité de IAAS	Mes 3
	Análisis de resultados	Evaluación de los resultados obtenidos tras la implementación de las actividades.	Equipo técnico	Mes 3
	Retroalimentación y ajustes	Presentación de resultados al personal y ajuste de estrategias según los hallazgos.	Dirección UTI / IAAS	Mes 3

Nota. Elaboración propia.

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

La propuesta de transformación dirigida a reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Vicente de Paúl fue elaborada como respuesta práctica a lo encontrado en el diagnóstico inicial. El proceso de valoración se apoyó en la selección de indicadores que permitan medir el

cumplimiento de los objetivos, en la definición de criterios que aseguren su efectividad y en la identificación de recursos necesarios para su aplicación. También se consideró la validación de requisitos que confirman la pertinencia y la posibilidad de uso de la propuesta en el contexto hospitalario.

La evaluación de esta propuesta se concibió como un proceso dinámico. No se limita únicamente a revisar números, sino que también incluye la opinión del personal involucrado y la forma en que perciben los cambios. Esto permite reconocer ajustes que hacen falta para mantener las estrategias en el tiempo. Se busca con ello no solo comprobar resultados, sino también generar transformaciones en la cultura organizacional que apoyen la sostenibilidad de lo planteado.

4.2.1. Indicadores de valoración de la propuesta

Los indicadores son el punto de partida de la valoración, pues permiten medir de manera concreta los avances en relación con los objetivos planteados. Estos indicadores fueron definidos en correspondencia con las actividades de capacitación, supervisión, provisión de recursos, liderazgo institucional y resultados globales en la incidencia de IAAS.

Tabla 12. *Indicadores de valoración de la propuesta*

Objetivo/Actividad	Indicador	Línea base (2024)	Meta esperada (2025)	Fuente de verificación
Capacitación del personal en bioseguridad	% de personal capacitado	45 %	≥ 85 %	Listas de asistencia a talleres
Supervisión y monitoreo	% de cumplimiento de protocolos	50 %	≥ 80 %	Listas de verificación y reportes de auditoría

Objetivo/Actividad	Indicador	Línea base (2024)	Meta esperada (2025)	Fuente de verificación
Disponibilidad de insumos y equipos	% de jornadas con recursos completos	60 %	≥ 90 %	Inventarios y registros hospitalarios
Comunicación y liderazgo	% de satisfacción del personal	55 %	≥ 75 %	Encuestas de percepción
Reducción global de IAAS	Tasa de IAAS por cada 100 pacientes	18 %	≤ 14 %	Registros clínicos y reportes epidemiológicos

Nota. Elaboración propia.

4.2.2. Criterios de evaluación e instrumentación

Los criterios permiten valorar la calidad y el impacto de la propuesta más allá del cumplimiento numérico de los indicadores. Incluyen aspectos como la efectividad, la coherencia con los objetivos, el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad en el tiempo. También sirven para revisar si la propuesta responde a las necesidades reales del hospital y si se adapta al contexto donde se aplicará. No se trata solo de medir datos, sino de analizar en qué medida las acciones diseñadas logran transformar los procesos de la organización. Esto ayuda a reconocer avances y también vacíos que requieren correcciones para mantener la coherencia del trabajo.

Además permiten examinar si las estrategias se pueden mantener a largo plazo y si son viables considerando los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. Con esta valoración se busca comprobar que la propuesta sea útil en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl, pero también que tenga la opción de ser

replicada en otros servicios que enfrenten condiciones parecidas, lo que amplía el alcance de los resultados.

Tabla 13. *Criterios de evaluación de la propuesta*

Criterio	Descripción	Forma de verificación	Producto esperado
Pertinencia	El resultado responde a las necesidades reales de la UTI	Comparación con hallazgos del diagnóstico	Estrategias adaptadas al contexto
Validez	El resultado cumple su función según el tipo de propuesta	Evaluación técnica por comité hospitalario	Protocolo gerencial aprobado
Factibilidad	La propuesta puede ejecutarse con recursos disponibles	Análisis de recursos y tiempos	Plan operativo implementado
Aplicabilidad	Puede ser utilizada por otros equipos de trabajo	Evaluación de transferibilidad en la institución	Extensión a otras áreas del hospital
Generalización	Puede replicarse en hospitales similares	Comparación con estándares OPS y OMS	Propuesta adaptada a otros contextos
Novedad y originalidad	Integra elementos innovadores en gestión hospitalaria	Revisión bibliográfica y validación de expertos	Modelo original de gestión de IAAS

Nota. Elaboración propia.

4.2.3. Recursos necesarios para la implementación

La factibilidad de la propuesta se relaciona con los recursos que dispone el hospital y con la manera en que se administran. El éxito de su aplicación depende tanto de la cantidad como del uso correcto de lo que se tiene. Estos recursos se organizaron en cuatro grupos: humanos, materiales, financieros y de gestión. Cada uno cumple una función particular, pero todos se conectan con los objetivos planteados en la propuesta.

Los recursos humanos se refieren al personal médico, de enfermería y administrativo que participa en la unidad. Los materiales incluyen los insumos, equipos de protección y dispositivos clínicos. En lo financiero se consideran los presupuestos destinados a la compra y reposición de lo necesario. Los de gestión abarcan la coordinación entre autoridades, comités y responsables de calidad. De esta manera la factibilidad no depende solo de contar con los medios, sino también de que estos se organicen de manera coherente y con visión de continuidad.

Tabla 14. *Recursos necesarios para la propuesta*

Tipo de recurso	Descripción	Uso específico
Humanos	Médicos, enfermeras, auxiliares, responsables de control de calidad, directivos	Ejecución de talleres, supervisión y monitoreo
Materiales	Insumos de bioseguridad, equipos de protección personal, dispositivos médicos	Cumplimiento de protocolos de bioseguridad
Financieros	Presupuesto institucional y apoyo externo	Adquisición de insumos, mantenimiento de equipos, formación
De gestión	Coordinación entre dirección hospitalaria, comité de calidad y UTI	Organización de actividades, seguimiento y retroalimentación

Nota. Elaboración propia.

4.2.4. Validación de requisitos de la propuesta

La propuesta se validó tomando en cuenta los requisitos metodológicos que debe cumplir toda transformación hospitalaria. Entre ellos se consideraron la pertinencia, la validez, la factibilidad, la aplicabilidad, la generalización y la novedad. Cada requisito fue revisado con relación a los resultados que se buscaban alcanzar y también frente al contexto particular de la institución. De esa manera la validación no se limitó a una revisión teórica, sino que consideró la práctica diaria del hospital y las condiciones reales en que la propuesta podía funcionar.

El análisis permitió ver que la pertinencia se relacionaba con las necesidades reales del servicio, mientras que la validez se conectaba con la coherencia de las acciones diseñadas. La factibilidad dependía de la disponibilidad de recursos y de la capacidad de gestión interna. La aplicabilidad mostró si el modelo podía usarse por diferentes equipos de trabajo en el hospital, y la generalización buscó comprobar si podía replicarse en instituciones con características parecidas. Finalmente la novedad estuvo en integrar estrategias de gestión y control que no habían sido planteadas antes en este contexto.

Tabla 15. *Validación de requisitos de la propuesta*

Requisito	Evidencia de cumplimiento	Resultado esperado
Pertinencia	Basada en el diagnóstico situacional de la UTI	Responde a necesidades reales
Validez	Alineada con teorías y normativas nacionales e internacionales	Estrategias coherentes con la evidencia
Factibilidad	Recursos humanos y materiales disponibles en el hospital	Ejecución viable en el periodo 2024–2025

Requisito	Evidencia de cumplimiento	Resultado esperado
Aplicabilidad	Posible uso en diferentes áreas del hospital	Replicación en otros servicios
Generalización	Compatible con hospitales de características similares	Extensión a otras unidades críticas
Novedad y originalidad	Integración innovadora de gestión, capacitación y supervisión	Modelo propio de control de IAAS

Nota. Elaboración propia.

La valoración de la propuesta muestra que cumple con los requisitos metodológicos y prácticos esperados en un plan de transformación hospitalaria. El diseño mantiene coherencia con el diagnóstico, responde a lo que necesita el personal de salud y el hospital, y ofrece orientaciones claras para reducir las infecciones en la unidad de cuidados intensivos. La aplicación del modelo representa un cambio frente al problema inicial. Se pasa de un escenario con debilidades en la capacitación, limitaciones en la supervisión y carencia de recursos, hacia una gestión integral con mayor orden y sostenibilidad.

Con esta transformación se fortalece la seguridad del paciente, se mejora el uso de los recursos disponibles y se crean condiciones que favorecen la continuidad de los procesos de calidad. La experiencia obtenida puede proyectarse a otros servicios del mismo hospital y también a instituciones con características similares. De este modo la propuesta se convierte en un aporte práctico a la gestión de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, integrando la visión organizacional con la realidad del trabajo clínico diario.

5. CONCLUSIONES

En relación con el primer objetivo específico, la investigación permitió determinar los fundamentos teóricos referenciales que sustentan la aplicación de estrategias gerenciales efectivas para la disminución de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en unidades de terapia intensiva. El análisis de la literatura científica y de los modelos conceptuales evidenció que la gestión hospitalaria, el liderazgo organizacional, la cultura de seguridad del paciente y la gobernanza clínica constituyen pilares fundamentales para el control de las IAAS. Estos enfoques teóricos demostraron que la reducción de infecciones no depende únicamente de intervenciones clínicas aisladas, sino de procesos organizacionales integrales que articulen planificación, supervisión, capacitación continua y evaluación sistemática.

Respecto al segundo objetivo específico, se logró caracterizar el estado actual del problema relacionado con la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl. El diagnóstico institucional permitió identificar que las IAAS continúan presentándose como un problema frecuente, asociado a debilidades en la capacitación permanente del personal, dificultades en el cumplimiento sostenido de los protocolos de bioseguridad y limitaciones en la disponibilidad de recursos. Esta caracterización evidenció que, aunque existen lineamientos y normas establecidas, su aplicación no siempre es homogénea ni constante en la práctica cotidiana.

El análisis de la información recolectada permitió profundizar en las condiciones organizativas que influyen en la problemática identificada. Se constató que el personal de salud reconoce la importancia de las estrategias implementadas, pero también percibe que la formación no se desarrolla de manera sistemática ni suficiente para responder a las exigencias reales de la unidad. Asimismo, se identificaron vacíos en los mecanismos de supervisión y seguimiento, lo cual incide en una adherencia variable a los protocolos y limita la efectividad de las acciones preventivas existentes.

En cumplimiento del tercer objetivo específico, se elaboró una propuesta de estrategias gerenciales efectivas orientadas a la disminución de la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva. La propuesta se estructuró a partir del diagnóstico realizado y de los fundamentos teóricos analizados, integrando objetivos claros, un sustento conceptual y normativo, así como un cuerpo operacional que contempla acciones concretas relacionadas con la capacitación continua, la supervisión sistemática, la provisión de insumos y el fortalecimiento del liderazgo institucional. De esta manera, la investigación trascendió el análisis del problema y planteó una alternativa de intervención coherente con la realidad del hospital.

La propuesta diseñada se concibe como un modelo de gestión aplicable y adaptable, que no se limita a replicar experiencias externas, sino que responde a las condiciones específicas del Hospital General San Vicente de Paúl. Su formulación considera la estructura organizacional existente, la capacidad operativa de la unidad y la necesidad de consolidar una cultura de seguridad del paciente. Este enfoque permite que las estrategias planteadas puedan implementarse de forma progresiva y sostenible, favoreciendo la mejora continua de los procesos asistenciales.

En relación con el cuarto objetivo específico, se valoró la pertinencia de la propuesta de estrategias gerenciales efectivas, evidenciando que cumple con criterios de viabilidad, coherencia y aplicabilidad. La definición de indicadores de seguimiento y evaluación permitió establecer metas claras y medibles, orientadas a fortalecer la capacitación del personal y a disminuir progresivamente la incidencia de infecciones. Esta valoración confirmó que la propuesta puede ejecutarse con los recursos disponibles y ajustarse a las necesidades institucionales sin generar cargas adicionales significativas.

Desde una perspectiva metodológica, la investigación confirmó la pertinencia del enfoque mixto explicativo secuencial para abordar problemas complejos como las infecciones asociadas a la atención sanitaria. La integración de datos cuantitativos y cualitativos permitió no solo dimensionar la magnitud del problema, sino también

comprender las percepciones, barreras y dinámicas organizativas que influyen en su persistencia. Este abordaje fortaleció la coherencia entre los objetivos planteados y los resultados obtenidos.

Finalmente, se concluye que la investigación cumplió con los objetivos propuestos, al generar conocimiento teórico, diagnóstico institucional y una propuesta gerencial pertinente para la disminución de las infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva del Hospital General San Vicente de Paúl. El logro de estos objetivos evidencia que la aplicación de estrategias gerenciales integrales, sostenidas en el tiempo y respaldadas por liderazgo institucional y cultura organizacional, constituye una vía efectiva para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención hospitalaria.

6. RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista metodológico

El estudio se desarrolló con un enfoque mixto explicativo secuencial que combinó fases cuantitativas y cualitativas. La fase inicial permitió medir la magnitud del problema con indicadores objetivos como tasas de IAAS, frecuencia de protocolos cumplidos y auditorías realizadas. Posteriormente, la fase cualitativa ayudó a interpretar los resultados y comprender las percepciones del personal de salud. Esta integración facilitó un análisis más amplio y coherente de la situación en la UTI.

La clasificación del diseño como descriptivo y propositivo hizo posible caracterizar las debilidades presentes y plantear soluciones aplicables en el contexto hospitalario. A través de encuestas, entrevistas y análisis documental se generó un panorama que combinó datos duros con valoraciones del personal. Este proceso metodológico no solo permitió describir lo que ocurría, sino también orientar la construcción de un modelo de gestión con base en la evidencia disponible.

La operacionalización de variables y la validación de instrumentos dieron solidez al proceso investigativo. El cuestionario y la guía de entrevista fueron revisados por el área de docencia del hospital, lo que aseguró pertinencia en su aplicación. El análisis de datos con estadística descriptiva y codificación temática permitió organizar la información de forma clara. De esta manera la metodología aportó un soporte riguroso y práctico para alcanzar los objetivos planteados.

Desde el punto de vista académico

Los resultados de la investigación representan un aporte al campo de la gestión hospitalaria al integrar teorías clásicas como la Gestión de la Calidad Total y el Enfoque de Seguridad del Paciente en un contexto real de Ecuador. La adaptación de estos modelos permitió vincular conceptos de la literatura internacional con la realidad local del Hospital

San Vicente de Paúl. Esta articulación académica fortalece la relevancia de los hallazgos y abre posibilidades para investigaciones posteriores.

El trabajo también aporta al debate académico sobre la efectividad de las estrategias gerenciales en la reducción de infecciones hospitalarias. La propuesta construida se apoya en la comparación con experiencias en otros países, lo que refuerza su valor como ejemplo de cómo la teoría puede transformarse en práctica aplicada. Además, la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos amplía la visión del fenómeno, ofreciendo un referente útil para futuros estudios.

En el ámbito académico, la investigación contribuye a la formación de un marco de referencia sobre gestión en unidades críticas. Este marco combina fundamentos teóricos, normativa nacional e internacional y prácticas hospitalarias observadas en el campo. De esta forma, el estudio no se limita a un análisis local, sino que proyecta un modelo conceptual aplicable en contextos semejantes, enriqueciendo el debate académico sobre las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Recomendaciones prácticas

Es recomendable que la gerencia del hospital fortalezca la capacitación continua del personal de salud en protocolos de bioseguridad y manejo de dispositivos invasivos. Estas capacitaciones deben programarse de manera periódica, con simulaciones y evaluaciones que refuercen el aprendizaje. El compromiso institucional con la formación permitirá mantener actualizado al personal y garantizar mejores resultados en la prevención de infecciones.

Otra recomendación práctica consiste en mejorar los mecanismos de supervisión y monitoreo. Se debe implementar un sistema de rondas periódicas y auditorías internas que verifiquen el cumplimiento de las normas. El uso de listas de verificación y retroalimentación inmediata ayudará a corregir errores a tiempo. Esto generará mayor adherencia del personal y asegurará que los protocolos sean aplicados de forma uniforme.

Finalmente, se recomienda optimizar la provisión de recursos materiales y humanos en la UTI. Es fundamental garantizar el suministro continuo de insumos de bioseguridad, así como disponer de personal suficiente en turnos críticos. La dotación adecuada de equipos, junto con un liderazgo participativo de la gerencia, permitirá que la propuesta sea sostenible en el tiempo y replicable en otras unidades del hospital.

7. Referencias bibliográficas

- Al-Dossary, R., Alamri, M., & Fitzpatrick, J. J. (2023). Patient safety culture and missed nursing care in intensive care units: An international perspective. *Journal of Patient Safety*, 19(1), e35–e41. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000936>
- Ali, S. A., Khan, M. I., Farooq, U., & Ahmed, N. (2024). Implementation of the Comprehensive Unit-based Safety Program (CUSP) to reduce central line-associated bloodstream infections in a tertiary care hospital in Pakistan: A nine-year longitudinal study. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(1), mzad005. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad005>
- Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9761):228–241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)
- Alp, E., Damani, N., & Voss, A. (2015). Healthcare-associated infections in intensive care units: epidemiology and infection control in low- to middle-income countries. *Journal of Infection in Developing Countries*, 9(10), 1040–1045. <https://doi.org/10.3855/jidc.6538>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2025). *Australian infection prevention and control governance framework*. ACSQHC. <https://www.safetyandquality.gov.au>
- Carenzo, L., Cecconi, M., & Vincent, J. L. (2024). *Clinical governance in intensive care medicine*. *Intensive Care Medicine*, 50(2), 221–232. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07653-8>
- Carrillo, M., Ruiz, P., Fernández, R., Martín, D., & Grupo Neumonía Zero. (2022). Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica: actualización del

- proyecto Neumonía Zero. *Medicina Intensiva*, 46(6), 321–329. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.03.004>
- Chen, Y., Li, X., Zhang, H., & Wang, Q. (2025). Implementation of SMART goals to reduce multidrug-resistant organism infections in intensive care units: A prospective study. *American Journal of Infection Control*, 53(2), 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2025.01.006>
- Cornistein, W., Chaves, F., Calmaggi, A., Sordelli, D., Famiglietti, A., & Rosenthal, V. D. (2025). Multidrug-resistant organisms in intensive care units in Argentina: A multicenter study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 46(2), 145–153. <https://doi.org/10.1017/ice.2024.102>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Diseño y realización de investigaciones con métodos mixtos* (3.^a ed.). SAGE Publications.
- Delgado, M., Jiménez, P., López, A., Rodríguez, J., & Grupo Bacteriemia Zero. (2022). *Actualización del proyecto Bacteriemia Zero en UCI: Nuevas recomendaciones para la prevención de la bacteriemia relacionada con catéter central*. *Medicina Intensiva*, 46(4), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2022.01.004>
- Dempsey, K., Fox, K., & Nicholson, L. (2023). *Implementation of a successful infection prevention and control program: Sustainable strategies in healthcare*. *American Journal of Infection Control*, 51(4), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.11.003>
- Duszynska, W., Rosenthal, V. D., Szczesny, A., Zajackowska, K., Fulek, M., Tomaszewski, J., & Wisniewska, K. (2020). Device-associated healthcare-associated infections in intensive care units of Poland: Findings from the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *Journal of Critical Care*, 56, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.12.013>

- Fahmy, H. M., El-Sayed, A. S., Abdelrahman, S. A., & Mostafa, A. A. (2025). Evaluation of infection prevention training in intensive care units using the Kirkpatrick model. *Journal of Infection and Public Health*, 18(1), 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.10.006>
- Gilmartin, M. J. (2007). Leadership and the quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 37(10), 438–445. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000295634.14007.62>
- Healthcare-associated infections and nursing leadership. (2024). *The role of nursing leadership in infection prevention and control*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2018). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Hibbert, P. D., Runciman, W. B., & Braithwaite, J. (2023). *Improving patient safety governance and systems: Qualitative insights from international experts*. *BMJ Open Quality*, 12(2), e002174. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2023-002174>
- Hurtado de Barrera, J. (2015). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia* (4.^a ed.). Quirón Ediciones.
- Kamble, R. S., Dhanawade, S. S., Desai, A. N., & Narawane, M. L. (2024). Effectiveness of multimedia interventions to enhance nurses' adherence to infection control practices in a cardiac surgical ICU. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 28(2), 118–125. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24642>
- Keil, V., Lipp, A., & Weinbren, M. (2024). *Improving leadership skills of infection prevention and control (IPC) teams to promote clinical compliance: A qualitative study*. *Infection Prevention in Practice*, 6(1), 100327. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2024.100327>

- May, C., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F., May, C., & Finch, T. (2018). Using normalization process theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation Science*, 13(80), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Norma técnica para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud*. MSP.
- Morales, R., García, L., & Robles, C. (2024). *Liderazgo de enfermería y su influencia en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en unidades críticas: Revisión sistemática*. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 32(1), e4102. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2024.4102>
- Nguyen, H. T., Patel, K., Smith, D., & Romero, F. (2025). *Quality management interventions for preventing healthcare-associated infections in intensive care: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Patient Safety and Infection Control*, 13(2), 75–89. <https://doi.org/10.1016/j.jpsic.2025.02.007>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guías de la OMS sobre componentes básicos de los programas de prevención y control de infecciones*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud en servicios de salud*. OPS.
- Paredes, M. (2018). Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales del Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Salud Pública*, 35(2), 45–52.
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., & Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725–2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>

- Quezada Lucio, N., & Arrieta Díaz, M. (2020). *Metodología de la investigación científica* (2.^a ed.). Pearson Educación.
- Reis, M. L., Silva, C. V., Santos, J. R., Oliveira, A. C., & Braga, I. A. (2022). Daily bathing with 2% chlorhexidine and its impact on healthcare-associated infections in intensive care units: A randomized clinical trial. *American Journal of Infection Control*, 50(7), 756–762. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.012>
- Rosenthal, V. D. (2012). Central line-associated bloodstream infections in limited-resource countries: A review of the literature. *Clinical Infectious Diseases*, 54(11), 1647–1656. <https://doi.org/10.1093/cid/cis193>
- Santos, R. M., Oliveira, T. L., Costa, M. C., Fernandes, F. R., & Projeto Saúde em Nossas Mãos. (2023). *Resultados de la implementación del modelo Breakthrough Series en UCI brasileñas: Reducción de IAAS en un programa nacional*. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(3), e00213422. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213422>
- Schaad, U. B. (2019). Health care-associated infections in intensive care units: an international concern. *World Health Organization Bulletin*, 97(4), 250–257.
- Sexton JB, Adair KC, Leonard MW, Frankel TC, Proulx J, Watson SR, Profit J. Promoting a culture of safety in healthcare organizations: a leadership guide. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2018;44(10):566–573. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.04.002>
- Sierra, L. (2020). Impacto de las IAAS en la mortalidad de pacientes críticos: estudio en Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Infectología Hospitalaria*, 21(1), 13–21.
- Timsit, J. F. (2011). Preventing ventilator-associated pneumonia in the ICU: Evidence-based strategies. *Current Opinion in Critical Care*, 17(5), 467–472. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834a6e3f>

- Torres, J. A., Martínez, L. M., Pérez, R. M., & Gómez, D. C. (2023). Incidence of device-associated healthcare-associated infections in neonatal intensive care units in a middle-income country. *Journal of Infection in Developing Countries*, 17(4), 512–520. <https://doi.org/10.3855/jidc.17123>
- Vera, G. (2020). Infecciones asociadas a la atención sanitaria en la UTI del Hospital Eugenio Espejo, Quito. *Boletín Médico del Ecuador*, 42(3), 187–193.
- Vincent, J. L. (2014). Nosocomial infections in intensive care units. *The Lancet*, 384(9950), 1749–1751. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61717-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61717-6)
- Wang, Q., Wu, C., & Chen, Z. (2024). *Associations between self-leadership and self-reported compliance with infection control measures among healthcare workers. American Journal of Infection Control*, 52(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.06.009>
- Yepez, D., Moncayo, M., Erazo, J., & Rosenthal, V. D. (2017). Device-associated healthcare-associated infections in intensive care units of Ecuador: Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Journal of Infection in Developing Countries*, 11(9), 682–690. <https://doi.org/10.3855/jidc.9091>
- Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA Intern Med.* 2013;173(22):2039–2046. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9763>

8. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de recolección de información

Sección 1: Datos Sociodemográficos

1. Edad:

- ☐ Menos de 25 años
- ☐ 25-34 años
- ☐ 35-44 años
- ☐ 45 años o más

2. Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

3. Profesión:

- ☐ Médico
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Aux. de Enfermería
- ☐ Otro: _____

4. Años de experiencia en terapia intensiva:

- ☐ Menos de 1 año
- ☐ 1-3 años
- ☐ 4-6 años
- ☐ Más de 6 años

Sección 2: Encuesta Tipo Likert**Instrucciones:**

Seleccione la opción que mejor refleje su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre las estrategias gerenciales implementadas. Use la siguiente escala:

- **1:** Totalmente en desacuerdo
- **2:** En desacuerdo
- **3:** Neutral
- **4:** De acuerdo
- **5:** Totalmente de acuerdo

Dimensión 1: Implementación de estrategias

1. Las estrategias gerenciales han sido claramente explicadas al personal de salud.

2. Los protocolos implementados son fáciles de seguir y prácticos en la rutina diaria.
3. Existe suficiente capacitación para garantizar el cumplimiento de las estrategias.

Dimensión 2: Eficiencia de las estrategias

4. Las estrategias han reducido la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
5. Los cambios realizados en los procesos de atención han mejorado la seguridad del paciente.
6. El uso de equipos y materiales en la unidad es adecuado para prevenir infecciones.

Dimensión 3: Adherencia a las estrategias

7. El personal de salud sigue los protocolos de higiene y bioseguridad establecidos.
8. Se realiza un monitoreo continuo del cumplimiento de las estrategias implementadas.
9. Las auditorías y supervisiones promueven una mejor adherencia a los protocolos.

Dimensión 4: Apoyo gerencial y organizacional

10. La gerencia brinda el apoyo necesario para implementar las estrategias con éxito.
11. Existe una comunicación efectiva entre la gerencia y el personal sobre las medidas adoptadas.
12. Los recursos asignados son suficientes para implementar las estrategias adecuadamente.

Sección 3: Pregunta Abierta

¿Qué mejoras sugeriría para optimizar las estrategias implementadas y reducir la incidencia de IAAS en la unidad de terapia intensiva?

Anexo 2. Entrevista aplicada a personal de dirección

Estrategias gerenciales y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la Unidad de Terapia Intensiva

1. Datos generales del entrevistado

- Código del entrevistado: _____
- Cargo:
 - ☐ Jefe de servicio
 - ☐ Coordinador de área
- Profesión: _____
- Años de experiencia en UTI: _____

- Fecha de la entrevista: ____/ ____/ ____

2. Instrucciones para el entrevistador

- Explicar al entrevistado el objetivo de la investigación.
- Informar que la participación es voluntaria y confidencial.
- Solicitar autorización para registrar las respuestas (audio o notas).
- Leer cada pregunta de forma clara y permitir respuestas libres.
- Profundizar solo cuando sea necesario, sin inducir respuestas.
- Registrar las respuestas de manera fiel y completa.

3. Instrucciones para el entrevistado

- La entrevista tiene fines académicos.
- No existen respuestas correctas o incorrectas.
- Puede responder con total libertad y sinceridad.
- La información proporcionada será confidencial y anónima.
- Puede interrumpir la entrevista en cualquier momento si lo desea.

4. Preguntas de la entrevista

1. ¿Cómo evalúa la aplicación de las estrategias gerenciales para la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva?
2. ¿Qué rol considera que cumple el liderazgo del servicio en el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad y control de infecciones?

3. Desde su experiencia, ¿cuáles son las principales dificultades organizacionales que limitan la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad?
4. ¿Cómo valora los procesos de capacitación del personal en relación con la prevención y control de infecciones?
5. ¿Qué acciones de gestión considera prioritarias para disminuir la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria en la unidad de terapia intensiva?