Powered by Arizona State University

Maestría en

Gestión Pública

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de

Magíster en Gestión Pública

AUTORES:

García Andrade Carlos Eduardo

Herrera Vargas Juan Danilo

Segura Mina Wilson

Quichimbo Romero Santiago Alexander

Vega Porras Karen Gissela

TUTORES:

Mgtr. Pablo Hidalgo Romero

Mgtr. David Benavides Gutiérrez

Mgtr. Javier Acuña Pazmiño

Director de la Maestría.

Mgtr. Nathalie Chauvín y Mgtr. Manuel Oliva

Deficiencias en la gestión de recursos humanos y logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón: diagnóstico territorial y propuesta de mejora

Quito, (Julio 2026)

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Certificación de autoría

Nosotros, García Andrade Carlos Eduardo, Herrera Vargas Juan Danilo, Segura Mina Wilson, Quichimbo Romero Santiago Alexander, Vega Porras Karen Gissela, declaramos bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de nuestra autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada.

Cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE), para que sea publicado y divulgado en internet, según lo establecido en la Ley de Propiedad Intelectual, su reglamento y demás disposiciones legales.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CARLOS EDUARDO GARCIA ANDRADE

Firma del graduado

García Andrade Carlos Eduardo

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JUAN DANILO HERRERA VARGAS

Firma del graduado

Herrera Vargas Juan Danilo

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
WILSON SEGURA MINA

Firma del graduado

Segura Mina Wilson

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
SANTIAGO ALEXANDER QUICHIMBO ROMERO

Firma del graduado

Quichimbo Romero Santiago Alexander

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KAREN GISSELA VEGA PORRAS

Firma del graduado

Vega Porras Karen Gissela

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Autorización de Derechos de Propiedad Intelectual

Nosotros, **García Andrade Carlos Eduardo, Herrera Vargas Juan Danilo, Segura Mina Wilson, Quichimbo Romero Santiago Alexander, Vega Porras Karen Gissela**, en calidad de autores del trabajo de investigación titulado ***Deficiencia en la gestión de recursos humanos logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico de Borbón: diagnóstico territorial y propuesta de mejora***, autorizamos a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para hacer uso de todos los contenidos que nos pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación. Los derechos que como autores nos corresponden, lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento en Ecuador.

D. M. Quito, (Julio 2026)

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CARLOS EDUARDO GARCIA ANDRADE

Firma del graduado

García Andrade Carlos Eduardo

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JUAN DANILO HERRERA VARGAS

Firma del graduado

Herrera Vargas Juan Danilo

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
WILSON SEGURA MINA

Firma del graduado

Segura Mina Wilson

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
SANTIAGO ALEXANDER QUICHIMBO ROMERO

Firma del graduado

Quichimbo Romero Santiago Alexander

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KAREN GISSELA VEGA PORRAS

Firma del graduado

Vega Porras Karen Gissela

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Aprobación de dirección y coordinación del programa

Nosotros, **Mgtr. Manuel Oliva, Director EIG y Mgtr. Nathalie Chauvin, Cordinadora UIDE,** declaramos que los graduandos: **García Andrade Carlos Eduardo, Herrera Vargas Juan Danilo, Segura Mina Wilson, Quichimbo Romero Santiago Alexander, Vega Porras Karen Gissela** son los autores exclusivos de la presente investigación y que ésta es original, auténtica y personal de ellos.

Firmado por OLIVA BENITEZ MANUEL ALEJANDRO - ***3276** el día 16/11/2026 con un certificado emitido por AC FNMT Usuarios

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
NATHALIE CHAUVIN ANDRADE

Mgtr. Manuel Oliva Director/a de la Maestría en Gestión Pública	Mgtr. Nathalie Chauvin Coordinador/a de la Maestría en Gestión Pública

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Dedicatoria

Dedicamos el presente trabajo de investigación a nuestras apreciadas familias, por su apoyo incondicional, impulsarnos constantemente a ser mejores personas y profesionales, por enseñarnos, a través del ejemplo la fortaleza, perseverancia y amor, necesarias para alcanzar nuestras metas.

Al Hospital Básico de Borbón, a su personal y de manera especial a su director, por permitirnos aplicar los conocimientos adquiridos en nuestra formación académica y contribuir, mediante esta investigación, al fortalecimiento del servicio de salud que brinda a sus habitantes.

Finalmente, a nuestra alma máter, a sus docentes y al personal administrativo, por su compromiso con la excelencia académica, por compartir de manera generosa los conocimientos y experiencias, que nos han permitido sembrar el espíritu de superación, formación profesional y entender la importancia de la gestión pública como herramienta indispensable para el desarrollo de nuestra sociedad.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro profundo y sentido agradecimiento, a la Universidad Internacional del Ecuador, en especial al programa de Maestría en Gestión Pública, por instituir un espacio académico de excelencia, compromiso con la sociedad y sobre todo impulsar a formar profesionales críticos y con pensamiento reflexivo.

A nuestras familias, por su comprensión, sacrificio e impulso para culminar con esta meta profesional.

Y, a todos aquellos quienes contribuyeron a la formación académica e impulsaron con su conocimiento a concluir con la presente investigación

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

RESUMEN

Esta investigación analiza las deficiencias en la gestión de recursos humanos y en la logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón, parroquia Borbón, cantón Borbón, provincia de Esmeraldas. Combina métodos cuantitativos y cualitativos, y diseño no experimental de corte transversal. El diagnóstico se elaboró a partir de las 916 consultas de enero de 2026, una encuesta aplicada a 104 usuarios del área de emergencia entre pacientes y familiares mediante un muestreo no probabilístico consecutivo y una entrevista semiestructurada al director del Hospital. Los resultados demostraron limitaciones importantes especialmente en la disponibilidad de medicamentos e insumos médicos, la insuficiencia de personal de salud, los tiempos de espera de los usuarios para ser atendidos y como barrera externa la situación de las vías y los medios de transporte con los que se llega hasta la institución en casos de emergencia. El 72.10% de los usuarios encuestados dice sentirse insatisfechos con la disponibilidad de medicamentos, materiales e insumos, el 51% considera que el personal es insuficiente y el 50% determina estar inconforme con el tiempo de espera. Las condiciones físicas del hospital especialmente en el área de emergencia obtuvieron un 45.10% de valoración negativa, sin embargo, pese a todas estas limitaciones, los usuarios expresaron satisfacción en el trato profesional y respetuoso de los servidores de la salud (52.90%), con la transmisión de la información sobre su salud y los procedimientos utilizados (64.40%) y la satisfacción general positiva alcanzó un 33.70%. El análisis territorial determinó que las condiciones a nivel de zona de influencia del hospital no son homogéneas, y la mayor parte de los encuestados sólo necesitó menos de 30 minutos para llegar al hospital, otros encuestados dicen necesitar mas de una hora, llegando a mas de dos horas para poder llegar a recibir la atención emergente y quienes tardan más tienen que utilizar medios de transporte

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

poco tradicionales por vía fluvial que tiene horarios estrictos de llegada y de salida. La triangulación de los resultados de las encuestas, el análisis documental y la entrevista con el director del hospital, permitió conocer que las causas tanto internas como externas dificultan la oportunidad del servicio de emergencia en Borbón. Con base a estos hallazgos se diseñó un plan de fortalecimiento de la capacidad operativa del servicio de emergencia, que fue organizado por acciones para los elementos que presentaron limitaciones y barreras. La propuesta define responsables, plazos, recursos e indicadores y diferencia las medidas que pueden iniciarse con los recursos institucionales existentes de aquellas que requieren gestión ante instancias superiores.

***Palabras clave**: gestión de recursos humanos, logística sanitaria, servicios de emergencia, accesibilidad territorial, gestión hospitalaria.*

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

ABSTRACT

This research analyzes deficiencies in human resource management and healthcare logistics in the emergency department of Borbón Basic Hospital, located in Borbón parish, Borbón canton, Esmeraldas Province. It combines quantitative and qualitative methods within a non-experimental, cross-sectional design. The diagnosis was based on 916 emergency consultations recorded in January 2026, a survey administered to 104 emergency department users—including patients and family members—through consecutive non-probability sampling, and a semi-structured interview with the hospital director. The results revealed significant limitations, particularly in the availability of medicines and medical supplies, insufficient healthcare personnel, and waiting times for patients to receive care. External barriers were also identified, especially road conditions and the means of transportation available to reach the hospital in emergency situations. Among the surveyed users, 72.10% reported dissatisfaction with the availability of medicines, materials, and supplies; 51% considered the number of healthcare personnel insufficient; and 50% expressed dissatisfaction with waiting times. The physical conditions of the hospital, particularly in the emergency department, received a negative rating from 45.10% of respondents. Despite these limitations, users reported favorable perceptions of the professional and respectful treatment provided by healthcare personnel (52.90%) and of the information provided about their health status and the procedures performed (64.40%). Overall positive satisfaction reached 33.70%. The territorial analysis showed that access conditions across the hospital's area of influence are not homogeneous. Although most respondents required less than 30 minutes to reach the hospital, others reported travel times exceeding one hour, and in some cases more than two hours, before receiving emergency care. Those facing the longest travel times often depend

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

on less conventional means of transportation, particularly river transport, which operates according to restricted departure and arrival schedules. The triangulation of survey findings, documentary analysis, and the interview with the hospital director showed that both internal and external factors affect timely access to emergency services in Borbón. Based on these findings, a plan was designed to strengthen the operational capacity of the emergency department, structured around actions addressing the areas in which limitations and barriers were identified. The proposal establishes responsible parties, implementation periods, required resources, and monitoring indicators, while distinguishing between measures that can be initiated using existing institutional resources and those that require action or authorization from higher administrative levels.

Keywords: human resource management, healthcare logistics, emergency services, territorial accessibility, hospital management.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

UIDE
Powered by
Arizona State University

eig CAMPUS

Índice

Certificación de autoría 2
Autorización de Derechos de Propiedad Intelectual 3
Acuerdo de confidencialidad 5
Aprobación de dirección y coordinación del programa 6
Dedicatoria 7
AGRADECIMIENTOS 8
RESUMEN 9
ABSTRACT 11
Índice de tablas 16
Índice de ilustraciones 17
Introducción 19
Capítulo 1: Planteamiento del Problema 23
1.1. Antecedentes. *23*
1.2. Problemática actual. *26*
1.4. Objetivos *31*
1.4.1. Objetivo general 31
1.4.2. *Objetivo específico.* 31
1.5. Perfil de la institución. *31*
1.5.1. Misión y Vision de la institución 32
1.5.2. Servicios 32
1.5.3. Ubicación de la sede 33
1.5.4. Tamaño de la organización. 33
1.5.5. Información de los empleados. 34
1.5.6. Información económica. 35
1.5.7. Promedio de atención del Hospital de Borbón 35
1.6. Alcance y delimitación *36*
1.6.1. Propiedad y forma jurídica 36
1.6.2. Delimitación temporal 37

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 2. Marco Teórico – Normativo y Diagnostico 38
2.1. Marco Normativo. *38*
2.1.1. Marco sectorial de la Salud.....38
2.2. Marco Teórico..... *39*
2.2.1. Nueva Gestión Pública y su aplicación en salud......39
2.2.2. Gestión hospitalaria y gestión de recursos humanos en salud.....40
2.2.3. *Sistema de triaje y gestión de flujos en urgencia* 43
2.2.4. *Gestión logística sanitaria y cadena de suministro en salud pública* 44
2.2.5. Calidad de la atención, satisfacción del usuario y accesibilidad territorial 45
Capítulo 3. Metodología y Diagnostico Institucional.....48
3.1. Enfoque metodológico. *48*
3.2. Tipo de la investigación. *49*
3.3. Diseño de la investigación. *50*
3.4. Unidad de análisis *51*
3.5. Enfoque Territorial *52*
3.6. Población y Muestra *53*
3.6.1. Registros de atención 53
3.6.2. Usuarios encuestados.....53
3.6.3. Informante clave 54
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....54
3.7.1. Encuesta a usuarios 54
3.7.2. Entrevista semiestructurada 55
3.7.3 Revisión documental.....56
3.8. Variables y dimensiones de análisis 56
3.9. Procesamiento y análisis de la información 56
Capítulo 4. Resultados 58
4.1. Fase uno: Revisión documental y caracterización territorial 58
*4.1.1. Caracterización geográfica y territorial del área de influencia del Hospital Básico Borbón*60
4.1.2. Estructura rural del nuevo cantón Borbón.....62

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

4.1.3. Accesibilidad 63
4.2. Fase dos: Levantamiento de información primaria 67
4.2.1. Aplicación de encuestas 67
4.2.2. Entrevista al director del Hospital 68
4.2.3. Complementariedad de las técnicas, control y organización de la información 69
4.3. Fase tres: procesamiento, análisis y triangulación de la información 69
4.3.1. Tabulación y análisis de las encuestas 69
4.3.2. Análisis y descripción de la entrevista 84
4.3.3. Triangulación de resultados 89
Capítulo 5. Propuesta 94
5.1. Denominación de la propuesta 94
5.2. Diagnóstico que sustenta la propuesta 94
5.3. Objetivo de la propuesta 95
5.4. Componentes y estrategias de intervención 95
5.5. Seguimiento de la propuesta 101
5.6. Matriz 5W2H del plan de fortalecimiento 101
Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones 103
6.1. Conclusiones generales 103
6.2. Conclusiones específicas 105
6.3. Limitaciones de la investigación 107
6.4. 6.4. Recomendaciones 108
Anexos 119

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Índice de tablas

Tabla 1 Clasificación triaje Manchester …… 32

Tabla 2 Detalle de empleados……34

Tabla 3. Cédula presupuestaria……..35

Tabla 4 Atenciones al usuario……36

Tabla 5 Población y # de asentamientos humanos del cantón Borbón……59

Tabla 6 Cantidad de asentamientos identificados por parroquias……62

Tabla 7 Cantidad tipo de vía y tiempo entre las comunidades y el centro poblado……65

Tabla 8 Organización de datos de los instrumentos de recolección de datos primarios……...69

Tabla 9 Caracterización de los encuestados……73

Tabla 10 Asociación edad encuestados y accesibilidad al hospital……..82

Tabla 11 Asociación de residencia de encuestados y disponibilidad y oportunidad del transporte……82

Tabla 12 Asociación de medios de transporte y disponibilidad y oportunidad del transporte...83

Tabla 13 Asociación de medios de transporte y tiempo de traslado al hospital……..83

Tabla 14 Matriz de triangulación……..……..90

Tabla 15 Matriz de seguimiento territorial 2026-2029……..……..96

Tabla 16 Plan de acción……..……..98

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 17 Plan de acción……..……...……101

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Ubicación de la sede……..……33

Ilustración 2 # de asentamientos humanos del cantón Borbón ……59

Ilustración 3 Mapa de tipos de suelo de la ex parroquia rural Borbón ……61

Ilustración 4 ubicación de parroquias rurales del Cantón Borbón ……61

Ilustración 5 Mapa de asentamientos humanos de la parroquia Borbón ……63

Ilustración 6 Mapa de infraestructura vial de la parroquia Borbón ……..……65

Ilustración 7 Sexo de los encuestados ……..……...……71

Ilustración 8 Edad de los encuestados ……..……...……71

Ilustración 9 Lugar de residencia de los encuestados ….……..……...……71

Ilustración 10 Tiempo desde la última atención .....……..……...……72

Ilustración 11 Medios de transporte…… .....……..……...……72

Ilustración 12 Medios de transporte…… .....……..……...……72

Ilustración 13 Acceso desde el lugar de residencia es adecuado .....……..……...……73

Ilustración 14 Medios de transporte disponible para llega al servicio de emergencia.,……74

Ilustración 15 Tiempo requerido adecuado para el traslado al hospital……..75

Ilustración 16 Tiempo razonable de espera para recibir atención……..,……...75

Ilustración 17 Cantidad de personal disponible fue suficiente para atender ……76

Ilustración 18 Personal sanitario brindó atención respetuosa y profesional ……77

Ilustración 19 Entrega de información clara sobre estado de salud y procedimiento ……77

Ilustración 20 Atención recibida fue la adecuada a las necesidades de salud ……78

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Ilustración 21 Disponibilidad de medicamentos, materiales o insumos requeridos 79

Ilustración 22 Instalaciones físicas del área de emergencia fueron adecuadas.... 79

Ilustración 23 Satisfacción con la atención recibida en el área de emergencia.....80

Ilustración 24 Considera necesario fortalecer los recursos humanos y logísticos.....81

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Introducción.

En el sistema de salud, los servicios de emergencias es uno de los componentes más sensibles, ya que concentran la atención de personas con enfermedades agudas, traumatismos y otras condiciones que requieren respuesta inmediata con atención profesional en el menor tiempo posible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la atención de emergencia forma parte integral de la atención primaria y es un componente primordial para la cobertura universal de la salud, fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios para enfrentar emergencias. Esta visión supone garantizar la asistencia continua a las comunidades con establecimientos de salud mediante mecanismos adecuados de comunicación, transporte, referencia para que la atención se accesible, oportuna, segura y de calidad (World Health Organization [WHO], 2023).

En Ecuador esta visión resulta relevante, debido a las diferencias geográficas, sociales y económicas que condicionan el acceso efectivo al sistema de salud y particularmente a los servicios de emergencia. La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2024), identifica la necesidad de fortalecer la gobernanza y la gestión del talento humano para asegurar su disponibilidad y adecuada distribución, contribuyendo de esta manera a un sistema nacional resiliente que amplíe el acceso a servicios integrales y de calidad. Este contexto ubica al sistema sanitario como un problema de gestión pública relacionado con la capacidad del Estado para organizar recursos limitados y responder de manera diferenciada a las necesidades de cada territorio.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

De esta manera, las áreas de emergencia demandan una combinación adecuada de personal, competencias profesionales, organización de turnos y mecanismos de coordinación capaces de sostener la atención durante las veinticuatro hora, donde la dotación de personal guarden relación directa con el desempeño de estos servicios, sin embargo existen menores niveles de dotación de enfermería en los departamentos de emergencia, lo que se relaciona con mayores tiempo de espera, retrasos en la administración de tratamientos, incremento de la permanencias de paciente e incluso mayor proporción de usuarios que abandonan el servicio antes de recibir atención (Drennan et al., 2024).

En consecuencia, un sistema de salud con calidad y calidez debe sostener la existencia de especialistas, médicos, enfermeros o enfermeras, auxiliares y personal de apoyo, suficientes para atender la demanda total, con capacidad de distribuirlos en áreas, turnos, jornadas, competencias, reemplazos y descansos. Esta perspectiva es respaldada por la OPS (2023) que reconocer como problemas regionales la insuficiente disponibilidad y distribución del talento humano y plantea fortalecer los equipos interprofesionales, su integración a las redes de servicios y sus capacidades para responder a las necesidades básicas de los usuarios.

La logística sanitaria comprende la planificación de las necesidades integrales de los actores del sistema de salud, la gestión de medicamentos e insumos (planificación, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución), la disponibilidad y mantenimiento de equipos, movilización del personal, transferencia y transporte de pacientes, manejo de información y comunicación y coordinación con otros establecimientos. Este aspecto es también otro planteamiento crítico de la capacidad de respuesta hospitalaria, y la OMS

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

determina que debe apoyarse en el conocimiento de la utilización real de los servicios, la identificación de barreras de acceso, el establecimiento estándares mínimos de equipamiento e insumos, además de generar los mecanismos de referencia y los sistemas de información que permitan gestionar oportunamente los recursos. Este argumento es apoyado por Arji et. al., (2023), que evidenciaron que las interrupciones en el abastecimiento pueden comprometer la continuidad de los servicios y además, para incrementar la resiliencia logística de las organizaciones de la salud es necesario destacar la capacidad de anticipación, el seguimiento de inventarios y fortalecer la información y la coordinación interna y externa.

La relación entre los recursos humanos y la logística es aún mas trascendental cuando se desarrollan en entornos geográficos distantes y/o rurales con dificultad de conectividad, y en este contexto Subhi et al., (2026) concluyen que en el ámbito de la atención pediátrica de emergencia, el mejoramiento sostenible depende del desarrollo de las capacidades del personal, la organización institucional y las condiciones que permitan al equipo sanitario convertir los protocolos y recursos disponibles en prácticas efectivas.

Esta investigación tiene como propósito realizar un diagnóstico territorial de las deficiencias asociadas a la gestión de recursos humanos y la logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón, con la finalidad de formular una propuesta de mejora ajustada a las condiciones institucionales y territoriales en la que presta sus servicios, para que primero se desarrolla el planteamiento del problema y la caracterización institucional, luego se aborda el marco teórico y normativo, posteriormente se realiza el diseño

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

metodológico y el diagnóstico que van a dar paso a los resultados, la propuesta de mejora, las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1. Antecedentes.

Los sistemas de Salud de América Latina y el Caribe enfrentan dificultades constantes a través de los años, especialmente en la garantía de servicios oportunos y equitativos, situación que se agrava con mucha frecuencia en los territorios rurales y de difícil acceso. Sin embargo, el avance en el desarrollo de la gestión pública en algunos países de la región ha permitido ampliar la cobertura de la salud, logrando al menos en las ciudades fortalecer la red sanitaria.

Estas brechas inciden directamente en la oportunidad y continuidad de los servicios, especialmente en las áreas de emergencia, que es donde particularmente la atención depende de personal suficiente y capacitado, medicamentos, dispositivos médicos, equipamiento funcional, transporte sanitario y mecanismos de coordinación y referencia interno y externo, siendo la insuficiencia de los trabajadores de salud uno de los principales factores que inciden en la interrupción de los servicios de salud (Bustamante et al., 2023), que en general se concentran en los centros urbanos, mientras los territorios rurales presenta mayor dificultad de acceso, problema que se acrecienta por la falta de medicamentos, dispositivos y equipos y transporte emergente (Herrera et al. 2025).

El derecho básico, reconocido por la Constitución de la República del Ecuador, es el derecho a la salud y su cumplimiento es una obligación fundamental del Estado. Por lo tanto, las instituciones de salud públicas deben asegurar servicios accesibles, de calidad oportunos y constantes, los cuales se basan en una planificación institucional apropiada y en la gestión eficaz de recursos.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Aunque existe un marco bien establecido que rige la gestión del talento humano en el país, no siempre cubre las necesidades reales del establecimiento en las áreas remotas donde opera. En la práctica, hay grandes brechas en la planificación y ejecución presupuestaria, ocasionando que el personal y los recursos materiales necesarios, no están listos de manera oportuna (Aranibar-Ramos et al., 2025).

En Ecuador de acuerdo con la situación regional se producen varias desigualdades, aunque el país ha incrementado progresivamente el número de profesionales de la salud, la distribución geográfica de ellos continúa siendo disímil, siendo el caso de los médicos especialistas que aumentó significativamente desde el 2002, se ha verificado importantes desigualdades entre provincias y regiones (Rodríguez et. al., 2022).

Este contexto es generalizado en las unidades médicas del sistema de salud del país, pero particularmente, en los hospitales básicos localizados fuera de las principales ciudades la situación se maximiza, y la existencia de profesionales de la salud a escala nacional no garantiza la disponibilidad de ellos en establecimientos rurales, razón por la cual las emergencias sanitarias en estos sectores han evidenciado que las emergencias sanitarias existen debilidades en la planificación de recursos humanos que obligan a la redistribución y reorganización del trabajo para sostener los servicios (Bustamante et. al., 2023).

El INEC (2023), registra 627 establecimiento con internación hospitalaria en Ecuador, de los cuales 180 pertenecen al sector público y 447 corresponde a actividad privada. Para este censo se registra 1.31 camas hospitalarias por cada 100 habitantes. Esta precisión determina que en Ecuador de acuerdo con los registros oficiales del INEC (2023) el sector público es el principal empleador de los profesionales sanitarios teniendo que el 73.58% de

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

los médicos, 92.83% de odontólogos, 83.20% de psicólogos, 82.57% de profesionales de enfermería y 89.73% de profesionales obstétricas registrados que prestan servicios en establecimientos públicos. En esta línea la OPS reporta una densidad de 76.63 médicos, profesionales de enfermería y obstetrices por cada 10.000 habitantes, que como se ha determinado anteriormente, no asegura la distribución homogénea de los recursos humanos.

En materia de logística, la disponibilidad de medicamentos, equipos y dispositivos médicos es un aspecto muy sensible en la gestión pública general en Ecuador. El Ministerio de Salud en su rendición de cuenta del año 2024 informa que, de sus 167 entidades operativas desconcentradas, 131 alcanzaron un nivel óptimo de abastecimiento de medicamentos durante el 2023, que representó un 78.44%. Sin embargo, Según documentos del Ministerio de Salud Pública en noticia difundida por Machado en Redacción Primicia (2025), muestra que en hospitales estatales se registran 111 medicamento sin existencia y se declara una emergencia para adquisición de medicamentos y dispositivos médicos con un presupuesto aproximado de 50 millones, sin embargo Primicias (2026) reportó que se concretaron 75 contratos por cerca de 3.09 millones y adquirido únicamente 55 tipos de medicamentos y 20 dispositivos de más de 760 productos inicialmente requeridos.

Acuña García et. at. (2025) analizan la relación entre la gestión de inventarios y la disponibilidad de medicamentos e identifican demoras en la reposición de medicamentos a causa de la deficiente comunicación entre las áreas responsables, Hernández-Luis et. al. (2026) concluyen que el abastecimiento de medicamentos depende de una estructura integrada de presupuesto, gestión de contratación pública, gestión de inventarios, información interna y externa y gobernanza de la institución y del sistema de salud nacional, y Sactan

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Chalan et. al. (2026) determinan que el desabastecimiento de medicamentos e insumos y equipos médicos conlleva a sobrecarga del trabajador sanitario, estrés, menor capacidad resolutiva y retrasos en la atención.

1.2. Problemática actual.

Los hospitales públicos en áreas rurales enfrentan graves desafíos en la provisión oportuna de servicios, lo que a su vez afecta la calidad de la atención médica, especialmente en áreas rurales con alta complejidad socio-ecológica (Mamatha et al., 2023).

En el Hospital Básico Borbón, especialmente en su área de emergencias, enfrenta distintas limitaciones en el funcionamiento institucional. Entre ellos sobresalen el escaso personal disponible para atender la demanda asistencial, el deterioro de las instalaciones hospitalarias, la limitada capacidad física para expandir los servicios y los problemas en la gestión logística que dificulta el abastecimiento a tiempo de medicamentos, insumos y equipos médicos.

J. Aristizábal director del hospital (comunicación personal, 28 de abril del 2026), indica que no existe un equipo exclusivo de emergencias, la institución cuenta únicamente con tres médicos y un obstetra, más un personal de enfermería, quienes rotan entre consultas, hospitalización, emergencias y obstetricia en turnos de doce horas. Así mismo, menciona que desde su creación en el año de 1963 no ha contado con una renovación integral hasta la actualidad, presentando un área de emergencias en deterioró. Al igual, indica que la institución al no contar con un área administrativa, no manejan un presupuesto propio lo que dificulta una planificación para el abastecimiento de insumos necesarios o la contratación de nuevo personal, para el área de emergencias.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

En este sentido, es necesario realizar el estudio que permita determinar las carencias más relevantes que existen en el Hospital de Borbón, e implementar una propuesta de mejora fundamentada en principios de gestión pública, eficiencia institucional y fortalecimiento de los servicios de salud.

La realidad territorial en la atención sanitaria según Herrera et. al. (2025) determina la capacidad sanitaria, que depende de la integración entre comunidad, personal de salud, transporte, comunicaciones y establecimientos de referencia, lo que identificaron en experiencias en poblaciones ribereñas en las que trabajadores de la salud realizaron atención urgente, visitas domiciliarias y traslados de habitantes hacia hospitales.

La realidad territorial del novel cantón de Borbón, determina que sus asentamientos son dispersos, compuesto por 12 parroquias rurales y una cabecera cantonal localizada en el margen izquierdo de la unión de los ríos Cayapas y Santiago, razón por la cual la dependencia del transporte fluvial es alta para comunicarse entre los recintos y poblados. Se encuentra ubicado a 128 kilómetros al nororiente de la ciudad de Esmeraldas (1 hora 38 minutos de viaje en transporte terrestre), y sus principales accesos son 3: La vía E-20 desde la ciudad de Quinindé, la vía E-15 desde la ciudad de Esmeraldas y la vía E-10 desde la ciudad de Quito. (Troncal del Pacifico) Vías Estatales que conecta al cantón Borbón (Plan de Ordenamiento Territorial [PDOT] de la ex parroquia Rural Borbón).

En consecuencia, el Hospital Básico de Borbón, opera para una población dispersa con dificultadas de accesibilidad especialmente a las zonas rurales y con recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos insuficientes para atender las demandas de salud de la población. De esta manera el problema central de la investigación es el siguiente:

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

El área de emergencias del Hospital Básico de Borbón, presta atención en un territorio caracterizado por la dispersión poblacional, dificultades de conectividad terrestre y fluvial y la concentración de capacidad sanitaria en una sola unidad hospitalaria, con deficiencias en disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y medicamentos que pueden limitar su capacidad de respuesta.

1.3. Justificación.

La presente investigación se justifica, por su relevancia social y territorial, porque el Hospital Básico de Borbón, es uno de los establecimientos de mayor capacidad resolutiva dentro del cantón Eloy Alfaro y presta servicio a una población caracterizada por dispersión geográfica y dificulta de accesibilidad tanto terrestre como fluvial. El novel cantón Borbón es el segundo eje asistencial dentro de la confluencia del cantón Eloy Alfaro al cual se pertenecía y al resto de sus parroquias del norte, cuyos ejes de servicio se concentran en Borbón y Valdez (PDOT cantón Eloy Alfaro). Condición que se incrementa por la importancia del área de emergencia, debido a que la capacidad de respuesta no depende únicamente de la gestión hospitalaria sino también del recurso humano y material con el que cuenta además del transporte y mecanismos adecuados de coordinación y referencias internos y externos.

En términos de política pública, la propuesta responde al mandato del artículo 32 de la Constitución de la República, que reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales y con el acceso oportuno y sin exclusión a servicios de promoción y atención integral (Constitución de la República del Ecuador, 2008), mandato que guarda relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de la Agenda 2030, en lo que respecta a la cobertura sanitaria universal, que

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

demanda servicios de calidad y accesos a medicamentos seguros, eficaces ya asequibles. Por tanto, esta investigación pretende identificar las limitaciones que afectan la capacidad de respuesta de un hospital situado en territorio particularmente vulnerable en la administración de salud del país vinculada a la inequidad territorial y debilidades en la efectividad del derecho de salud.

En cuanto a la relevancia institucional, las dificultades que se han determinado relacionadas con el recurso humano se deben analizar considerando su distribución, especialización y disponibilidad efectiva por turnos, más allá del número de profesionales de la salud laborando en el Hospital Básico de Borbón. Así lo destaca Rodríguez et. al (2022) al comprobar que, a pesar del incremento de especialistas en Ecuador, la desigualdad territorial en la distribución de los profesionales persiste concentrándose más de la mitad de los especialistas en Quito, Guayaquil y Cuenca. La logística sanitaria es también otro componente que justifica el presente estudio, en virtud de que el funcionamiento del área de emergencia requiere de medicamentos, dispositivos e insumos y equipamiento médico disponible en todo momento en el Hospital, considerando que el abastecimiento no es el único problema que enfrentan se requiere analizar la planificación, adquisición, almacenamiento, control, distribución y reposición oportuna tanto de medicamentos como insumos.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en los aportes de Moore (1995) quien sostiene que las instituciones públicas deben orientar su gestión hacia la generación de valor publico mediante el uso eficiente de los recursos disponibles y prestación de servicios que respondan a las necesidades de la ciudadanía. Así también, Pollitt y

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Bouckaert (2017) indican que una gestión pública modernizada permite fortalecer las capacidades institucionales optimizando la eficacia operativa y mejorar la calidad de los servicios públicos a través de procesos de planificación, evaluación y mejora constante.

La Organización Mundial de la Salud (2021) indica que fortalecer los sistemas de salud son dependientes principalmente de una gestión eficaz de talento humano, de la disponibilidad constante de insumos y medicamentos y una apropiada planificación de los recursos e infraestructura. De igual manera la Organización Panamericana de la Salud (2022) resalta que los servicios de salud para que sean accesibles de manera oportuna y equitativa requieren instituciones con capacidad de gestión, métodos eficaces de recursos y modelos organizados que atiendan las necesidades del territorio.

La presente investigación toma relevancia práctica debido a que se elabora un diagnóstico específico del área de emergencia sobre la dimensión del recurso humano y la logística sanitaria, a partir del cual es posible determinar una propuesta de mejora que busca no solo facilitar la logística de la organización, si no también fortalecer los procesos internos de gestión del hospital básico de Borbón de la provincia de Esmeraldas.

Finalmente, la investigación adquiere una relevancia territorial porque no pretende limitarse a describir carencias, también formula acciones de mejora adaptadas a las características del territorio en la propuesta que permitirá plantear actos orientados al fortalecimiento de la capacidad institucional del Hospital Básico de Borbón, impulsando una gestión pública más eficiente, con mejor facilidad de respuesta, oportuna y una calidad al servicio de la población.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Analizar las deficiencias en la gestión de recursos humanos y logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón a partir de factores territoriales, administrativos y financieros, para desarrollar una propuesta integral de mejora.

1.4.2. *Objetivo específico.*

- Diagnosticar la situación actual de la gestión de recursos humanos y logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón.
- Determinar el nivel de satisfacción y percepción de los usuarios respecto a la calidad de atención, disponibilidad de recursos y condiciones operativas del servicio de emergencia.
- Analizar la influencia de las condiciones territoriales sobre la de recursos humanos y el funcionamiento logístico del hospital.
- Diseñar una propuesta de fortalecimiento orientada a optimizar la gestión de recursos humanos en el área de emergencia del Hospital Básico Borbón.

1.5. Perfil de la institución

Hospital Básico Borbón de la Provincia de Esmeraldas.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

1.5.1. Misión y Vision de la institución

Misión: Garantizar el derecho a la salud de la población mediante gobernanza, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la provisión de servicios de atención integral.

Visión: Ser la institución referente del Sistema Nacional de Salud, garantizando una atención sanitaria de calidad y equitativa.

1.5.2. Servicios

El Hospital Básico de Borbón es de segundo nivel de atención y ofrece servicios de emergencia, hospitalización, consultas ambulatorias para las especialidades más básicas y asistencia diagnóstica y terapéutica. El servicio de este trabajo se enfoca en el departamento de emergencias, que funciona de manera continua en turnos rotativos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013). El hospital utiliza el Sistema de Triaje de Manchester (MTS) como el protocolo de clasificación oficial según el Manual MSP 2025.:

Tabla 1. *Clasificación Triaje Manchester*

Nivel	Tipo de urgencia	Color	Tiempo máximo
1	Resucitación	Rojo	Inmediato (0 min)
2	Emergencia	Naranja	10–15 minutos
3	Urgencia	Amarillo	60 minutos
4	Urgencia menor	Verde	120 minutos
5	Sin urgencia	Azul	240 minutos

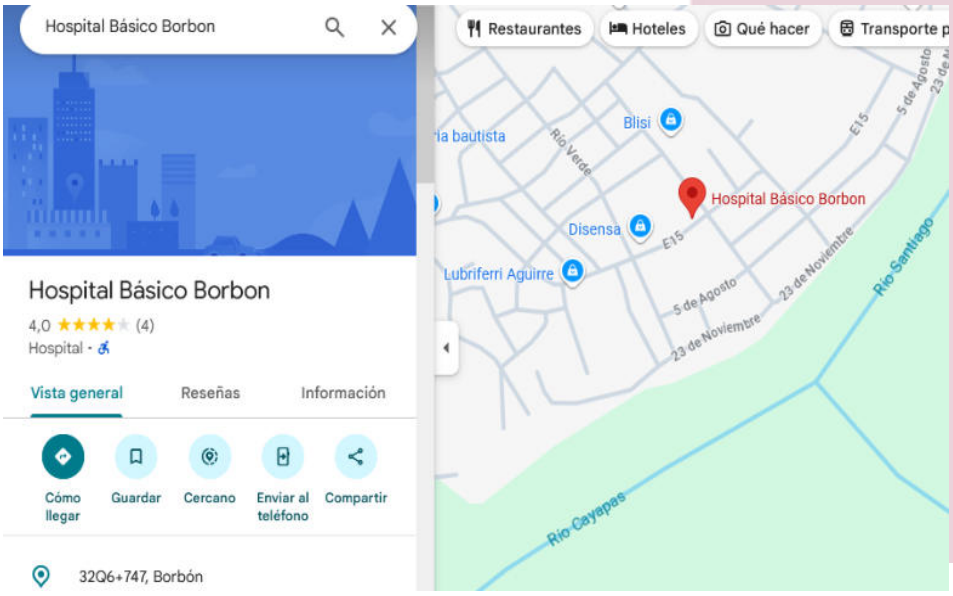
Fuente: Hospital Básico Borbón

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

1.5.3. Ubicación de la sede

El establecimiento se localiza en la parroquia Borbón, cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas, en la cuenca baja del río Cayapas (coordenadas aproximadas 32Q6+747). Está ubicado administrativamente en la Zona Norte 1 de salud y en el Distrito 08D04. Su ubicación, cerca de la Reserva Ecológica Cotacachi-Cayapas, se caracteriza por una red de movilidad mixta tierra-río y por la exposición de las riberas a eventos de inundación durante la temporada de lluvias.

Ilustración 1. Ubicación de la sede



Fuente: Google maps.

1.5.4. Tamaño de la organización.

El hospital básico de Borbon es una institución pública de salud de nivel 2, con una estructura organizacional reducida, la institución tiene el deber de atender a la ciudadanía del

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

territorio cantonal, en tanto casos leves de atención como casos de urgencia de acuerdo con las políticas empleadas por el ministerio de salud.

Concretamente, el área de emergencias representa uno de los servicios con mayor demanda, donde se requiere atención las 24 horas del día, atendiendo a la ciudadanía en casos menores de valoración a casos de mayor complejidad, tal como se demuestra en la Tabla 1.

1.5.5. Información de los empleados.

El equipo del hospital al área de emergencias cuenta con un total de 15 profesionales. La atención de emergencias se realiza mediante rotación de especialidades y gestión del cuidado de enfermería. El personal que conforma o participa en el área de emergencia con prestación continua las 24 horas al día esta distribuida en: 2 médicos generales en trabajo hospitalario, 9 enfermeras licenciadas (Enfermera Grado 3), 2 auxiliares de enfermería y 1 paramédico. Un promedio entre 5 a 6 profesionales en turno responsables de participar en esta área.

Tabla 2. *Detalle de empleados.*

Indicador	Valor verificado
Total, personal hospital	15 profesionales.
Personal equipo emergencias (rotativo)	- Dotación polivalente. - Sin equipo exclusivo de emergencias.
Composición equipo emergencias	3 médicos + 1 obstetra + enfermería (rotan en 4 áreas)

Fuente: Hospital Básico Borbón

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

1.5.6. Información económica.

Para el caso del Hospital de Borbón al no ser una unidad ejecutora no dispone de una cédula presupuestaria independiente, por lo que la asignación, planificación y ejecución presupuestaria corresponde al Distrito 08D04 Eloy Alfaro. En este sentido, el análisis se lo desarrolló en base a la cedula presupuestaria del año 2025 de la unidad ejecutora.

Tabla 3. *Cédula presupuestaria.*

Programa / Partida	Codificado 2025	Devengado Ene-Feb	Porcentaje Ejecución	Observación
Prestaciones Salud Primer Nivel (90 00 000)	$8.315.681,43	$1.506.802,57	18,12%	Principal partida operativa
Horas extras (510509)	$53.079,90	$17.663,39	33,28%	Alta ejecución temprana
Medicamentos (530809)	$123.421,28	$123.421,28	100,00%	Agotado en 2 meses
Dispositivos Médicos Uso Gral. (530826)	$126.780,00	$126.780,00	100,00%	Agotado en 2 meses
Dispositivos Lab. y Patología (530810)	$86.647,20	$0,00	0,00%	Sin ejecución, déficit lab.
Paquete Priorizado DCI (90 00 012)	$468.985,98	$69.748,35	14,87%	Desnutrición infantil
Infraestructura y Equipamiento	$312.294,91	$0,00	0,00%	Sin ejecución
TOTAL, UE 1168	**$9.313.641,72**	**$1.597.127,20**	**17,15%**	**—**

Fuente: Distrito 08D04 Eloy Alfaro

1.5.7. Promedio de atención del Hospital de Borbón

El análisis del informe de intervención del mes de enero del 2026 e información presentada el área de talento humano, permiten confirmar que las atenciones exceden al personal, según se explica a continuación.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 4. *Atenciones al usuario*

Indicador	Valor verificado
Pacientes atendidos enero 2026	916
Promedio diario de atenciones	29 a 30 pac/día
Distribución personal/paciente por día (solo médicos)	7 a 8 pac/día
Distribución personal/paciente por día	9 a 10 pac/día
Ítems de medicamentos área emergencias	47 ítems
CPM total medicamentos	59.929 unidades
Ítems dispositivos médicos	77 ítems
CPM total dispositivos médicos	17.404 unidades

Fuente: Hospital Básico Borbón

1.6. Alcance y delimitación

El presente proyecto tiene como finalidad el desarrollo de una propuesta de mejora para elevar los procedimientos que permitan una mejor atención y gestión del servicio de emergencia del Hospital Básico de Borbón ubicado en el Canton Borbón de la provincia de Esmeraldas, que mejore los procesos de planificación la gestión del talento humano y recursos y coordinación funcional de del servicio de emergencia.

Se pretende alcanzar la identificación de las limitaciones en los procesos y procedimientos del Hospital Básico de Borbón, plantear la propuesta de mejora y la evaluación económica social. Así como también, en lo posterior, la viabilidad de escalar esta propuesta a los demás hospitales básicos de la red pública de salud.

1.6.1. Propiedad y forma jurídica

El Hospital Básico Borbón es una institución pública, de propiedad estatal, sin personalidad jurídica. Forma parte de la estructura descentralizada del Ministerio de Salud

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Pública y depende administrativa y financieramente de la Dirección Distrital 08D04 Eloy Alfaro, en la Unidad Ejecutora 1168.

1.6.2. Delimitación temporal

El desarrollo de la investigación que culmina en el diagnóstico de las deficiencias en las gestión de recursos humanos y logística sanitaria del área de emergencia del Hospital Básico Borbón para la propuesta de mejora se lleva a caba durante 8 meses, en el cual se levanta la información clave como determinación de los recursos humanos, planificación, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos médicos, manejo del equipo médico, determinación de la infraestructura hospitalaria y análisis de la situación territorial del novel cantón Borbón, donde se encuentra el Hospital Básico de Borbón, objeto de estudio de esta investigación.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 2. Marco Teórico – Normativo y Diagnostico

2.1. Marco Normativo.

El artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador reconoce la salud como un derecho que el Estado garantiza mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y consagra el principio de equidad en el acceso a los servicios. Los artículos 358 a 366 configuran el Sistema Nacional de Salud, cuya rectoría corresponde al Ministerio de Salud Pública, y disponen la atención prioritaria de los grupos de mayor vulnerabilidad (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En el plano legal, la Ley Orgánica de Salud regula la organización y el funcionamiento de los establecimientos; la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) y su reglamento definen las modalidades de vinculación del personal, incluidos los contratos ocasionales que sustentan el componente de dotación de la propuesta; y el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (COPLAFIP) regula el ciclo presupuestario. El artículo 118 de este último habilita las modificaciones presupuestarias entre partidas de una misma unidad ejecutora, mecanismo sobre el que se estructura el financiamiento del plan de mejora.

2.1.1. Marco sectorial de la Salud

El Acuerdo Ministerial 5212 (2013) establece la Tipología para Estandarizar los Establecimientos de Salud, clasificando al Hospital Básico Borbón como un establecimiento de atención de segundo nivel, y define la cartera de servicios y el personal mínimo requerido. El Manual para la Estimación y Programación de Necesidades de Medicamentos y Dispositivos Médicos es el método obligatorio para calcular los stocks mínimos, con un stock

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

de seguridad del 25% sobre el período de reposición (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013) (MSP, 2025).

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia y la organización de la Red Pública Integral de Salud determinan los flujos de derivación desde el establecimiento hacia unidades más complejas, y el Arancel de Servicios del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo Ministerial 00004928) proporciona los valores unitarios utilizados en la valoración económica

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Nueva Gestión Pública y su aplicación en salud.

Hood (1991) califica a la NGP a partir de siete componentes doctrinales: gestión profesional activa, estándares y medidas explícitas de rendimiento, mayor énfasis en el control de resultados, desagregación de unidades organizativas, competencia entre unidades, estilos de gestión del sector privado y disciplina en el uso de los recursos. La NGP representó un quiebre frente a la burocracia weberiana tradicional, apostando por la eficiencia, la rendición de cuentas y la orientación al cliente, nociones que en el sector salud se tradujeron en indicadores de desempeño hospitalario, gestión por procesos y evaluación de la satisfacción del usuario.

En el sistema de salud ecuatoriano, la NGP se materializó a través de la reforma del MSP iniciada en la década de 2000 y profundizada con la Constitución de 2008, que incorporó la Gestión por Resultados (GpR) como principio rector de la administración pública. El Plan Nacional de Desarrollo articuló metas de cobertura, eficiencia y calidad, exigiendo a los establecimientos de salud la generación de indicadores verificables de producción y

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

satisfacción del usuario. Sin embargo, la literatura identifica limitaciones importantes de la NGP en contextos rurales: la lógica de competencia y eficiencia de mercado resulta inaplicable en territorios donde el Hospital Borbón es el único proveedor de servicios de emergencia a cientos de kilómetros a la redonda, lo que requiere adaptar el enfoque hacia una gestión por resultados con énfasis en equidad territorial y no solo en eficiencia productiva.

De acuerdo con lo detallado, la gestión de las instituciones públicas de salud no debe ser analizado exclusivamente desde el cumplimiento de metas instituciones, y sin dejar de mirar los resultados, considerar además la capacidad para organizar los recursos disponibles sean éstos financieros, humanos, tecnológicos o materiales, deben responder a las necesidades de la población a la que presta sus servicios.

2.2.2. Gestión hospitalaria y gestión de recursos humanos en salud

La gestión hospitalaria contextualiza la institucionalidad de una organización sanitaria y su articulación con los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, indispensables para garantizar su funcionamiento con estándares de calidad, eficiencia y eficacia. Siendo los hospitales organizaciones complejas, porque en ella se asientan funciones tanto administrativas, financieras, sociales, así como de funciones claramente clínicas, la gestión hospitalaria es importante dado que de ella parte la coordinación permanente para responder a las necesidades de los pacientes (Jalilvand et. al., 2024).

En contexto con lo determinado la gestión hospitalaria parte de una adecuada planificación y organización de procesos, para lo que es indispensable la evaluación del desempeño institucional, en perspectiva de que son elementos relacionados con la eficiencia

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

y la calidad de los servicios prestados (Ndayishimiye et. al., 2023; Hadian et. al.,2024). Especialmente en los servicios de emergencia, esta articulación adquiere mayor importancia debido a que la demanda es mas variable, los tiempos de espera deben relacionarse con cada caso que requieren repuestas oportunas de acuerdo con la emergencia relacionada, lo que implica coordinar adecuadamente el personal, los recursos materiales y los flujos de pacientes (Mirozaffari y Kamal, 2023).

En esta gestión hospitalaria, el recurso humano es un componente fundamental cuya disponibilidad, distribución y organización condicionan la capacidad de respuesta del establecimiento. De esta manera la suficiencia de médicos, profesionales de enfermería y personal de apoyo sanitario tiene que guardar relación con la demanda asistencial con la concebida organización de turnos y la caracterización del servicio. Esto se constituye en el principal factor que repercute en los tiempos de atención y la percepción de los usuarios sobre la calidad recibida.

La gestión de talento Humano en la integración de las políticas y los ejercicios necesarios que se requieren para liderar los puestos relacionado con el manejo del personal, así mismo como los procesos de admisión, compensación, planificación y supervisión del personal.

Según Limongi y Flores (2022) indica que la gestión administrativa contempla algunas funciones principales, entre las cuales se encuentran:

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

- Planificación: Es la función inicial para dirigir y desarrollar de manera exitosa las metas, objetivos y determinar recursos necesarios para las actividades en un tiempo determinado.

- Organización: Consiste en diseñar una estructura para una distribución eficiente del personal, así como la distribución de recursos económicos para el desarrollo de calidad de la institución.

- Control: Este apartado verifica que las tareas planteadas avancen con la planificación de manera óptica.

En este sentido, el sector sanitario que se caracteriza por su naturaleza dinámica y constante frecuente de cambios en la institución requiere una gestión estratégica de parte de recursos humanos, con ello garantizando una oportuna prestación de servicios en la salud, llegando hacer más eficientes y de calidad. Por lo que, en este contexto es necesario una buena planificación y administración de talento humano ya que representa un elemento necesario para un mejor desempeño institucional y enfocada en el paciente (Blštáková & Palenčárová, 2021; Mahapatro, 2021; Surji & Sourchi, 2020).

En este sentido, la Organización Panamericana de Salud (2023) señala que el fortalecimiento de los recursos humanos forma un elemento clave para lograr un sistema resiliente en el área de salud. La pandemia COVID 19 demostró una estructura debilitada en el sistema sanitario, mencionando que no solo ha tenido un impacto negativo en el ámbito económico, sino que este efecto se vio reflejado en la precariedad de las condiciones de trabajo, falta de apoyo y una baja productividad en la calidad de desempeño del personal. En

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

este contexto, se planteó una política sobre el personal de salud 2030: *fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes*, en la que promueve una guía estratégica para el área de Recursos Humanos.

2.2.3. *Sistema de triaje y gestión de flujos en urgencia*

El triaje hospitalario es el proceso mediante el cual se clasifica a los pacientes según la urgencia de su condición clínica, con el objetivo de priorizar la atención y optimizar el uso de los recursos disponibles. El Sistema de Triaje de Manchester (MTS), desarrollado por el Manchester Triage Group en 1994 y sistematizado en su tercera edición por (Mackway-Jones et al., 2014), es el sistema más ampliamente adoptado en Europa y en creciente uso en América Latina. El MTS clasifica a los pacientes en cinco niveles de prioridad (rojo, naranja, amarillo, verde y azul), con tiempos máximos de espera de 0, 10, 60, 120 y 240 minutos, respectivamente, mediante la aplicación de diagramas de flujo basados en discriminadores clínicos.

El MSP Ecuador ha promovido la adopción del MTS a través de sus lineamientos técnicos de triaje, en coherencia con el Manual de Estimación y Programación de Necesidades de Medicamentos y Dispositivos Médicos (MSP, 2025) y la normativa sectorial vigente, que establecen su implementación progresiva en los servicios de emergencias de hospitales básicos, generales y especializados. La adopción del MTS tiene implicaciones directas sobre la gestión de recursos humanos: el volumen de pacientes por categoría de triaje determina la carga asistencial real de cada profesional, y los picos de demanda en triajes naranja y rojo exigen la disponibilidad simultánea de médico, enfermera y auxiliar.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Desde este contexto, el triaje se incorpora como un mecanismo necesario para organizar la demanda y orientar el uso eficiente de los recursos disponibles. Por tanto, su funcionamiento se relaciona directamente con la disponibilidad de personal y a la capacidad operativa del servicio de emergencia. Relación que resulta preponderante cuando la demanda asistencial es atendida con una dotación limitada de profesionales.

2.2.4. *Gestión logística sanitaria y cadena de suministro en salud pública*

La cadena de suministro en salud (health supply chain) comprende el conjunto de procesos mediante los cuales los insumos médicos (medicamentos, dispositivos, equipos) son adquiridos, almacenados, distribuidos y administrados hasta llegar al paciente. En el sector público, la gestión logística sanitaria está regulada por el Manual de Estimación y Programación de Necesidades de Medicamentos y Dispositivos Médicos (MSP, 2025), que establece la obligatoriedad de mantener stocks mínimos calculados en función del consumo histórico, el tiempo de reposición y un stock de seguridad del 25%.

La teoría de gestión de inventarios (Silver et al., 1998) distingue entre el riesgo de exceso de stock y caducidades y el desperdicio de recursos públicos, y el riesgo de desabastecimiento, que pone en riesgo a los pacientes de no tener acceso a suministros esenciales. Además de esto, el Hospital Básico Borbón es el más susceptible al segundo riesgo. Para remediar esto, se requiere un sistema de control de inventario digital para monitorear los niveles de stock y proporcionar alertas automáticas de reposición.

Los sistemas de información de salud del MSP, incluyendo el SISH (Sistema Integrado de Salud en el Hogar) y el RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atención

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Ambulatoria), proporcionan la infraestructura tecnológica para implementar el control de inventario digital propuesto.

En todo caso, la gestión logística se encuentra estrechamente vinculada con la eficiente atención sanitaria, en virtud de que la sola presencia del personal no garantiza la prestación del servicio, si los medicamentos, equipos médicos, dispositivos o infraestructura faltan o al menos son limitados, y en el área de emergencia la capacidad de respuesta depende exclusivamente de la articulación de los recursos humanos y los recursos logísticos, además de los procesos y procedimientos utilizados programarlos, almacenarlos, distribuirlos y controlar su disponibilidad.

2.2.5. Calidad de la atención, satisfacción del usuario y accesibilidad territorial

La calidad de la atención sanitaria puede examinarse a partir de las condiciones disponibles para prestar el servicio, las actividades desarrolladas durante la atención y los resultados alcanzados. El modelo de Donabedian mantiene vigencia para este análisis porque organiza la evaluación en tres componentes relacionados: estructura, proceso y resultado; la estructura comprende los recursos humanos, físicos, tecnológicos y organizativos, mientras que el proceso corresponde a las acciones mediante las cuales se presta la atención y los resultados recogen los efectos derivados de esta (Villa-Velásquez et al., 2023).

Esta perspectiva permite identificar problemas que no dependen de un solo componente del servicio, sino de la relación que existe entre los recursos disponibles y la forma en que se desarrolla la atención. Estudios recientes que han aplicado este modelo en establecimientos sanitarios confirman su utilidad para valorar conjuntamente estas

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

dimensiones y reconocer diferencias en el desempeño de los servicios (Macas Tapia et al., 2025). A su vez, la calidad incorpora aspectos vinculados con la seguridad del paciente y la mejora de los procesos institucionales, por lo que su evaluación requiere una visión que considere tanto las condiciones organizacionales como las prácticas asistenciales (Zuleta González et al., 2024).

La satisfacción del usuario recoge la valoración que las personas realizan de la atención recibida y permite incorporar su experiencia al análisis del funcionamiento de los servicios sanitarios. No depende de un único aspecto de la atención, pues intervienen factores asociados con la capacidad de respuesta, seguridad, empatía, condiciones tangibles y fiabilidad del servicio. En pacientes atendidos en emergencia, Arce-Huamani y Aliaga-Gastelumendi (2023) encontraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre calidad de atención y satisfacción, lo que muestra que ambas dimensiones se encuentran estrechamente vinculadas en la experiencia del usuario.

Otros estudios recientes también utilizan la satisfacción como un indicador para valorar la calidad percibida e identificar debilidades en la atención, entre ellas las relacionadas con la capacidad de respuesta y las condiciones en las que se presta el servicio (Roldan Cabrera et al., 2024; Noboa Mora & Morocho Idrovo, 2024). Su incorporación al análisis del servicio de emergencia permite, por tanto, complementar la información institucional con la percepción de las personas que reciben directamente la atención.

El acceso a los servicios de salud no está determinado únicamente por la existencia de establecimientos sanitarios, este parámetro para que sea pertinente debe conectar con la localización de la población, la distancia que ésta debe recorrer para llegar a la atención

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

oportuna, además de las condiciones territoriales que delimitan el desplazamiento de los usuarios es otro parámetro que inciden en facilitar o restringir el uso oportuno de los servicios. Se identifican parámetros como distancias geográficas y la disponibilidad de recurso humano, como barreras que inciden en el acceso de la población a los servicios sanitarios (Beltrán et. al.2023), así mismo, se establecen diferencias entre territorios que se identifican como rurales por la disponibilidad de servicios y las condiciones de la red vial (Murillo Gonzáles y Chamizo García, 2024), que se acrecientan por las dificultades de acceso geográfico y otras limitaciones organizativas del sistema sanitario (Santoyo-Sánchez y Reyes-Morales, 2024). Así la distancia, el tiempo de desplazamiento y las características del transporte son elementos fundamentales en el análisis de las condiciones en que la población accede a los servicios de la salud.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 3. Metodología y Diagnostico Institucional

3.1. Enfoque metodológico.

Esta investigación se desarrolló mediante una perspectiva metodológica mixta con la integración de información cuantitativa y cualitativa, con el objetivo de obtener una amplia comprensión en las carencias que existen en el área de emergencias del Hospital Básico de Borbón. Esta metodología responde al desarrollo de la investigación del problema estudiado, en razón de que la gestión de recursos humanos y la logística sanitaria del área de emergencia del Hospital Básico Borbón, no es posible explicarlo únicamente mediante indicadores numéricos, y requieren incorporar la percepción de los usuarios, información institucional y características territoriales que inciden en el funcionamiento de hospital.

En el procedimiento cuantitativo posibilitó entender la información numérica de los registros operativos del hospital como la asignación de recursos, la disponibilidad del personal, la carga asistencial y los resultados de las encuestas aplicadas a los usuarios, que permitió conocer la percepción respecto a los servicios de emergencia del Hospital, medios de transporte, tiempos de traslados hacia la institución, tiempo de espera en emergencia, suficiencia del personal, calidad de la atención, disponibilidad de medicamentos e insumos, condiciones de la infraestructura, entre otros aspectos.

Así mismo, el componente cualitativo posibilitó interpretar la información procedente de la revisión documental, la normativa vigente y el análisis territorial del hospital de Borbón, ayudando a comprender las deficiencias del servicio de emergencias, además la entrevista semiestructurada diseñada para obtener información institucional relacionada con las

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

dimensiones de las variables identificadas se validó información histórica, administrativa, territorial y de planificación vinculada con Borbón y el cantón Eloy Alfaro de manera general y del Hospital Básico Borbón.

La integración de ambos enfoques permitió la triangulación de información, en la que se contrasta la percepción de los usuarios del área de emergencia con la información proporcionada por la autoridad hospitalaria y con las evidencias obtenidas de documentos institucionales y territoriales, permitiendo el diagnóstico no se limite a una sola fuente de información y permitió interpretar las deficiencias del área de emergencias desde el ámbito institucional y territorial.

3.2. Tipo de la investigación.

La investigación se la cataloga como aplicada ya que estuvo dirigida a desarrollar una solución al problema identificado en el área de emergencias de salud, formulando una propuesta de mejora orientada al fortalecimiento de los recursos humanos y de la logística sanitaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón.

Así mismo, el estudio presentó un carácter descriptivo, ya que se caracterizó las condiciones existentes en materia de talento humano, organización del servicio, disponibilidad de recursos, gestión logística, infraestructura, accesibilidad territorial y percepción de los usuarios, e implicó identificar cómo se presentan en el contexto institucional analizado.

Análogamente se incorporó un componente analítico, en virtud de que las evidencias obtenidas mediante las técnicas contrastadas para establecer relaciones entre limitaciones institucionales y las condiciones territoriales, que permitió analizar la dispersión geográfica, vías

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

de acceso, las condiciones de transporte terrestre y fluvial y los riesgos territoriales que pueden incidir sobre la capacidad operativa del establecimiento de salud.

De igual manera, esta investigación tuvo una orientación propositiva, en relación con los hallazgos del diagnóstico que se constituyeron la base para el diseño de la propuesta ajustada a las necesidades identificadas y a las particularidades del territorio.

3.3. Diseño de la investigación.

El trabajo se desarrolló en un diseño no experimental, debido a que no se modificó ni se afectó las variables estudiadas. Solamente, se observó el estado actualmente en funcionamiento del área de emergencias, sin que se interviniera en las condiciones actuales que se encuentra el Hospital de Borbón.

Por su dimensión temporal, la investigación fue de corte transversal, debido a que la información obtenida fue de un periodo específico, lo que permitió describir el estado actual del área de emergencias al momento de realizar el diagnostico institucional. Datos históricos y documentales de periodos anteriores fueron utilizados como antecedentes y elementos de contraste, sin que esto implique un diseño longitudinal. Para esta investigación se organizó en cuatro fases definidas para determinar resultados.

Fase 1: Revisión documental y caracterización territorial, a través de la recopilación y análisis de información institucional, histórica, administrativa y territorial que fueron relevantes para comprender el contexto de funcionamiento del Hospital Básico Borbón.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Fase 2: Levantamiento de información primaria, que comprendió la aplicación de la encuesta de satisfacción a los usuarios del área de emergencia y la entrevista semiestructurada dirigida al director del hospital.

Fase 3: Procesamiento, análisis y triangulación de información de los datos cuantitativos, y organización de las evidencias cualitativas en categorías temáticas contrastando los resultados provenientes de las distintas fuentes.

Fase 4: Formulación de la propuesta: priorizando mediante el diagnóstico integrado de los resultados, para establecer acciones de fortalecimiento de los recursos humanos y de la logística sanitaria.

3.4. Unidad de análisis

El Hospital Básico Borbón es la unidad de análisis, con énfasis en el área de emergencia, en la que se destaca el diagnóstico de la gestión de talento humano, la organización de los turnos, la disponibilidad de personal, los procesos logísticos, abastecimiento de medicamentos e insumos, infraestructura, transporte sanitario, comunicación y condiciones de operación.

Para el análisis cuantitativo, la unidad de análisis estuvo constituida por los usuarios que recibieron atención en el área de emergencia del Hospital, y el componente cualitativo la unidad infórmate estuvo representada por el director del Hospital, considerando informante clave por su conocimiento integral de la institución. Asi mismo, para el componente territorial, se consideró como espacio de análisis al nuevo cantón Borbón y su área de influencia,

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

complementado con información correspondiente al cantón Eloy Alfaro, que era la unidad territorial a la cual pertenecía.

3.5. Enfoque Territorial

El análisis territorial, se incorporó como elemento transversal del diagnóstico, en virtud de que la capacidad de atención especialmente en las zonas rurales es menos intensa debido a las condiciones críticas del acceso de la población y de las características geográficas del territorio, así este enfoque se estructuró en tres niveles complementarios:

- **Nivel micro:** Hospital Básico Borbón y parroquia Borbón-análisis de accesibilidad geográfica, vulnerabilidad a inundaciones y distribución del personal.
- **Nivel meso:** Cantón Eloy Alfaro-análisis de la red de establecimientos de salud, distancias intercomunales y cobertura del transporte sanitario.
- **Nivel macro:** Zona 1 Norte del Ecuador y MSP -análisis de la política nacional de salud y del presupuesto de la Unidad Ejecutora 1168.

La información territorial fue obtenida en fuentes como los archivos de la Junta Parroquial de Borbón, la documentación relacionada con el proceso de conformación y caracterización del cantón Borbón y el Plan de Desarrollo y Ordenamiento territorial del cantón Eloy Alfaro.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

3.6. Población y Muestra

La investigación consideró diferentes poblaciones de acuerdo con los aspectos a considerar para el análisis de acuerdo con la metodología, y en este contexto se determina como población a los registros asistenciales, la población de usuarios y el infórmate institucional.

3.6.1. Registros de atención

Con el fin de caracterizar la demanda del servicio se realizó la revisión de los registros institucionales del mes de enero del 2026, en el que se registraron 916 atenciones, información utilizada para el análisis del volumen de la demanda asistencial y para contextualizar la capacidad operativa del establecimiento. Se determina así mismo que este dato no corresponde ni debe confundirse con la muestra de las personas encuestadas.

3.6.2. Usuarios encuestados

La población de referencia estuvo constituida por los usuarios atendidos en el área de emergencia del Hospital, a través de un muestreo no probabilístico consecutivo (Thewes et al. 2018), aplicado a pacientes o familiares de pacientes atendidos en el área de emergencia durante un mes de levantamiento diario, con cobertura en horarios diurnos y primeras horas de la noche. Para ello se invitó a participar a pacientes atendidos o cuando correspondía y era pertinente a familiares que acompañaban a dichos pacientes, siempre que se encontraban disponibles y aceptarán participar de manera voluntaria. Como resultados se obtuvieron 104 encuestas válidas, que constituyeron la muestra efectiva del estudio.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

3.6.3. Informante clave

Con el fin de determinar la información institucional cualitativa se seleccionó de manera intencional al director del Hospital para hacerle una entrevista semiestructurada. Los resultados de dicha entrevista desde su posición y conocimiento integral del Hospital permitió conocer aspectos particulares relacionados con el talento humano, logística, infraestructura, recursos, coordinación institucional y prioridades de intervención.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para cumplir los objetivos planteados se emplearon tres técnicas principales: encuesta, entrevista semiestructurada y revisión documental.

3.7.1. Encuesta a usuarios

La encuesta fue empleada para obtener información directamente de los pacientes o sus familiares que acudieron al servicio de emergencia con un total de 104 encuestas, que se dividieron en dos componentes: El primero recopiló la información que caracteriza a los participantes como usuarios, determinado la edad, el sexo, el lugar de residencia, el tiempo transcurrido desde la atención en emergencia, el medio de transporte utilizado para ir al hospital y el tiempo aproximado del traslado. El segundo componente estuvo compuesto por 12 afirmaciones valoradas mediante la escala de Likert de cinco categorías que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, que evaluaron las siguientes dimensiones:

- Accesibilidad al hospital;

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

- Disponibilidad y oportunidad del transporte;
- Tiempo de traslado;
- Tiempo de espera para la atención;
- Suficiencia del personal;
- Trato profesional;
- Información proporcionada al paciente;
- Capacidad de respuesta a sus necesidades de salud;
- Disponibilidad de medicamentos, materiales e insumos;
- Condiciones de las instalaciones;
- Satisfacción con la atención recibida; y
- Necesidad de fortalecer los recursos humanos y logístico

3.7.2. Entrevista semiestructurada

Direccionada a la máxima autoridad del Hospital Básico Borbón, y concebido para obtener información institucional bajo la perspectiva de la organización, con datos que se verificaron y complementaron con los resultados de las encuestas y la revisión documental. Para este efecto se realizó una guía de entrevista, organizada en 55 preguntas distribuidas en ocho bloques temáticos que tienen relación con las dimensiones generadas en la encuesta, y

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

otros aspectos que no se podían revelar desde las encuestas como la dotación y rotación del personal, la planificación de turnos, contratación de personal, gestión de adquisición y uso de medicamentos e insumos, entre otros.

3.7.3 Revisión documental

Constituyó una técnica fundamental para contextualizar y contrastar la información primaria, especialmente con respecto a la distribución territorial de la zona de influencia del objeto de investigación y el desarrollo y planificación territorial. Para ellos se analizaron documentos institucionales, administrativos y de planificación disponibles al público y autorizados por la autoridad.

3.8. Variables y dimensiones de análisis

La investigación de acuerdo con los antecedentes, planteamiento del problema y los objetivos se estructuró principalmente en dos variables institucionales: La gestión del talento humano y la logística sanitaria, complementadas por las dimensiones de satisfacción de usuarios y condiciones territoriales.

3.9. Procesamiento y análisis de la información

Luego de aplicación de las herramientas de la investigación, la información se organizó de acuerdo con los resultados de las encuestas, la entrevista y el análisis documental. De esta manera, las encuestas se organizaron en una base de datos y sometidos a un análisis de estadística descriptiva, en la que las variables de caracterización se calcularon con frecuencias absolutas y relativas, y en las 12 preguntas de percepción con

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

cálculos de frecuencias y porcentajes por cada categoría de respuestas agrupadas en tres tendencias:

- Valoración negativa: totalmente en desacuerdo y en desacuerdo
- Valoración neutral: ni en desacuerdo ni de acuerdo
- Valoración positiva: de acuerdo y totalmente de acuerdo.

El análisis cualitativo se obtuvo de la entrevista y se organizó con el análisis temático de contenidos, donde se clasificaron las categorías de: capacidad institucional, talento humano, planificación de riesgos, suministros, movilización de personal, infraestructura y transporte, comunicación y gestión financiera.

En la triangulación de la información, por cada dimensión se contrastaron tres fuentes principales: la percepción de los usuarios, la información institucional y la evidencia documental-territorial. Esto permitió establecer cuándo una deficiencia aparecía respaldada por más de una fuente, y, por tanto, contar con mayor fundamento para priorizarla dentro de la propuesta de mejora.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 4. Resultados

La investigación se llevó a efecto mediante fases, y de esta manera se van a presentar los resultados, así en la fase uno se realizó la revisión documental y caracterización territorial, a través de la recopilación y análisis de información institucional, histórica, administrativa y territorial que fueron relevantes para comprender el contexto de funcionamiento del Hospital Básico Borbón. En la fase dos se levantó la información primaria, que comprendió la aplicación de la encuesta de satisfacción a los usuarios del área de emergencia y la entrevista semiestructurada dirigida al director del hospital. Y en la fase tres se ejecuta el procesamiento, análisis y triangulación de información de los datos cuantitativos, y organización de las evidencias cualitativas en categorías temáticas contrastando los resultados provenientes de las distintas fuentes.

4.1. Fase uno: Revisión documental y caracterización territorial

Borbón ya es oficialmente un cantón, creado luego de la consulta popular realizada el 16 de noviembre del 2025, con el 68.27% de los votos válidos, acto que fue validado por el Consejo Nacional Electoral y se convirtió en el octavo cantón de la provincia de Esmeraldas y el número 223 de la República del Ecuador. Por tanto, la investigación histórica se realiza desde la revisión documental del PDOT del cantón Eloy Alfaro, a la que pertenecía como parroquia rural y al PDOT de la gestión como parroquia rural constituida desde 1938. El cantón Borbón tiene una población de 22.962 habitantes según el censo del INEC del año 2022 (tabla 5 y gráfico 2)

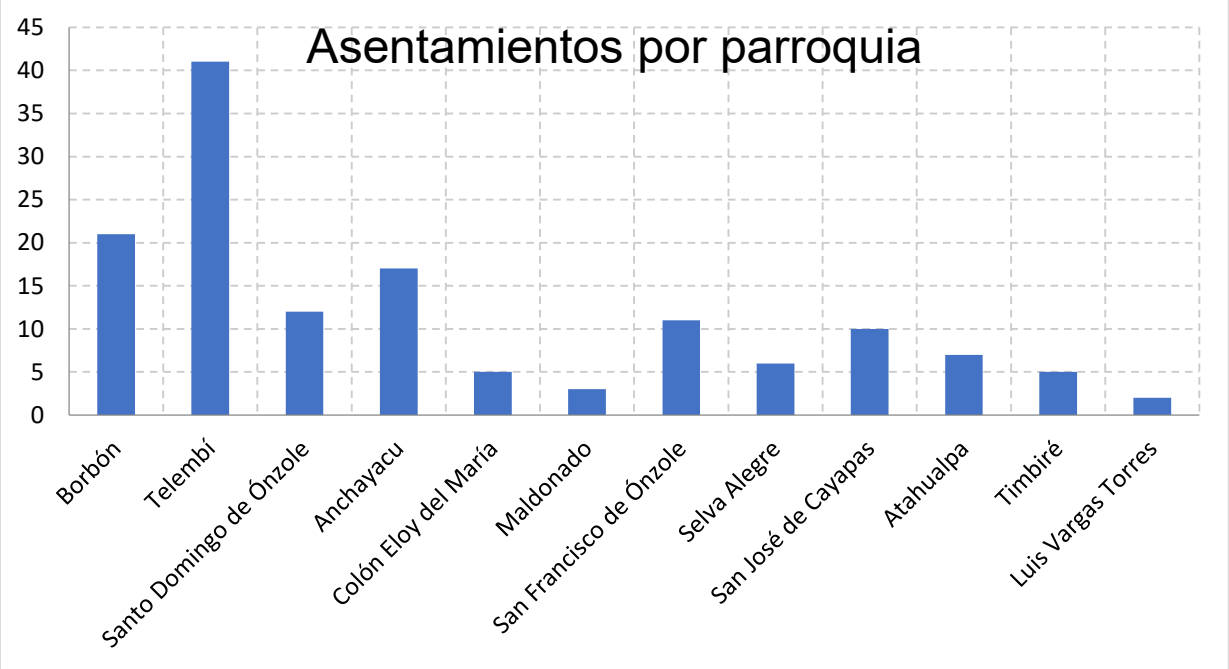
Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 5. Población y # de asentamientos humanos del cantón Borbón

Parroquia	N.º asentamientos	Población 2022 en asentamientos (cuando disponible)
Borbón	21	7244
Telembí	41	4311
Santo Domingo de Ónzole	12	2484
Anchayacu	17	1097
Colón Eloy del María	5	1427
Maldonado	3	1603
San Francisco de Ónzole	11	1011
Selva Alegre	6	1108
San José de Cayapas	10	984
Atahualpa	7	302
Timbiré	5	1007
Luis Vargas Torres	2	384
		22962

Fuente: INEC 2022

Ilustración 2. # de asentamientos humanos del cantón Borbón



Fuente: INEC 2022

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

4.1.1. Caracterización geográfica y territorial del área de influencia del Hospital Básico Borbón

El Hospital Básico Borbón se encuentra localizado en un territorio que se caracteriza por ser eminentemente rural con amplia dispersión entre los asentamientos humanos existentes, quienes se transportan principalmente por vía fluvial y terrestre (ilustración 3) a través de vías rurales donde

> Los suelos superficiales son predominantemente limos arenosos algo arcillosos, permeables… de cenizas recientes sobre una arcilla un tanto porosa, con un bajo contenido de materia orgánica, de textura franco arcillosa… un conjunto de largas lomas niveladas, o varios conjuntos de relieves más o menos fuertemente disectadas, se han formado lo suelos más intemperizados y lixiviados…. Las arcillas predominantes son la caolinita y la halloysita, con un contenido de materia orgánica bajo (PDOT Parroquia Rural Borbón, 2023, p. 31).

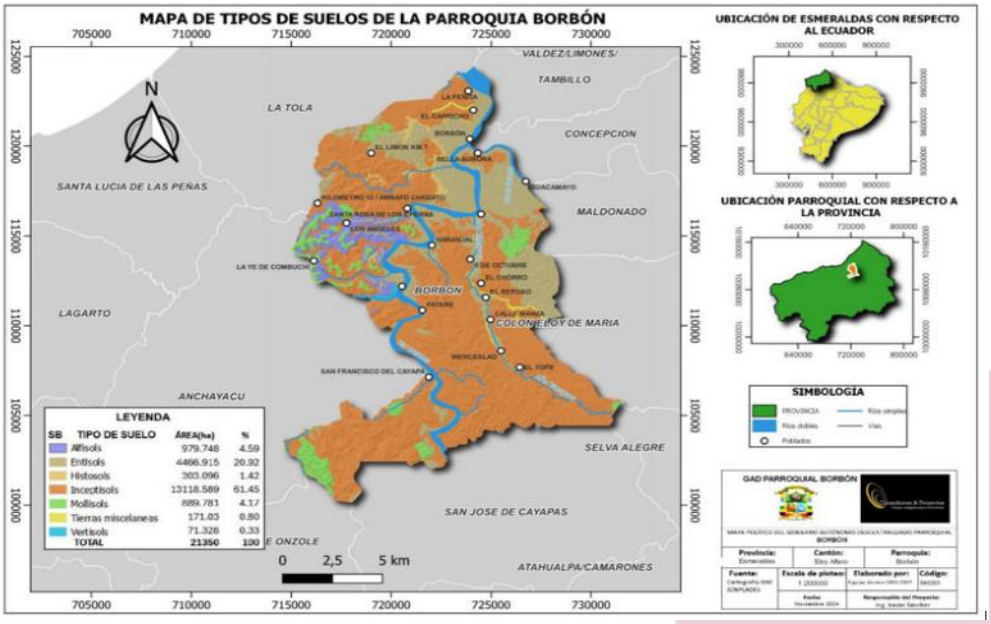
El novel cantón ha sido constituido jurisdiccionalmente con la participación de 12 parroquias (ilustración 4): Borbón (cabecera cantonal), Anchayacu, Atahualpa, Luis Vargas Torres, Maldonado, San Francisco de Ónzole, Santo Domingo de Ónzole, Selva Alegre, Telembí, Colón Eloy del María, San José de Cayapas y Timbiré (todas parroquias rurales), con una extensión territorial de 4.014,97 kilómetros cuadrados aproximadamente.

La cabecera cantonal de Borbón es el punto de articulación terrestre y fluvial del cantón y el acceso principal se realiza a través de la Troncal del Pacífico E15, y el acceso interno desde las parroquias rurales dependen de los ríos Cayapas, Santiago y sus afluentes,

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

haciendo de esta característica una situación de movilización condicionado por la hidrografía del cantón.

Ilustración 3. mapa de tipos de suelo de la ex parroquia rural Borbón



Fuente: PDOT ex parroquia Rural de Borbón

Ilustración 4. ubicación de parroquias rurales del Cantón Borbón



Fuente: Elaboración propia con base en información territorial del GAD Parroquial Rural de Borbón y el PDOT correspondiente.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

4.1.2. Estructura rural del nuevo cantón Borbón

De acuerdo con el PDOT de la ex parroquial Borbón, el nuevo cantón Borbón tiene un total de 140 asentamientos humanos concentrados, de los cuales sólo uno (la cabecera cantonal) pertenece al único centro poblado identificado en el sector urbano, las 139 restante corresponde al área rural, que se ha distribuido en 15 centros poblados rurales, 18 núcleos poblados rurales y 106 agrupaciones que fueron clasificadas como tejido asociado rural. Esto determina que no solo el centro poblado urbano de Borbon es la demanda potencial del Hospital Básico Borbón, y que existe una fuerte demanda de un territorio ampliamente fragmentado. La distribución estimada de asentamientos por parroquias es la siguiente:

Tabla 6. Cantidad de asentamientos identificados por parroquias

Parroquia actual del cantón Borbón	**Asentamientos identificados**
Borbón	21
Telembí	41
Santo Domingo de Ónzole	12
Anchayacu	17
Colón Eloy del María	5
Maldonado	3
San Francisco de Ónzole	11
Selva Alegre	6
San José de Cayapas	10
Atahualpa	7
Timbiré	5
Luis Vargas Torres	2
Total	**140**

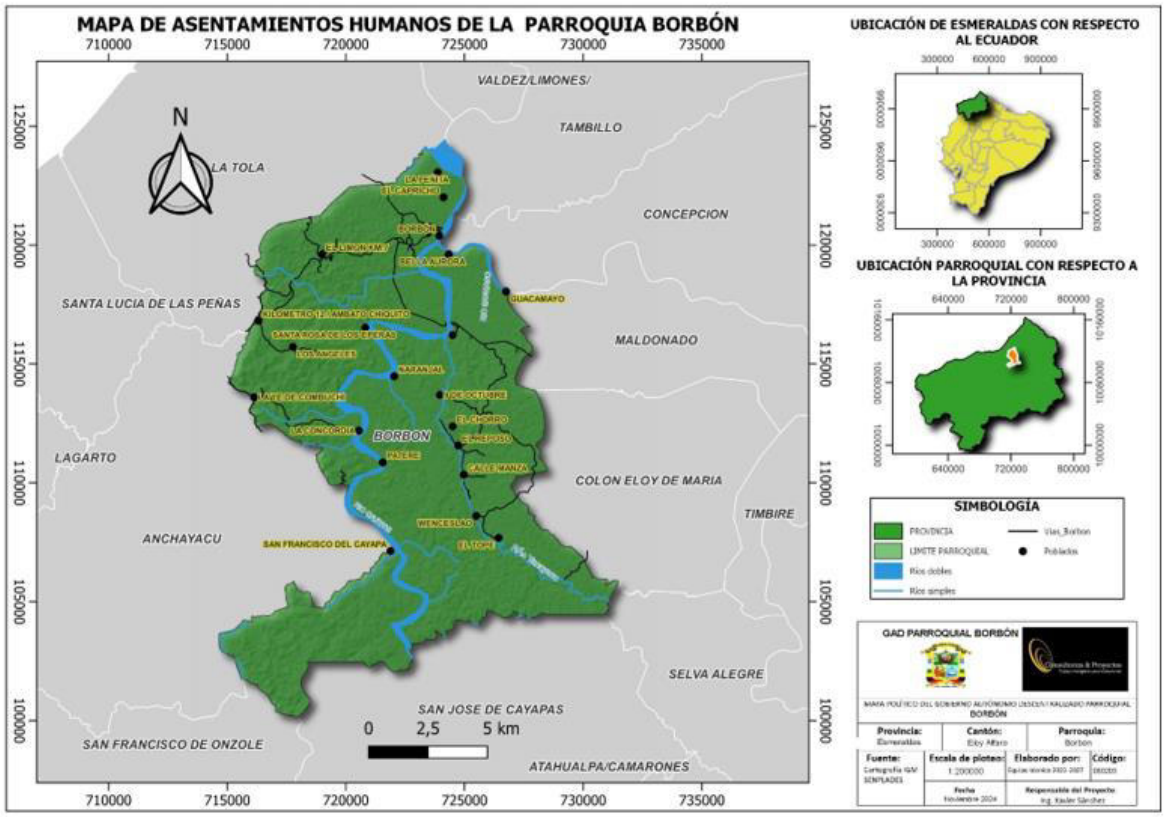
Fuente: PDOT ex parroquia Rural de Borbón

Esta estructura, confirma la elevada dispersión de asentamientos humanos del cantón Borbón, que ya fue registrada en el PDOT del cantón Eloy Alfaro, circunscripción cantonal a la que pertenecía Borbón en su calidad de parroquia rural. En este PDOT se determinaba un

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

patrón del 99.90% del territorio que se consideraba como rural y señala enfáticamente que muchas parroquias y asentamientos carecen de un perímetro urbano formalmente delimitado. Este porcentaje con la nueva situación política del novel cantón Borbón se mantiene en virtud de que prácticamente todas sus parroquias rurales, pertenecían al cantón Eloy Alfaro.

Ilustración 5. Mapa de asentamientos humanos de la parroquia Borbón



Fuente: PDOT ex parroquia Rural de Borbón

4.1.3. Accesibilidad

La conectividad territorial constituye uno de las principales dificultades para el acceso oportuno a los servicios del Hospital Básico Borbón, ya que la vía rural está compuesta predominantemente por materiales de baja resistencia ante las diferentes condiciones

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

climáticas constituidas por superficies no pavimentadas (65.19% vías lastradas y 11.74% vías de tierra), cuyas condiciones físicas es crítica porque de los 321.22 kilómetros evaluados en el PDOT del cantón Eloy Alfaro (2023) en el que constaba Borbón como parroquia rural, el 70.85% se encontraba en mal estado, y en las zonas que actualmente conforman las parroquias rurales del cantón Borbón el 100% de sus vías están en mal estado.

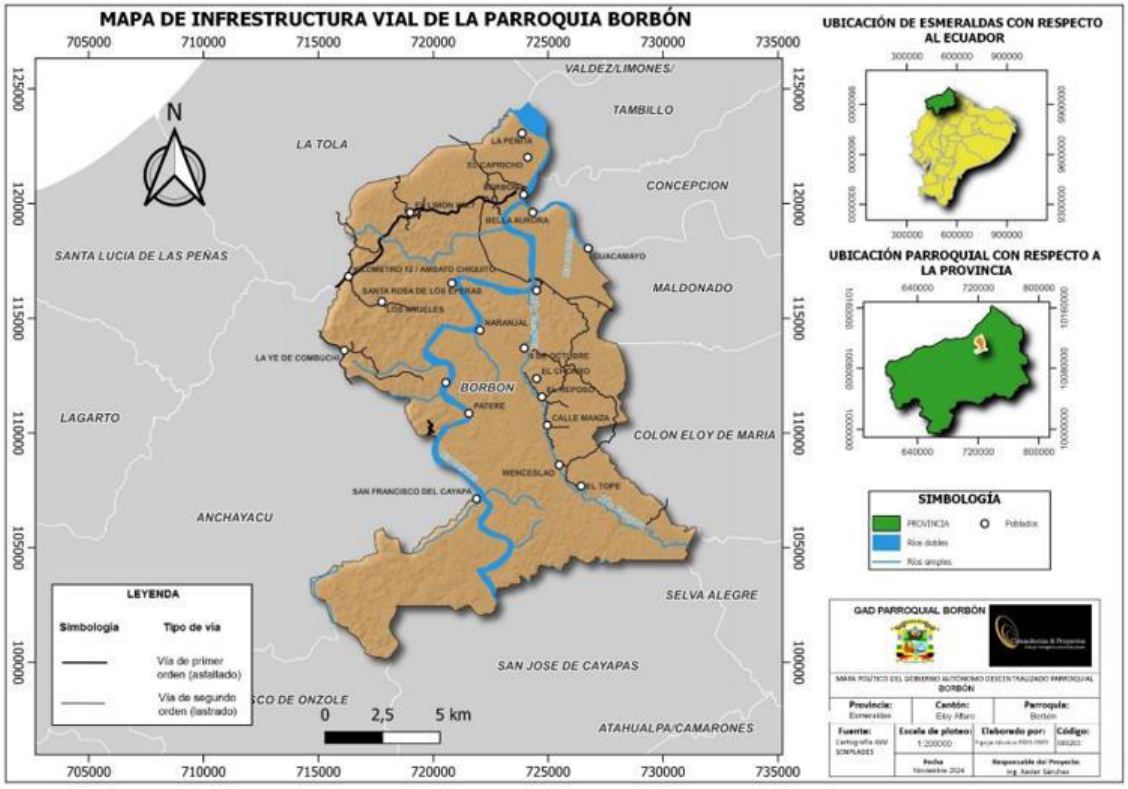
Las distancia entre los sectores o comunidades y la cabecera cantonal de Borbón son diversos (tabla 7), con sectores muy cercanos como Bella Aurora, la Peñita o Punta de Piedra tienen acceso a Borbón entre 4 y 10 minutos en vías asfaltadas o por el rio, existen también sectores muy alejados como El Edén, El Tope o Wenceslao que demoran entre una y dos horas con acceso de vías lastradas o por vía fluvial, por tanto no es únicamente la situación geográfica el aspecto a tenerse en cuenta, también es necesario mirar el tiempo de acceso y el medio de transporte que se utiliza.

En este contexto la movilidad terrestre es variada, aunque limitada, porque en el PDOT del cantón Eloy Alfaro determina una oferta reducida de taxis convencionales y camionetas, teniendo como transporte tradicional el uso de motocicletas y formas informales de transporte en el sector urbano. En cuanto a la movilidad fluvial se determina como una verdadera infraestructura de transporte para las comunidades que se encuentran asentadas en las riberas de los ríos Cayapas, Santiago y sus afluentes, aunque continúa siendo limitada con horarios establecidos para la oferta fluvial regular, que generalmente tiene dos horarios de salida hacia el centro poblado y un turno de regreso, con embarcaciones que incluyen lanchas de madera, canoas o fibras equipadas con motores fuera de borda, situación que complica la salida de emergencia de pacientes emergentes hacia el hospital durante el día e

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

imposibilita su salida en jornada nocturna, a no ser que se disponga de una embarcación privada o se cuente con presupuesto para alquiler de una.

Ilustración 6. Mapa de infraestructura vial de la parroquia Borbón



Fuente: PDOT ex parroquia Rural de Borbón

Tabla 7. Cantidad tipo de vía y tiempo entre las comunidades y el centro poblado

Sector/comunidad	Distancia reportada	Medio/tipo de vía	Categoría vial	Tiempo reportado
Bella Aurora	4 km	Fluvial	No aplica	4 min
La Peñita	5 km	Fluvial	No aplica	10 min
Kilómetro 7 / El Limón	7 km	Asfalto	Primer orden	7 min
Kilómetro 8	8 km	Asfalto	Primer orden	8 min
El Capricho	9 km	Fluvial	No aplica	10 min
Punta de Piedra	9 km	Asfalto	Primer orden	10 min

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Kilómetro 14	14 km	Asfalto	Primer orden	15 min
El Chorro	16 km	Lastrado/ Fluvia	Tercer orden	20 min
Santa Rosa de los Épera	18 km	Fluvial	No aplica	20 min
Naranjal	25 km	Fluvial	No aplica	25 min
La Concordia	26 km	Fluvial	No aplica	30 min
Patere	26-28 km	Fluvial	No aplica	30–35 min
Combuchi	32 km	Lastrado	Tercer orden	40 min
San Agustín	50 km	Fluvial	No aplica	40 min
El Reposo	52 km	Lastrado	Segundo orden	60 min
Limoncito	52 km	Asfalto	Segundo orden	60 min
San Francisco	52 km	Fluvial	No aplica	60 min
El Edén	58 km	Fluvial	No aplica	70 min
El Tope	104 km	Lastrado	Segundo orden	120 min
Wenceslao	110 km	Lastrado/ Fluvial	Tercer orden	130 min

Fuente: PDOT ex parroquia Rural de Borbón

Con estos datos, es necesario diferenciar la zona funcional de influencia del Hospital Básico Borbón, en tanto que la jurisdicción administrativa actual corresponde al cantón Borbón y sus doce parroquias, pero, esto no determina que la influencia real del hospital se limite únicamente al límite cantonal.

La evidencia científica señala que no se debe evaluar entonces la accesibilidad a servicios sanitarios midiendo la distancia lineal, que también es necesario incorporar datos como tiempo de viaje, red de transporte y disponibilidad de servicios, así Contreras et. al (2023) identifican a la distancia y el tiempo de desplazamiento, como una dimensión central de desigualdad espacial en el acceso a establecimientos médicos. En Ecuador Galárraga et. al. (2024) demuestran que es importante acercar los equipos de atención primaria a las poblaciones con barreras de acceso defendiendo la estrategia del Médico del Barrio, y Castro et. al (2026) analizan los sistemas de salud en territorios amazónicos que comparten las características de esta investigación (dispersión y dependencia fluvial) e identificaron

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

aspectos como aislamiento, distancias, dependencia del transporte fluvial y los costos como barreras estructurales para obtener atención oportuna en los centros médicos.

4.2. Fase dos: Levantamiento de información primaria

En esta fase se realizó la aplicación de encuestas a los pacientes y familiares de las personas que durante el mes de mayo del 2026 acudieron al servicio de emergencia del Hospital Básico Borbón y se realizó la conversación con el director del Hospital, a quien se le realizó una entrevista semi estructurada de acuerdo con las variables y dimensiones de la investigación, que permitió profundizar la investigación con aspectos relacionados con la gestión del recurso humano, logística sanitaria, condiciones operativa, satisfacción de los usuarios y capacidad institucional.

4.2.1. Aplicación de encuestas

Con el fin de obtener información de fuentes primarias con total perspectiva de los servicios de emergencia, se realizó la encuesta directamente en el área de emergencia del hospital y se dirigió principalmente a los pacientes atendidos o cuando fue necesario por situaciones referidas a la misma emergencia, la encuesta se trasladaba a un familiar del paciente. El levantamiento de la información se lo efectuó por aproximadamente un mes, mediante visitas diarias (incluyendo fines de semana) para aplicar personalmente este instrumento de investigación una vez que los pacientes hubieren recibido atención o en su efecto por los familiares cuando el paciente no podía responder.

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico consecutivo, para de esta manera incorporar sucesivamente a las personas elegibles que se

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

en el área de emergencia se encontraban disponibles en el lapso de un mes, desde las 08h00 hasta las 21h00, y fue aplicado a las personas que se encontraban con disponibilidad de tiempo, que ya había recibido la atención médica y las condiciones de la emergencia lo posibilitaban, o en su efecto a familiares que los habían acompañado al proceso de atención, también cuando la situación emergente les posibilitaba entregar respuestas y aceptaban participar.

Como resultado se obtuvieron 104 cuestionarios válidos, que se constituyeron en la muestra efectiva del componente cuantitativo, y como consecuencia del carácter no probabilístico de la selección y el horario en el que fue recolectada la información que no constituye la población total atendida, puesto que se quedan afuera de la investigación las personas atendidas entre las 21h00 y las 08h00 del siguiente día, los resultados se interpretan con un alcance descriptivo, que aportaron datos para delimitar la tendencia de los usuarios, por tanto, no se realizan inferencias estadísticas estrictas.

4.2.2. Entrevista al director del Hospital

Como segundo componente para el levantamiento de información primaria se realizó una entrevista semiestructurada al director del Hospital Básico de Borbón, quien fue seleccionado como informante clave, en virtud de sus conocimientos estratégicos del funcionamiento integral de esta unidad médica. El propósito de la entrevista fue recopilar información verificable sobre las condiciones actuales del hospital, con énfasis en la dotación y gestión del talento humano, la logística sanitaria, preparación y respuesta ante riesgos, movilización del personal, transporte, comunicación e infraestructura.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

La entrevista se realizó en una conversación de un poco mas de una hora, que permitió realizar preguntas, aclarar cifras, destacar procedimientos y/o responsabilidades, entre otros aspectos definidos en la guía de la entrevista, organizado por bloques temáticos de acuerdo con los objetivos de la investigación.

4.2.3. Complementariedad de las técnicas, control y organización de la información

Ambos instrumentos determinados como herramientas de recolección de datos primarios cumplieron funciones distintas, pero complementarias, porque fue necesario discriminar los aspectos en los que difieren los actores, para dilucidar los principales problemas con los que cuenta el hospital. Por tanto, la información primaria en esta fase fue organizada alrededor de tres grandes ejes (tabla 8).

Tabla 8. Organización de datos de los instrumentos de recolección de datos primarios

Fuente	Dimensión principal	Información obtenida
Encuesta a usuarios	Percepción y satisfacción	Acceso, traslado, espera, personal, trato, medicamentos, insumos, infraestructura y satisfacción
Entrevista al Director	Gestión institucional	Talento humano, logística, abastecimiento, infraestructura, transporte, comunicación, presupuesto y respuesta operativa
Contraste entre ambas	Diagnóstico integrado	Coincidencias, diferencias y problemas prioritarios

Fuente: Los autores

4.3. Fase tres: procesamiento, análisis y triangulación de la información

4.3.1. Tabulación y análisis de las encuestas

Como parte del levantamiento de la información primaria se analizaron 104 encuestas aplicadas a pacientes o familiares de pacientes atendidos en el transcurso de un

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

mes en el Hospital Básico Borbón, a través de un instrumento estructurado en dos componentes, que permitieron el primero caracterizar a los encuestados por sexo, edad, lugar de residencia, tiempo transcurrido entre la última atención y el actual, el medio de transporte utilizado y el tiempo aproximado de traslado hasta el hospital; y el segundo bloque integrado por doce preguntas que facilitó la interpretación de los resultados desde la perspectiva de cinco componentes, valorados a través de la escala de Likert agrupados en tres tendencias: Valoración negativa (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo), valoración neutra (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y valoración positiva (de acuerdo y totalmente de acuerdo).

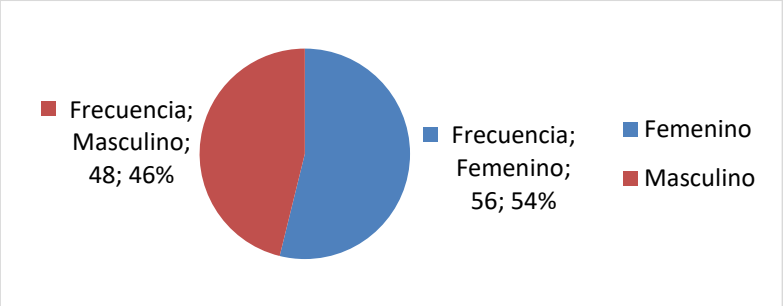
Las encuestas arrojaron una distribución de sexo relativamente equilibrada, aunque con un pequeño margen mayor a las mujeres, siendo 56 mujeres encuestadas (53.80%) y 48 hombres encuestados (46.20%). La edad si tuvo un grupo predominante y 50 participantes (48.10%) tienen edades entre 31 y 45 años, 28 personas (26.90%) tienen edades entre 18 a 30 años, 25 personas (24%) con edades entre 46 a 60 años, y únicamente una persona tenía menos de 18 años (1%). El mayor grupo de personas encuestadas (98 personas, que equivale al 94.20%) dice vivir en Borbón, y los seis restantes procedían de San Pedro, Maldonado, Colón Eloy del María, Bella Aurora, La Loma u otros lugares, situación que se considera puesto que las encuestas fueron tomadas en el mismo hospital.

En cuanto a la generación de atención entre la última visita al hospital y la actual, 55 personas (52.90%) dice haber utilizado el servicio hace mas de seis meses, 27 persona (26%) entre uno y dos meses y 22 (21.20%) entre tres y seis meses. Para el análisis del medio de transporte 56 personas (53.80%) acudieron caminando, 29 personas (27.90%) en moticicleta, 9 personas (8.70%) en automóvil, y 5 (4,8 %) participantes en embarcación fluvial.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

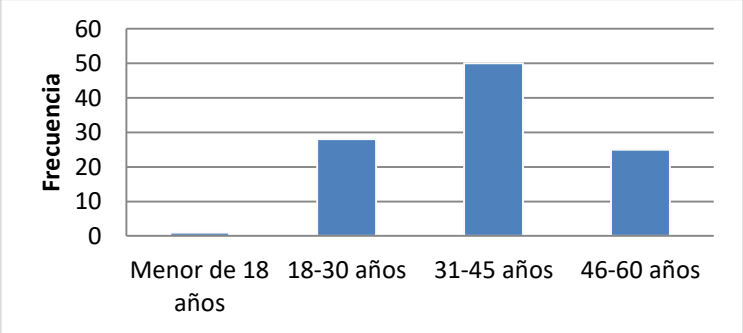
Ellos dicen haberse desplazado desde sus lugares de residencia al hospital en menos de 30 minutos (85 personas equivalentes al 81.70%), y 14 personas (13.50%) necesitaron entre 30 y 60 minutos, 2 personas (1.90%) entre una hora y dos horas y 3 usuarios (2.90%) requirieron más de dos horas.

Ilustración 7. Sexo de los encuestados



Fuente: Los autores

Ilustración 8. Edad de los encuestados



Fuente: Los autores

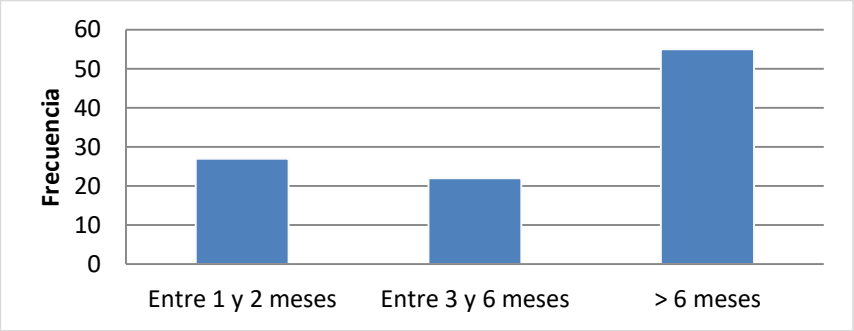
Ilustración 9. Lugar de residencia de los encuestados



Fuente: Los autores

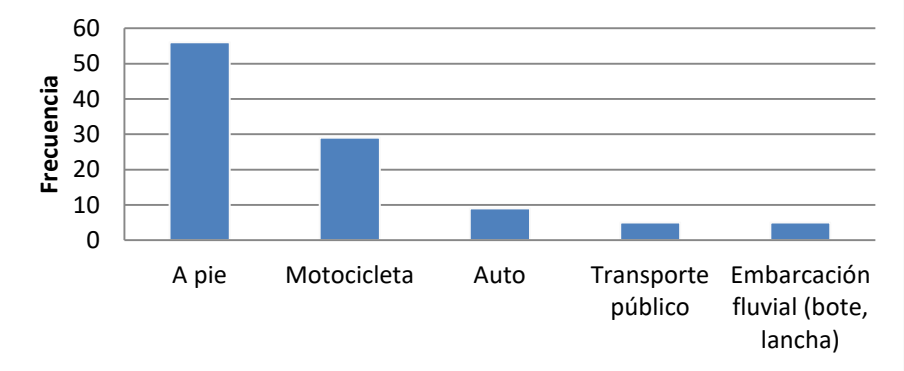
Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Ilustración 10. Tiempo desde la última atención



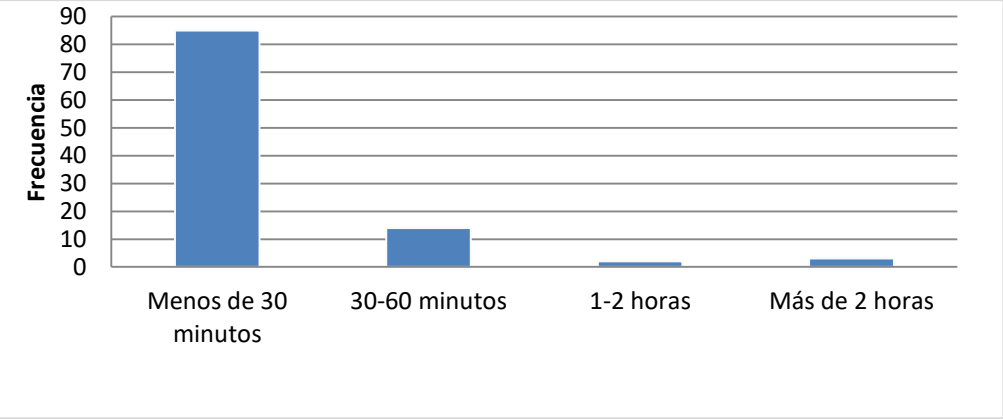
Fuente: Los autores

Ilustración 11. Medios de transporte



Fuente: Los autores

Ilustración 12. Tiempos de traslado al hospital



Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

En conjunto el perfil del usuario promedio del área de emergencia es de una persona de mediana edad, residente en la cabecera cantonal de Borbón, que no tiene situaciones emergentes con frecuencia, las veces que ha acude al hospital lo hace a pie, con un tiempo de traslado menor a 30 minutos.

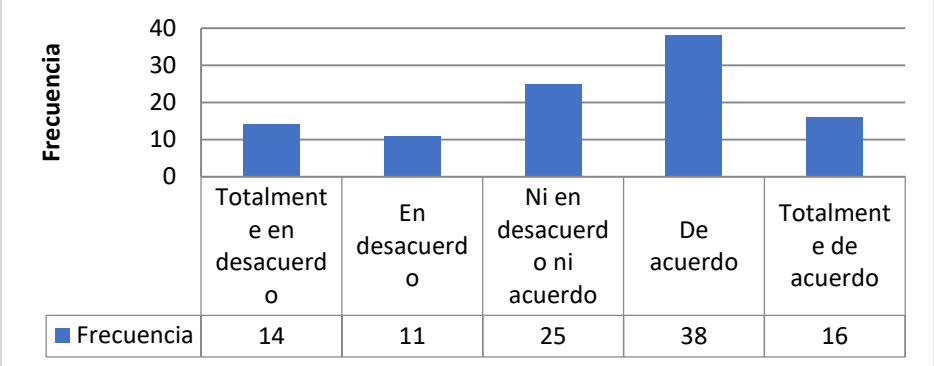
Tabla 9. Caracterización de los encuestados

Variable	Categoría predominante	n	%
Sexo	Femenino	56	53,8
Edad	31–45 años	50	48,1
Residencia	Borbón	98	94,2
Última atención	Más de 6 meses	55	52,9
Transporte	A pie	56	53,8
Tiempo de traslado	Menos de 30 min	85	81,7

Fuente: Los autores

Para el análisis de las doce dimensiones de percepción, la primera pregunta determina la satisfacción con la accesibilidad al Hospital Básico Borbón, y 54 participantes (51.90%) presenta una valoración positiva, 25 personas (24,0 %) se encuentran en una posición neutra y 25 personas (24,0 %) determinan una valoración negativa. Este resultado coincide con la caracterización territorial puesto que la mayoría proviene de la cabecera cantonal y llega en menos de treinta minutos.

Ilustración 13. Acceso desde el lugar de residencia es adecuado

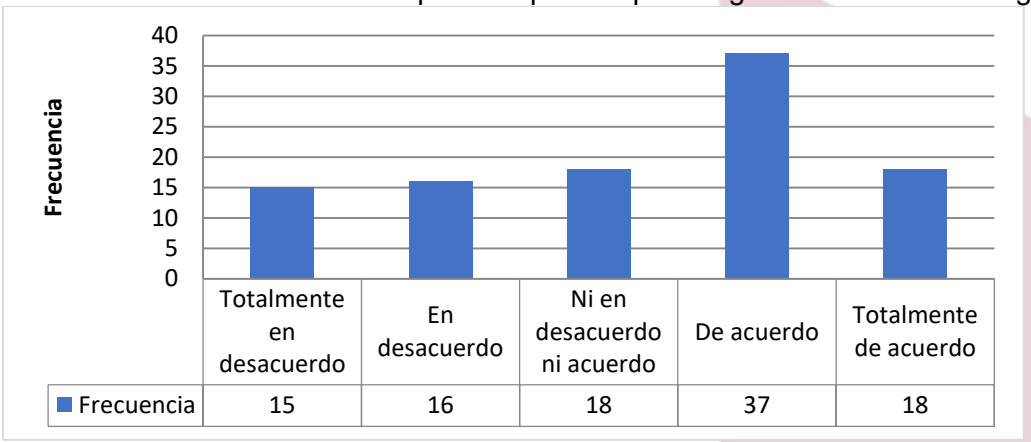


Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

La segunda dimensión mostró que 55 encuestados (52.90%) consideraron favorable la disponibilidad del transporte para llegar de manera oportuna al servicio de emergencia, entre tanto, 31 personas (29.8% presentaron una valoración negativa y 18 (17.30%) se mantuvieron en posición neutral. Este resultado demuestra que si bien en cierto la mayoría tiene una posición positiva, casi tres de cada diez participantes presentaron dificultades para acceder físicamente al hospital.

Ilustración 14. Medios de transporte disponible para llega al servicio de emergencia

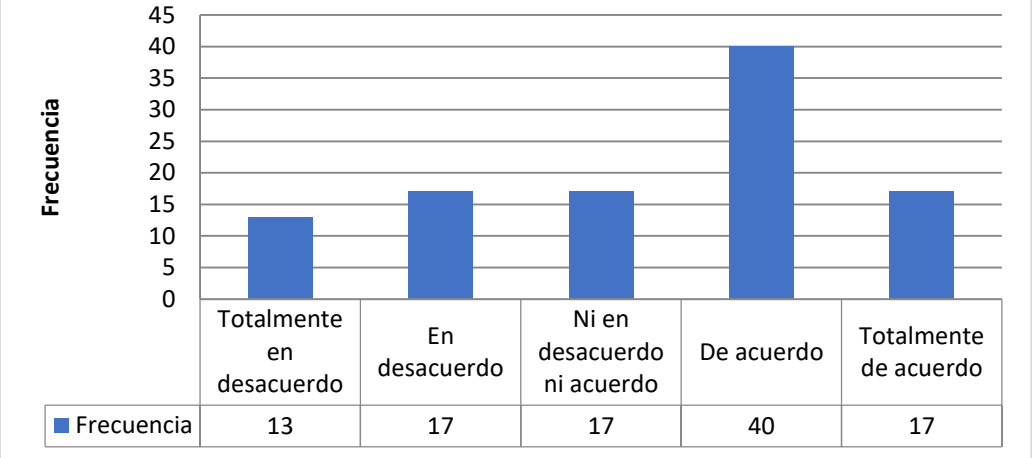


Fuente: Los autores

En cuanto al tiempo requerido para el traslado el 57 encuestados (54.80%) considera que el tiempo de traslado fue adecuado, entre tanto, 30 personas (28.80%) determinaron un tiempo inadecuados, y 17 personas (16.30%) se mantuvieron neutrales. Este resultado podría considerarse favorable, sin embargo, en contexto con la pregunta del tiempo de traslado, donde más del 81% de encuestados dice tener menos de 30 minutos para trasladarse, la percepción de la idoneidad del tiempo para trasladarse cambia en al menos en 27%.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

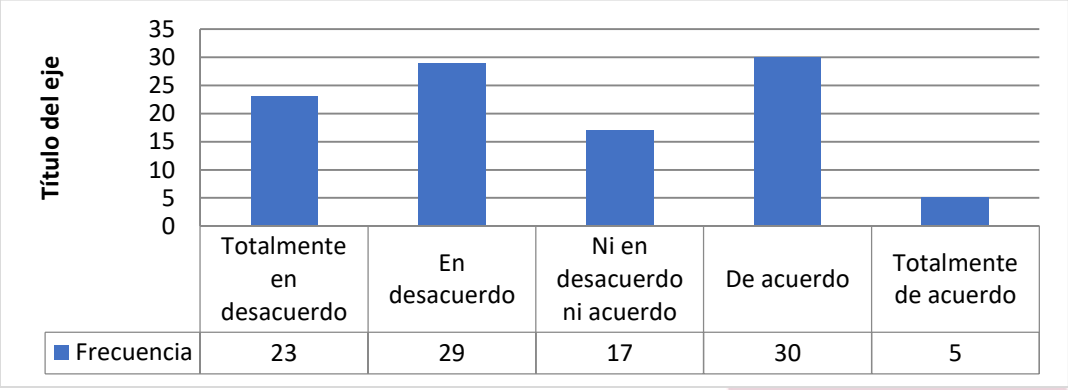
Ilustración 15. Tiempo requerido adecuado para el traslado al hospital



Fuente: Los autores

Ahora, a diferencia de las valoraciones positivas de las anteriores preguntas, el resultado del tiempo de espera para recibir atención es negativa, así 52 personas (50%) consideran que la espera fue inadecuada, 17 (16.30%) se mantienen neutros, y únicamente 35 encuestados (33.70%) contestó positivamente. Este resultado evidencia una limitación interna en cuanto a la atención de salud a los usuarios, y la problemática territorial ya se suma una dificultad de atención al interno de la institución.

Ilustración 16. Tiempo razonable de espera para recibir atención

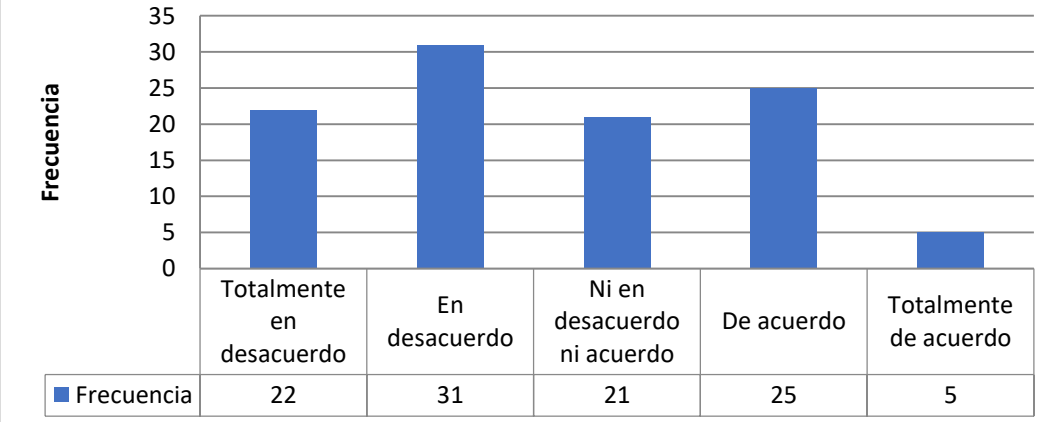


Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Así mismo, la percepción de la suficiencia de personal es negativa, y 53 personas (51%) determina que la cantidad de persona no es suficiente para la atención en el área de emergencia, únicamente 30 personas (28.80%) tiene una respuesta positiva y 21 encuestados (20.20%) son neutrales al contestar. Resultado que tiene particular importancia para esta investigación, puesto que coincide directamente con la variable central de la misma, y se constituye en una debilidad constante del servicio que es consistente con la valoración negativa del tiempo de espera en el hospital.

Ilustración 17. Cantidad de personal disponible fue suficiente para atender

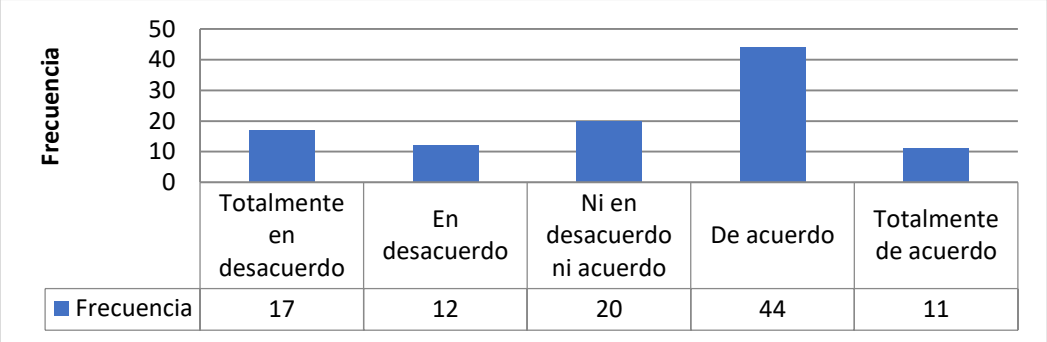


Fuente: Los autores

A pesar de las dificultades que se presentaron con la disponibilidad de personal y el tiempo de espera, la valoración del trato que los pacientes y sus familiares recibieron es favorable, y así 55 personas (52.90%) consideraron que la atención tiene un trato profesional y respetuoso, aunque 29 encuestados (27.9%) determinaron una percepción negativa y 20 encuestados (19.20%) se mantuvo neutral.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

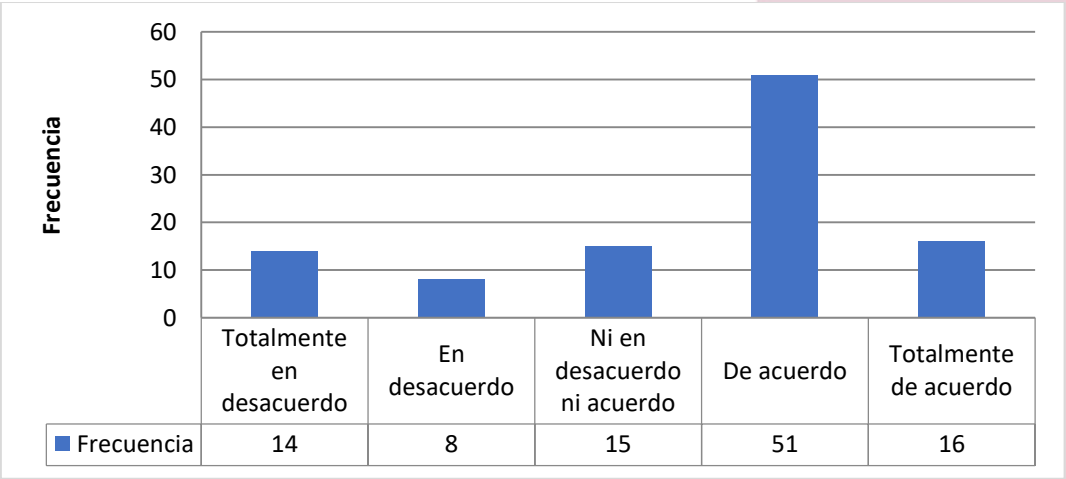
Ilustración 18. Personal sanitario brindó atención respetuosa y profesional



Fuente: Los autores

Aun cuando la falta de personal haya hecho que los pacientes deban esperar mas de lo deseado para ser atendidos, cuando se les pregunta si la información del estado de salud y los procedimientos realizados fueron proporcionados al paciente de manera clara, 67 de los encuestados (64.4%) determina una percepción positiva, en contraste 22 personas (21.20%) respondió negativamente y 15 personas (14.40%) tuvieron respuestas neutrales. Esta interrogante fue la que más aprobación obtuvo.

Ilustración 19. Entrega de información clara sobre estado de salud y procedimiento realizado

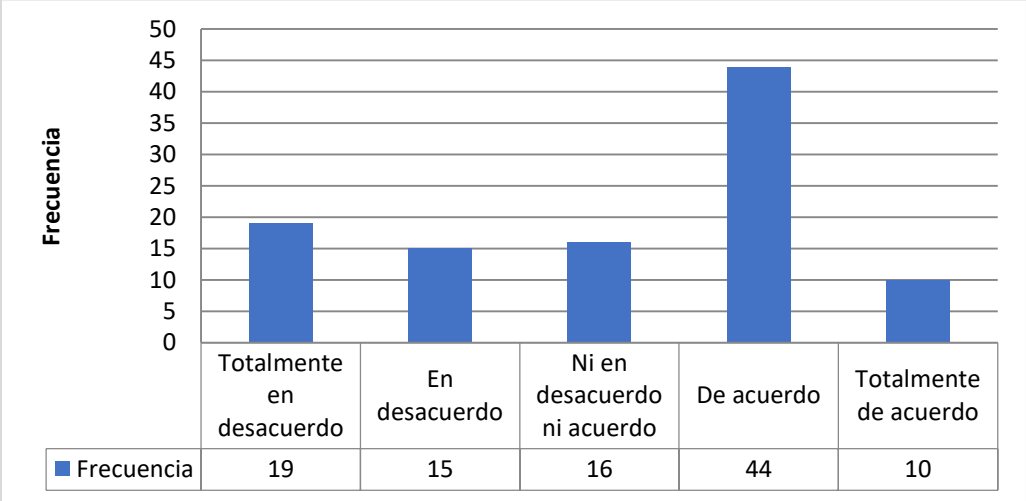


Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Este resultado afirma el resultado positivo de la atención respetuosa y profesional y recibir información clara y oportuna donde 55 y 67 personas tienen percepción positiva, porque en esta oportunidad 54 personas (51.90%) determinaron que obtuvieron una atención que respondió adecuadamente a sus necesidades de salud, frente a 33 encuestados (32.7%) que denotan una percepción negativa y 16 personas (15.40%) que tienen una valoración neutral.

Ilustración 20. Atención recibida fue la adecuada a las necesidades de salud

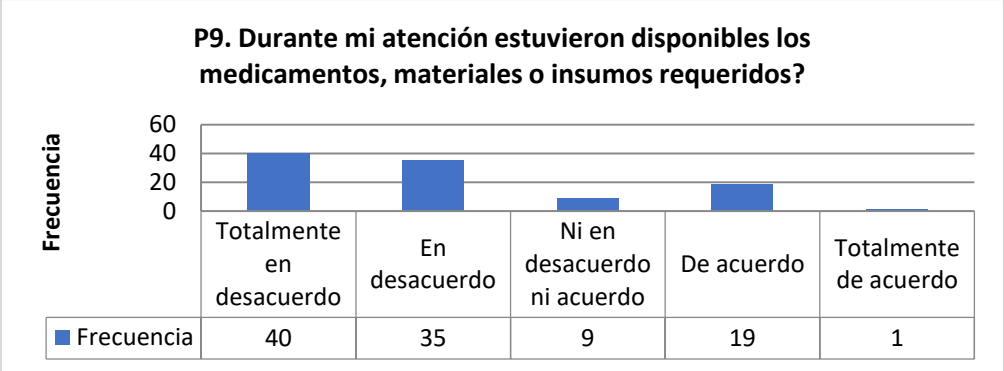


Fuente: Los autores

Al considerar en la atención médica la disponibilidad de medicamentos, materiales e insumos, los encuestados son precisos y colocan este elemento como la principal debilidad del hospital. Así 75 encuestados (72.10%) presentan una valoración negativa, esta vez solo 9 personas (8.70%) se manifiestan neutrales, y únicamente 20 personas (19.20%) determinan una percepción positiva frente a la disponibilidad de medicamentos, materiales o insumos necesarios para la atención médica.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

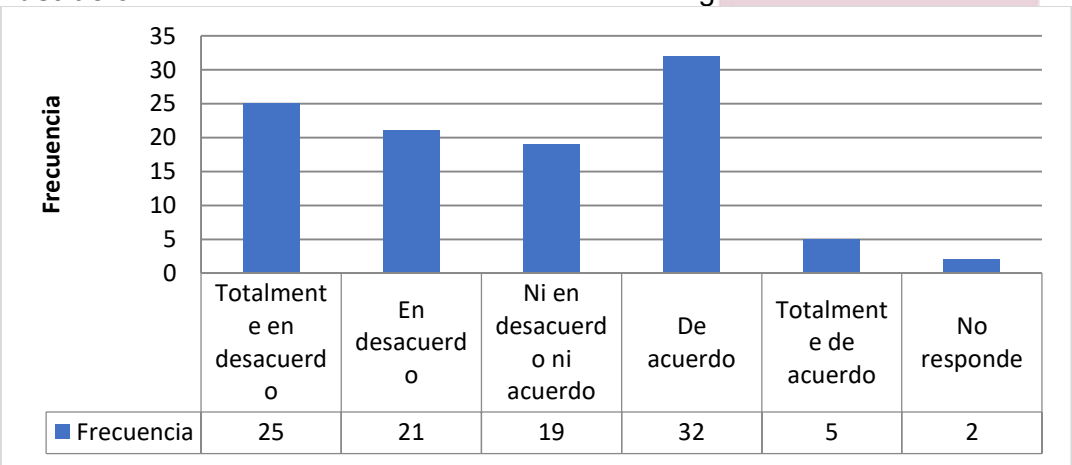
Ilustración 21. Disponibilidad de medicamentos, materiales o insumos requeridos



Fuente: Los autores

Frente a la interrogante de las condiciones de las instalaciones, dos encuestas no fueron respondidas, por tanto, solo existen 102 respuesta válidas. De ella 46 personas (45.10%) determinan una valoración negativa, 19 personas (18.60%) permanecen neutrales y 37 personas determina que las condiciones físicas del área de emergencia son adecuadas, que, aunque la diferencia entre respuestas positivas y negativas no es tan grande, este elemento se considera una debilidad en la atención médica de emergencia en el Hospital Básico Borbón.

Ilustración 22. Instalaciones físicas del área de emergencia fueron adecuadas

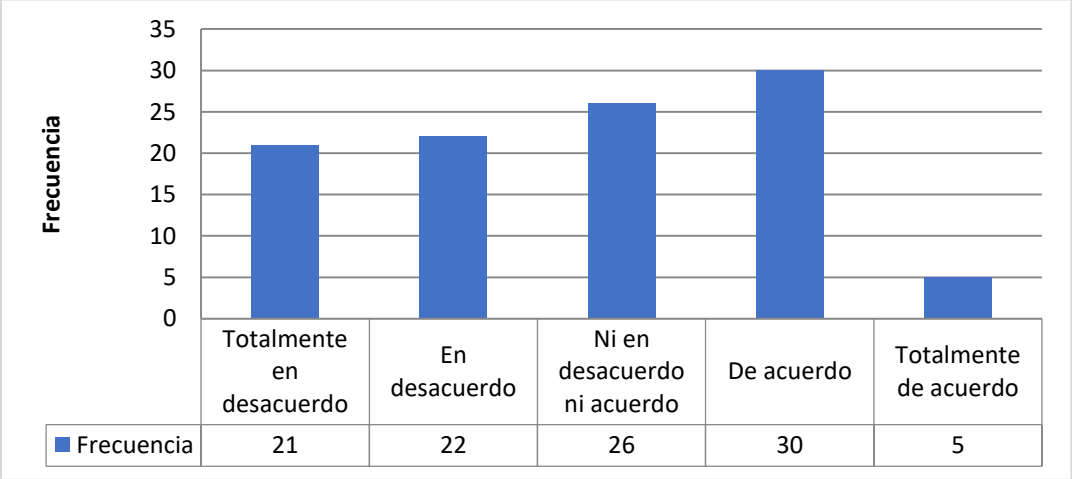


Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Sin embargo, a pesar de haber valorado positivamente el trato profesional del recurso humano del hospital. la entrega de información a los pacientes y la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de los pacientes, la satisfacción general de los encuestados es mayoritariamente negativa, así 43 usuarios (41.30%) presentan una valoración negativa, 35 personas (33.70%) dicen que están satisfechos y 26 personas se mantuvieron neutrales.

Ilustración 23. Satisfacción con la atención recibida en el área de emergencia

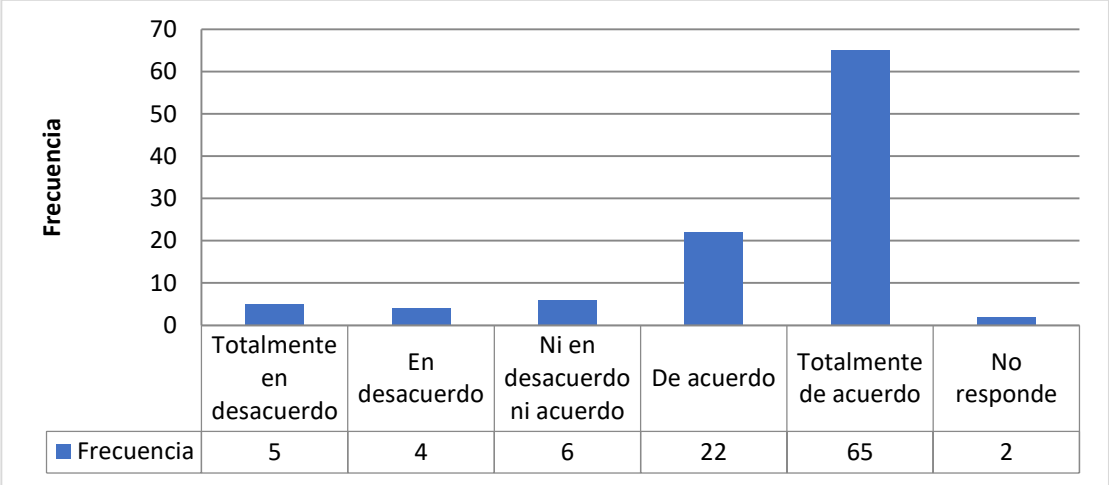


Fuente: Los autores

A esta interrogante, también se tienen dos encuestas sin responder, por tanto, las respuestas válidas son 102 encuestas, de las cuales 87 participantes (85.30%) afirmaron positivamente el hecho de que es necesario fortalecer los recursos humanos y logísticos del servicio de atención médica en el área de emergencia, solo 9 personas (8.80%) expresó desacuerdo con esta necesidad y 6 encuestados (5.90%) se mantuvieron neutrales.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Ilustración 24. Considera necesario fortalecer los recursos humanos y logísticos



Fuente: Los autores

Estos resultados en conjunto respaldan la pertinencia de la propuesta planteada en la investigación, apoyada con la percepción ampliamente compartida entre los pacientes y familiares encuestados directamente desde el área de emergencia del Hospital.

Es importante también ofrecer otra perspectiva de asociación analizadas entre elementos de la información de caracterización de los encuestados y las percepciones tanto negativas como positivas de las dimensiones investigadas. De esta manera el sexo de los encuestados no muestra ninguna asociación significativa entre los elementos. En tanto, la edad si presenta una relación importante con la percepción de accesibilidad al hospital, referidos al agrupar a los participantes por edades los menores a 30 años tuvieron mayormente una percepción positiva de 37.90%, los que están en edades de 31-45 años la percepción positiva sube al 46.0% y los mayores de 46 años tienen una percepción mayor que llega al 80% sobre la accesibilidad al hospital.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 10. Asociación edad encuestados y accesibilidad al hospital

Edad	Valoración negativa	Neutral	Positiva
≤30 años	31,0 %	31,0 %	**37,9 %**
31–45 años	26,0 %	28,0 %	**46,0 %**
46–60 años	12,0 %	8,0 %	**80,0 %**

Fuente: Los autores

El lugar de residencia también fue particularmente asociado a la disponibilidad y oportunidad del transporte, y aquellos habitantes que en su mayoría son de la cabecera cantonal de Borbón tuvieron una percepción positiva en un 55.10%, frente a los habitantes que residen fuera de ella manifestaron con un claro 83.3% una valoración negativa. Aunque la muestra no es significativa (6 de los 104 encuestados) este dato se toma como descriptivo para apoyar la caracterización territorial en las zonas rurales del cantón Borbón.

Tabla 11. Asociación de residencia de encuestados y disponibilidad y oportunidad del transporte

Residencia	Negativa	Neutral	Positiva
Borbón	26,5 %	18,4 %	**55,1 %**
Fuera de Borbón	**83,3 %**	0,0 %	16,7 %

Fuente: Los autores

Y continuando con el contexto que describe a las zonas rurales como de difícil acceso, la dimensión de los medios de transporte también muestran una contundente revelación, en la que los investigadores categorizan la disponibilidad y oportunidad del transporte en tres categorías: a pie, en transporte terrestre motorizado y transporte fluvial, y el resultado determina que para quienes llegaron a pie la percepción es positiva en un 57.10%, los que acudieron en transporte terrestre motorizado también tienen percepción positiva en una 53.50% y quienes viajaron en transporte fluvial tienen al 100% percepción negativa. Patron que se repite en la adecuación del tiempo de traslado, por tanto, a pesar de la muestra relativamente baja, es

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

posible determinar que el tipo de transporte modifica la experiencia de acceso al hospital, siendo los sectores rurales que se movilizan por vía fluvial quienes mayores dificultades tienen.

Tabla 12. Asociación de medios de transporte y disponibilidad y oportunidad del transporte

Medio	Negativa	Neutral	Positiva
A pie	25,0 %	17,9 %	**57,1 %**
Terrestre motorizado	27,9 %	18,6 %	**53,5 %**
Fluvial	**100,0 %**	0,0 %	0,0 %

Fuente: Los autores

Tabla 13. Asociación de medios de transporte y tiempo de traslado al hospital

Medio	Negativa	Neutral	Positiva
A pie	25,0 %	14,3 %	**60,7 %**
Terrestre motorizado	25,6 %	20,9 %	**53,5 %**
Fluvial	**100,0 %**	0,0 %	0,0 %

Fuente: Los autores

Con este análisis es posible determinar que los resultados de las encuestas evidencian tres elementos que necesitan ser revisados por las autoridades de salud del cantón Borbón, de la provincia y del país. A pesar de que los usuarios están satisfechos en su mayoría con la atención personal recibida por parte de los profesionales de salud, las debilidades por las cuales finalmente no están satisfechos de manera general se concentran en las condiciones estructurales y operativas de la prestación de servicio en el área de emergencia del Hospital Básico Borbón.

El aspecto con mayor relevancia tiene relación con la falta de medicamentos, materiales e insumos que fue identificada con un 72.10% de valoración negativa, seguida por la suficiencia de personal que obtuvo un 51% de percepción negativa, luego el tiempo de espera con 50% de respuestas negativas y las condiciones de las instalaciones con un 45.10% de sensación negativa. A esto se le suma el análisis cruzado que demuestran que las condiciones territoriales

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

inciden en la percepción negativa en cuanto a la experiencia del acceso al hospital. Así a los usuarios que requieren más de 30 minutos llegar para ser atendidos tienen mayor incidencia de respuestas desfavorables en el transporte y el tiempo de desplazamiento, mientras que los usuarios que utilizaron el transporte fluvial tienen en su totalidad percepción negativa de estas dimensiones.

Por tanto, se describe una doble problemática: por un lado, las barreras territoriales que tienen mayor afectación a quienes mas lejos viven y dependen del transporte fluvial, y por otro, las limitaciones al interno del hospital, asociadas especialmente a la insuficiencia del recurso humano y la logística sanitaria, que como consecuencia muestra finalmente que únicamente un 33.70% de los encuestados tengan una valoración positiva de su satisfacción general y una 85.30% de los encuestados opinen que es necesario fortaleces los recursos humanos y logísticos del servicio de emergencia del Hospital Básico Borbón.

4.3.2. Análisis y descripción de la entrevista

La información obtenida en la entrevista con el director del Hospital Básico Borbón fue procesada mediante análisis temático de contenido, de acuerdo con lo establecido en el marco metodológico, clasificadas en ocho categorías: capacidad institucional, talento humano, planificación de riesgos, suministros médicos esenciales, movilización de personal, infraestructura y transporte, comunicación y coordinación institucional y gestión financiera, con las que se identificó las capacidades disponibles y las principales limitaciones organizacionales y logísticas que condicionan la respuesta institucional en la atención de salud del área de emergencia.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

La primera categoría permitió analizar la **capacidad institucional** y la cobertura territorial del Hospital Básico Borbón. La autoridad del hospital menciona que la población de Borbón asciende a 10.907 habitantes en la cabecera cantonal y similar cantidad en las áreas rurales del cantón Borbón con un total aproximado de 23000 habitantes. Los servicios que la institución ofrece a la comunidad son consulta externa, servicios de ginecología, centro obstétrico, quirófano polivalente, pediatría, cirugía, medicina interna, psicología y nutrición que incluyen servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, laboratorio, farmacia, medicina transfusional, rayos x, ecografía y electrocardiografía con un total de 20 camas divididas en: pediatría (4), clínica general (6), cirugía (4), ginecológica (6), además de 4 camas extras para recuperación de posparto, observación ginecoobstétrica y para cubrir en caso de saturación de servicios.

El servicio de emergencia que es el tema central de esta investigación funciona 24 horas al día, los siete días a la semana con triaje general, área de ginecología, área de procedimiento y tres camas de observación. Esta cantidad de camas, particularmente en emergencia queda muy por debajo de una capacidad mínima para atender las 800 atenciones mensuales aproximadas, que, sumado a las restricciones en el servicio de laboratorio, el deterioro de la infraestructura y el desabastecimiento de medicamentos e insumos reducen significativamente la respuesta a la emergencia.

La gestión de talento humano que debe ser indispensable para atender el sistema de salud también presenta falencias significativas. El hospital cuenta con 103 funcionarios, de los cuales apenas veinte y cuatro son médicos (4 especialista, 14 médicos generales, 6 obstetras), veinte y cuatro profesionales de enfermería, un psicólogo, un nutricionista, un

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

licenciado en radiología y siete laboratoristas. El resto de personal (45) son auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio, personal de limpieza, lavandería y auxiliares de farmacia.

De los veinte y cuatro médicos, los veinte y cuatro profesionales de enfermería, catorce médicos, seis obstetras, ocho profesionales de enfermería y siete auxiliares de enfermería participan en la atención en el área de emergencia mediante turnos rotativos, que son organizados para que dos médicos, un obstetra, un profesional de enfermería y un auxiliar de enfermería trabajan con turnos de 12 horas continuas, y en el servicio de triaje de lunes a viernes desde las 08:00 hasta las 16:30 cuenta con un profesional de enfermería y un médico general, entre que en los fines de semana este servicio es atendido por el personal de turno que están en emergencia.

Con este contexto, se observa el déficit de recurso humano especializado para la atención sanitaria, puesto que la cobertura de emergencia tiene esquema de rotación y redistribución interna para la atención integral de los servicios totales del hospital, y no corresponde a un talento humano exclusivo del área de emergencia, en estos casos según el director del hospital expresa que para atender emergencias priorizadas, el personal total que se encuentra en el hospital se concentra en este servicio.

La entrevista también determina la existencia de mecanismos institucionales para la **planificación y coordinación de riesgos**, como planes para emergencias masivas y desastres que contemplan inundaciones, situaciones de violencia (código plata). Estos planes de contingencia son actualizados cada tres meses, y consideran triaje, reubicación de pacientes, altas tempranas, habilitación de espacios seguros. Así mismo, se realizan

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

simulacros de manejo de emergencia obstétricas, desarrollados en dos grupos con participación del personal operativo.

En cuanto a la **gestión de suministros médicos esenciales**, el proceso se realiza entre la dirección del hospital y el profesional farmacéutico, siempre a partir de los requerimientos de cada uno de los responsables de los diversos servicios que brinda el hospital. La gestión se traslada a la Dirección Provincial para que continúe el proceso, y esta parte constituye un a barrera importante para el suministro eficiente de los medicamentos e insumos necesarios para la atención de los usuarios. Entre los procesos se menciona la reposición de stock que se realiza cada 15 días, y el almacenamiento se realiza de acuerdo con las condiciones requeridas para cada grupo de medicamentos, y los insumos se distribuyen desde la bodega de la Dirección Provincial hacia la farmacia del Hospital. Los productos que mayor dificultad de disponibilidad tienen se mencionan los medicamentos de baja rotación y la ropa estéril.

Para afrontar emergencias o saturación del hospital donde es **necesario movilizar rápidamente el personal médico**, existe un procedimiento determinado que inicia con la notificación a la Dirección Hospitalaria convocando al personal disponible, la asignación de grupos internos de trabajo y la coordinación de las derivaciones, pero para todo esto el hospital únicamente cuenta con una sola unidad para el transporte de pacientes (ambulancia IVECO Alfa 8) que realiza una ruta identificada entre Borbón y Esmeraldas hacia el Hospital General Delfina Torres de Concha o al Hospital del IESS en Esmeraldas. Sin embargo, el director del hospital indica que a pesar de que este procedimiento muestra capacidad de

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

reorganización interna, depende de la disponibilidad voluntaria e inmediata del personal y de los sistemas de comunicación convencionales que están habilitados en la zona.

La **infraestructura** es según el entrevistado el aspecto que mayor limitación tiene, el edificio se construye aproximadamente en el año 1963 con problemas actuales en las redes de agua residuales e instalaciones eléctricas; la construcción tiene una renovación a inicios del 2025 en la que se reubica el área de emergencia a un área mas amplia y segura, para separar la atención general y ginecológica. El edificio tampoco brinda seguridad hospitalaria, no cuentan con rutas de evacuación, salidas de emergencias, puntos de encuentro, señalización visible y condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad.

Actualmente, el edificio distribuye a los servicios del hospital en tres bloques de un piso para las áreas de emergencia, triaje, reanimación, observación, hospitalización, centro obstétrico, consulta externa, laboratorio, imagenología, farmacia, cocina, lavandería y área de desechos hospitalarios. Cabe destacar que según la entrevista el área de quirófano se encuentra inactivo. Particularmente el área de emergencia no dispone de área de aislamiento y la sala de espera no presenta condiciones adecuadas para los usuarios.

La **comunicación** durante las emergencias depende de la telefonía celular, y en menor medida de la radio, telefonía satelital o cualquier otra alternativa cuando fallan el celular y el internet. En cuanto a la información operativa se consolidada por el Departamento de Calidad de los Servicios Hospitalarios, que tienen indicadores para medir el evento emergente producido, a nivel de comunicación interna el entrevistado dice que existen mecanismos internos, pero no los menciona.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

La gestión financiera es otra barrera, en virtud de que el Hospital no administra presupuesto propio, éste se realiza a través de la Dirección Provincial de Salud de Esmeraldas, de acuerdo con la reorganización que determinó el Ministerio de Salud Pública. El elemento presupuestario dificulta solventar el resto de los elementos en los que se ha determinado barreras importantes para atender a la ciudadanía.

4.3.3. Triangulación de resultados

Las herramientas de investigación utilizadas por si misma no fortalecen la validez de los hallazgos determinados tanto en las encuestas como en la entrevista, ni en el análisis territorial o documental, del cantón Borbón, por tanto, es necesario realizar la triangulación de la información recibida de las fuentes analizadas que se puede revisar en la matriz siguiente (tabla 14).

Los resultados muestran tres niveles de convergencia: **alta convergencia** que integra los elementos analizados de medicamentos e insumos, insuficiencia de talento humano y tiempo de espera, donde coinciden todos los instrumentos de investigación. **Convergencia territorial** que identifica la accesibilidad, transporte y tiempos de traslado como limitantes que es reportado por los usuarios y la distribución espacial territorial. **Convergencia estructural** en la infraestructura, transporte sanitario, comunicaciones y financiamiento que son observables por los usuarios, pero limitan la capacidad institucional para responder a las necesidades de atención sanitaria.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 14. Matriz de triangulación

Dimensión analizada	Evidencia de la entrevista	Evidencia de la encuesta	Evidencia documental / territorial	Tipo de triangulación	Interpretación
Suficiencia de talento humano	La Dirección reconoce un déficit de 17 plazas adicionales: 5 médicos generales, 4 obstetras, 5 enfermeras/os, 1 laboratorista, 1 ginecólogo y 1 especialista en medicina interna.	El resultado del ítem sobre suficiencia del personal debe incorporarse con su porcentaje y promedio definitivo.	Los registros muestran elevada demanda asistencial, rotación de personal y turnos de 12 horas.	Alta convergencia, una vez incorporado el resultado cuantitativo de la encuesta.	La insuficiencia del personal constituye una limitación reconocida institucionalmente y respaldada por las condiciones operativas del servicio.
Organización y rotación del personal	Emergencia funciona con equipos rotativos y redistribución de trabajadores según necesidades internas; no se realizan reemplazos externos.	Se relaciona indirectamente con percepción de suficiencia del personal y tiempo de espera.	La revisión documental registra rotación entre áreas y demanda permanente del servicio de emergencia.	Convergencia media-alta	La continuidad del servicio depende de mecanismos de reorganización interna, que evidencia capacidad adaptativa, y limitada reserva operativa.
Disponibilidad de medicamentos e insumos	La Dirección reconoce quiebres de stock en medicamentos vitales de baja rotación y ropa estéril.	Es el resultado más crítico identificado: promedio 2,10/5 y 72 % de respuestas negativas.	La revisión presupuestaria muestra dificultades vinculadas con medicamentos y dispositivos médicos.	Alta convergencia	Es uno de los problemas mejor sustentados por las distintas fuentes y constituye una deficiencia confirmada de la capacidad logística.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tiempo de espera para atención	La Dirección reconoce limitaciones de personal y redistribución de trabajadores.	La percepción es que el tiempo de espera es insatisfactorio	La documentación registra una producción de 916 atenciones de emergencia en enero de 2026, con aproximadamente 29–30 pacientes diarios.	Alta convergencia	El tiempo de espera debe interpretarse en relación con la demanda, la disponibilidad efectiva de profesionales por turno y la organización interna del servicio.
Infraestructura de emergencia	La Dirección identifica deterioro de redes eléctricas y aguas residuales, ausencia de aislamiento y condiciones inadecuadas en sala de espera.	La percepción de comodidad y condiciones del servicio debe incorporarse con los resultados definitivos de la encuesta.	La evidencia fotográfica del trabajo de campo documenta las condiciones de la sala de espera y del área de emergencia.	Alta convergencia documental-institucional	Las deficiencias de infraestructura son objetivamente observables y afectan tanto la operación hospitalaria como la experiencia del usuario.
Accesibilidad al hospital	La Dirección reconoce atención a población procedente de parroquias terrestres y fluviales.	Deben incorporarse los resultados de accesibilidad, residencia y medio de transporte.	La matriz territorial registra 140 asentamientos con diferentes vías de acceso, distancias y tiempos de traslado.	Alta convergencia territorial	La accesibilidad constituye una condición geográfica verificable y no únicamente una percepción de los usuarios.
Tiempo de traslado	La Dirección reconoce dificultades relacionadas con movilidad territorial.	Debe incorporarse la distribución de tiempos reportada por los usuarios.	La matriz territorial evidencia importantes diferencias entre comunidades; algunas dependen de transporte fluvial y presentan tiempos superiores a una hora.	Alta convergencia territorial, una vez agregados los datos de encuesta.	El tiempo de traslado depende directamente de la ubicación del usuario, la vía disponible y el tipo de transporte utilizado.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Disponibilidad y oportunidad del transporte	La Dirección reconoce condicionamientos derivados de transporte terrestre y fluvial.	Debe incorporarse el resultado exacto de percepción de disponibilidad y oportunidad del transporte.	El territorio presenta alta dependencia de transporte fluvial en comunidades ribereñas y dispersión de asentamientos.	Convergencia territorial alta	La oportunidad de acceso a emergencia depende no solo del hospital, sino de la disponibilidad real de transporte desde las comunidades.
Transporte sanitario	El hospital dispone de una sola ambulancia IVECO Alfa 8 y realiza referencias principalmente hacia Esmeraldas.	No es una dimensión directamente evaluada por todos los usuarios, salvo su relación con transporte y oportunidad.	El diagnóstico territorial muestra amplias distancias y comunidades de difícil acceso.	Convergencia institucional-territorial	La disponibilidad de una sola ambulancia constituye una vulnerabilidad relevante debido a la extensión territorial y a las necesidades de referencia.
Planificación frente a riesgos	Existen planes de contingencia, actualización trimestral y simulacros.	No corresponde una evaluación directa mediante la encuesta a usuarios.	El análisis territorial identifica exposición a inundaciones y dificultades de conectividad y acceso.	Triangulación complementaria	La planificación constituye una fortaleza institucional, pero debe evaluarse en función de los riesgos territoriales reales y de la continuidad operativa.
Comunicación institucional	La comunicación depende principalmente de telefonía celular y mensajería instantánea; no existe redundancia	La encuesta evalúa información proporcionada al usuario, pero no los	La dispersión territorial aumenta la relevancia de disponer de medios alternativos de comunicación.	Triangulación complementaria	La comunicación cotidiana puede funcionar adecuadamente, pero la ausencia de redundancia representa una

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

	por radio o telefonía satelital.	sistemas internos de comunicación.			vulnerabilidad frente a interrupciones de la red.
Trato profesional e información al paciente	La entrevista permite conocer protocolos y mecanismos organizacionales, pero no la experiencia subjetiva del usuario.	Constituye la principal fuente para valorar trato profesional e información recibida.	La documentación institucional puede confirmar existencia de protocolos, pero no su percepción efectiva por el usuario.	Triangulación complementaria	En esta dimensión la encuesta debe conservarse como fuente principal, mientras la entrevista y documentación sirven para contextualizar los procedimientos existentes.
Gestión financiera	La Dirección señala que el hospital no administra presupuesto propio y depende de instancias superiores para contratación, mantenimiento, infraestructura y adquisiciones.	Los usuarios perciben sus efectos indirectamente mediante disponibilidad de recursos y condiciones del servicio.	La documentación confirma la dependencia administrativa y financiera del establecimiento.	Alta convergencia institucional-documental	La limitada autonomía presupuestaria constituye una causa transversal que condiciona la capacidad del hospital para resolver oportunamente varias de las deficiencias identificadas.

Fuente: Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 5. Propuesta

5.1. Denominación de la propuesta

Plan de fortalecimiento de la capacidad operativa del servicio de emergencia del Hospital Básico Borbón.

5.2. Diagnóstico que sustenta la propuesta

Los resultados del capítulo anterior que fueron determinados mediante la revisión documental y territorial, la encuesta realizada a los usuarios y la entrevista dirigida al director del Hospital Básico Borbón. Uno de los principales problemas corresponde a la suficiencia del talento humano. La Dirección del hospital reconoce un déficit de 17 plazas entre médicos generales, obstetras, personal de enfermería, laboratorio y especialistas. A esta situación se suma la rotación de los trabajadores entre diferentes áreas con turnos de doce horas y la inexistencia de un equipo exclusivo para emergencia. Los registros institucionales muestran una demanda permanente del servicio y 916 atenciones durante enero de 2026 y la encuesta refuerza este hallazgo, pues la suficiencia del personal obtuvo un 51 % de percepción negativa.

La disponibilidad de medicamentos e insumos representa la deficiencia logística que más limitaciones tiene, y en este aspecto, la Dirección reconoce insuficiencia en el stock de medicamentos vitales de baja rotación y varios insumos, mientras que la percepción de los usuarios alcanzó un promedio de 2,10 sobre 5 y un 72 % de respuestas negativas. El presupuesto es fundamental y sustenta estas barreras, en virtud que se evidenció dificultades relacionadas con medicamentos y dispositivos médicos.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Los tiempos de espera también limitan el servicio, así lo determina el 50 % de las respuestas de los usuarios desfavorable y el director del Hospital relaciona esta situación con la disponibilidad de personal y la necesidad permanente de redistribuir trabajadores. La infraestructura institucional tiene limitaciones que afectan el funcionamiento y la experiencia de los usuarios, que identificaron deterioros de las redes eléctricas y de aguas residuales, ausencia de aislamiento y condiciones inadecuadas en la sala de espera.

Los factores externos pero muy ligados a la oportunidad de atención emergente a la ciudadanía, sostienen que las características territoriales incrementan la presión sobre la atención sanitaria, en virtud de que la zona de influencia comprende asentamientos con acceso terrestre y fluvial, que generan diferentes tiempos de desplazamiento y por tanto comunidades que necesitan mas de una hora para llegar al Hospital.

5.3. Objetivo de la propuesta

Fortalecer la capacidad operativa del servicio de emergencia del Hospital Básico Borbón mediante acciones de gestión del talento humano, abastecimiento de medicamentos e insumos, organización del flujo de atención, mejoramiento de las condiciones operativas y coordinación territorial, de acuerdo con las deficiencias identificadas en el diagnóstico.

5.4. Componentes y estrategias de intervención

De acuerdo con los hallazgos determinados en los resultados, determinados finalmente en la matriz de triangulación se determinan cinco componentes principales que sustentan la propuesta que pretenden fortalecer la gestión administrativa y operativa del Hospital Básico Borbón.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 15. Componentes y estrategias de intervención

Componente	Estrategias de intervención
Organización y gestión del talento humano	• Elaborar un diagnóstico mensual de cobertura de personal por turno y categoría profesional. • Determinar la dotación mínima necesaria para mantener operativo el servicio de emergencia • Identificar períodos de mayor demanda y ajustar la programación de turnos • Establecer un procedimiento interno para cubrir ausencias y picos de demanda • Elaborar un informe técnico que sustente las necesidades adicionales de personal y remitirlo a las instancias componentes • Dar seguimiento documentado a las solicitudes de creación, contratación, reasignación o cobertura de plazas.
Fortalecimiento de la gestión de medicamentos e insumos	• Elaborar una línea de existencia, consumo promedio mensual y frecuencia de quiebres de stock • Clasificar los medicamentos e insumos según criticidad y frecuencia de consumo • Establecer niveles mínimos, máximos y puntos de reposición conforme a normativa del MSP • Realizar revisión semanal de los productos críticos y mensual del inventario general • Mantener un registro de alertas de productos que se aproximen al nivel mínimo • Documentar los quiebres de stock, su duración y causas • Remitir oportunamente los requerimientos a la instancia responsable del abastecimiento • Evaluar mensualmente el nivel de disponibilidad de los productos considerados esenciales para emergencia
Organización del flujo de atención y reducción de tiempos de espera	• Identificar franjas horarias y días con mayor concentración de pacientes • Analizar mensualmente la relación entre demanda, clasificación de triaje y personal disponible • Revisar la distribución del personal durante los periodos de mayor demanda • Establecer un procedimiento para activar apoyo interno cuando la demanda supere la capacidad ordinaria del turno • Verificar el cumplimiento del procedimiento de triaje • Analizar por separado los tiempos de espera según prioridad

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

	clínica para evitar interpretar las demandas sin considerar la gravedad de los casos.
Mejoramiento de las condiciones operativas de infraestructura	• Elaborar una ficha técnica de las deficiencias identificadas en el área de emergencia • Clasificar las necesidades en críticas, prioritarias y programables • Priorizar la revisión de redes eléctricas, aguas residuales, área de aislamiento y sala de espera • Ejecutar directamente las reparaciones menores que estén dentro de las competencias y recursos del establecimiento. • Remitir informes técnicos y requerimiento presupuestario para las intervenciones que dependan del Distrito u otras instancias. • Establecer un registro de fecha de solicitud, responsable, estado y respuesta recibida • Realizar inspecciones periódicas de las condiciones de área
Coordinación territorial, referencias, transporte y comunicación	• Utilizar la caracterización territorial elaborada en la investigación para identificar comunidades con mayores tiempos y dificultades de acceso. • Establecer una clasificación de zonas según vía de acceso, tiempo de desplazamiento y riesgo de interrupción • Actualizar los procedimientos de referencia y contrarreferencia considerando tiempos terrestres y fluviales • Elaborar un directorio operativo de establecimiento de referencia, transporte disponible y contactos institucionales • Establecer un protocolo para situaciones en que la ambulancia se encuentre ocupada o fuera de servicio • Incorporar los escenarios de interrupción vial y fluvial en los planes de contingente existente. • Gestionar un medio de transporte fluvial para atender con protocolos emergentes en las comunidades con salida por via fluvial • Diseñar un protocolo de comunicación ante fallas de telefonía celular.

Fuente. Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Tabla 16. Plan de acción

Componente	Estrategia de intervención	Acciones principales	Responsable / coordinación	Plazo	Recursos necesarios	Indicador de evaluación	Línea base	Meta
Talento humano	Optimización de la dotación y organización del personal del área de emergencia	Levantar cobertura real de personal por turno y carga; determinar necesidades mínimas y brechas prioritarias; ajustar turnos y mecanismos de cobertura; elaborar y tramitar el informe técnico de necesidades adicionales de personal.	Dirección del Hospital, Talento Humano y responsables de los servicios; coordinación con Dirección Distrital o instancia competente.	Meses 1–3; seguimiento trimestral.	Registros de turnos y cobertura, bases de datos de carga asistencial, personal institucional y recursos financieros en caso de requerirse nuevas incorporaciones.	Turnos que cumplen dotación mínima; solicitudes priorizadas con trámite documentado; percepción negativa sobre suficiencia del personal.	Por determinar mes 1; 0 %; 51 %.	≥90 % de turnos con dotación mínima; 100 % de solicitudes priorizadas con seguimiento; percepción negativa <35 %.
Logística de medicamentos e insumos	Fortalecimiento del control de abastecimiento y prevención de quiebres de stock	Establecer línea base de medicamentos e insumos; definir niveles mínimos, puntos de reposición y alertas; realizar revisión semanal de productos y reporte mensual.	Farmacia/Logística; coordinación con Dirección y servicio de emergencia.	Meses 1–2 y ejecución permanente desde el mes 2.	Control de existencias, registros de abastecimiento, tecnología y sistemas institucionales; recursos presupuestarios para reposición.	Disponibilidad de medicamentos e insumos críticos; número de quiebres de stock; percepción negativa sobre disponibilidad.	Por determinar mes 1; por determinar mes 1; 72 %.	≥90 % de disponibilidad; reducción ≥50 % de quiebres de stock; percepción negativa <40 %.
Flujo y oportunidad de atención	Mejoramiento del registro, organización y respuesta ante la demanda de emergencia	Registrar hora de ingreso, triaje e inicio de atención; identificar horarios de mayor demanda; redistribuir personal en función de la carga; establecer procedimiento de apoyo emergentes	Responsable área de emergencia y personal de admisión/triaje; coordinación con Dirección, Talento Humano y demás servicios hospitalarios.	Desde mes 1; ajustes durante meses 2–3.	Registros de tiempos de atención, formatos de triaje, bases de datos sencillas y personal existente.	Pacientes con registro completo ingreso–triaje–atención; tiempo mediano de espera según triaje; percepción negativa sobre tiempo de espera.	0 % sistematizado; determinar meses 1–2; 50 %.	≥95 % de registros completos; reducción del tiempo; percepción negativa <35 %.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Infraestructura hospitalaria	Priorización y gestión progresiva de deficiencias críticas de infraestructura	Elaborar ficha técnica de las condiciones del área; identificar y priorizar deficiencias; gestionar reparaciones críticas; mantener seguimiento documentado de solicitudes pendientes.	Dirección del Hospital y mantenimiento; coordinación con Distrito o instancia administrativa competente y personal de emergencia.	Diagnóstico mes 1; intervenciones meses 2–6; seguimiento mensual.	Fichas técnicas, registros de mantenimiento, personal técnico, materiales y presupuesto para mantenimiento correctivo y adecuaciones.	Deficiencias críticas con gestión formal iniciada; deficiencias solucionadas; percepción negativa sobre las instalaciones.	0 % estructurado; determinar mes 1; 45,10 %.	100 % con gestión formal; ≥70 % de las técnicamente gestionables solucionadas; percepción negativa <30 %.
Territorio, referencias y transporte sanitario	Fortalecimiento de la capacidad de respuesta frente a barreras territoriales y necesidades de traslado	Clasificar zonas críticas mediante la matriz territorial; incorporar dichas zonas al protocolo de contingencia; actualizar procedimientos de referencia y transporte; registrar disponibilidad, mantenimiento y utilización de ambulancia.	Dirección, responsable de emergencia y responsable de transporte; coordinación con Distrito, red de servicios y actores institucionales pertinentes.	Meses 1–3; registro de ambulancia desde mes 1.	Matriz territorial, formatos de referencia y contingencia, registros de mantenimiento y uso del transporte, recursos para mantenimiento del vehículo sanitario.	Días con ambulancia operativa; referencias con registro completo; zonas críticas incorporadas al protocolo de contingencia.	Determinar mes 1; determinar mes 1; 0 %.	≥90 % de días con ambulancia operativa; ≥95 % de referencias con registro completo; 100 % de zonas críticas incorporadas.
Comunicación y coordinación	Desarrollo de mecanismos alternativos de comunicación para situaciones de contingencia	Elaborar y aprobar un protocolo alternativo para interrupciones de los medios habituales de comunicación y determinar mecanismos institucionales de respaldo.	Dirección del Hospital; coordinación con Distrito y responsables de contingencia.	Meses 2–3.	Medios institucionales de comunicación existentes y, de ser técnicamente necesario, medios alternativos cuya factibilidad sea previamente determinada.	Protocolo de contingencia de comunicación aprobado y operativo.	No existe.	1 protocolo operativo.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Seguimiento y evaluación	Implementación de un sistema de monitoreo de la propuesta basado en indicadores	Implementar un tablero básico de indicadores; consolidar información mensual de los componentes; efectuar evaluación intermedia; realizar evaluación anual y definir ajustes de la propuesta.	Dirección y Comité de Calidad o instancia equivalente; responsables de cada componente y coordinación distrital.	Tablero desde mes 2; evaluación intermedia mes 6; evaluación final mes 12.	Bases de datos institucionales, registros mensuales, equipos informáticos y formatos de seguimiento.	Cumplimiento de indicadores de cada componente y valoración positiva de satisfacción general de los usuarios.	Satisfacción positiva general: 33,70 %.	≥50 % de valoración positiva general y cumplimiento progresivo de las metas definidas para cada componente.

Fuente. Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

5.5. Seguimiento de la propuesta

El seguimiento se realizará mensualmente mediante los indicadores correspondientes a talento humano, medicamentos, flujo de pacientes, infraestructura, transporte y referencias. Cada responsable remitirá la información a la Dirección del hospital, que se consolidará en una matriz única. A los seis meses se realizará una evaluación intermedia destinada a identificar acciones cumplidas, retrasos, dificultades administrativas y cambios en los indicadores, con el fin de modificar actividades que no estén produciendo los resultados previstos. La evaluación anual comparará los indicadores con sus líneas base y verificará particularmente cuatro cambios: disponibilidad de personal por turno, comportamiento de los quiebres de stock, tiempos de espera por categoría de triaje y avance de las necesidades críticas de infraestructura. La percepción de los usuarios podrá medirse nuevamente mediante un instrumento equivalente al utilizado en la investigación para permitir la comparación de resultados.

5.6. Matriz 5W2H del plan de fortalecimiento

Tabla 17. Matriz 5W2H plan de fortalecimiento

What	Why	Where	When	Who	How	How much
Determinar cobertura mínima y brechas de personal	Existe déficit reconocido de recursos humanos, rotación entre áreas y 51 % de percepción negativa sobre suficiencia	Servicio de emergencia	Meses 1–2	Dirección, Talento Humano y responsables del servicio	Análisis de turnos, carga asistencial, ausencias y demanda	Recursos institucionales; contratación sujeta a estudio y disponibilidad presupuestaria
Reorganizar turnos y cobertura ante picos de demanda	La continuidad depende de redistribución interna y existe limitada reserva operativa	Emergencia y servicios de apoyo	Meses 2–3 y aplicación permanente	Dirección y responsables de servicios	Programación según demanda y procedimiento de activación de apoyo	Recursos institucionales

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Gestionar las necesidades adicionales de personal	Se identifica una brecha de 17 plazas en varias categorías	Hospital / Distrito	Desde mes 3	Dirección del Hospital y Dirección Distrital competente	Informe técnico, priorización, solicitud formal y seguimiento	Según plazas autorizadas y escala remunerativa vigente
Implementar control reforzado de medicamentos e insumos críticos	Es el hallazgo más crítico: 72 % de percepción negativa y quiebres de stock	Farmacia y emergencia	Desde mes 1	Farmacia/Logística y Dirección	Línea base, stock mínimo, punto de reposición, alertas y revisión periódica	Recursos institucionales; reposición según programación presupuestaria
Medir y gestionar los tiempos de espera	El 50 % presenta percepción negativa y el problema se relaciona con demanda y disponibilidad de personal	Servicio de emergencia	Desde mes 1	Responsable de emergencia y personal de triaje	Registro ingreso–triaje–atención, identificación de horas pico y ajuste operativo	Recursos institucionales
Priorizar y gestionar reparaciones de infraestructura	Existen problemas eléctricos, aguas residuales, aislamiento y sala de espera; 45,10 % de percepción negativa	Área de emergencia	Meses 1–6	Dirección y mantenimiento; Distrito cuando corresponda	Ficha técnica, priorización por riesgo, solicitud, ejecución y seguimiento	Por determinar mediante evaluación técnica y presupuesto
Fortalecer referencia y contingencia de transporte	Existe una sola ambulancia y comunidades con amplias distancias y acceso fluvial	Hospital y área de influencia	Meses 1–3; seguimiento permanente	Dirección, transporte y red de servicios	Registro de disponibilidad, protocolo de contingencia y coordinación de referencias	Recursos institucionales; mantenimiento según requerimiento
Incorporar riesgos territoriales al plan operativo	Comunidades con largos tiempos de acceso y riesgo de interrupción de rutas	Área de influencia del hospital	Meses 1–3	Dirección y responsables de contingencia	Uso de matriz territorial, clasificación de zonas y actualización de protocolos	Recursos institucionales
Establecer contingencia de comunicaciones	La comunicación depende de celular y mensajería sin redundancia	Hospital y coordinación externa	Meses 2–3	Dirección y Distrito	Directorio, procedimiento alternativo y gestión de medio de respaldo	Recursos institucionales inicialmente; equipamiento adicional por determinar
Evaluar el cumplimiento de la propuesta	Se requiere verificar si las acciones modifican las deficiencias diagnosticadas	Hospital Básico Borbón	Mensual, mes 6 y mes 12	Dirección y responsables de componentes	Matriz de indicadores, evaluación intermedia y evaluación anual	Recursos institucionales

Fuente. Los autores

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones generales

El estudio permitió identificar que los problemas presentes en el servicio de emergencia del Hospital Básico Borbón se relacionan entre sí y no pueden atribuirse a una sola causa. Durante la investigación aparecieron con mayor frecuencia tres dificultades: la insuficiencia de personal, las limitaciones en la disponibilidad de medicamentos e insumos y los tiempos de espera. Junto con ellas se encontraron problemas de infraestructura, transporte sanitario y comunicación que, aunque tienen características diferentes, terminan afectando la capacidad con la que el hospital responde a las necesidades de los usuarios.

Desde la percepción de quienes participaron en la encuesta, el aspecto más crítico fue la disponibilidad de medicamentos, materiales e insumos. El 72,10 % expresó una valoración negativa sobre esta dimensión. También fueron desfavorables las respuestas relacionadas con la suficiencia del personal, que alcanzaron el 51 %, y con el tiempo de espera, con un 50 %. Las condiciones físicas del área de emergencia recibieron un 45,10 % de opiniones negativas. Estos resultados no aparecen de manera aislada. La entrevista realizada al director permitió conocer que existen dificultades de abastecimiento, necesidades de personal, deterioro de determinados componentes de la infraestructura y una sola ambulancia disponible para las referencias.

Los resultados muestran, además, que el análisis del hospital no puede separarse del territorio en el que presta sus servicios. Borbón atiende a una población distribuida en comunidades con condiciones de acceso muy diferentes. Algunas se encuentran próximas a la cabecera cantonal, mientras que otras dependen de vías rurales o del transporte fluvial y

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

necesitan una hora, dos horas o incluso más para llegar al establecimiento. Esta diferencia es importante porque gran parte de las personas encuestadas vive cerca del hospital. Por ello, una valoración relativamente favorable del acceso entre la mayoría de los participantes no significa que las mismas condiciones existan en las comunidades más alejadas.

La información territorial permitió observar precisamente esa diferencia. Los usuarios procedentes de sectores externos a la cabecera presentaron mayores dificultades de acceso y, aunque fueron pocos los participantes que llegaron por vía fluvial, todos ellos calificaron negativamente tanto la disponibilidad del transporte como el tiempo requerido para trasladarse. Debido al reducido número de casos, este resultado no puede generalizarse estadísticamente, pero sí coincide con las condiciones de movilidad identificadas en la caracterización territorial.

También se encontraron elementos positivos dentro del funcionamiento hospitalario. El Hospital de acuerdo con el director tiene política de contingencia y la capacidad para reorganizar al personal cuando aumenta la demanda, aunque esto depende de la voluntariedad de los profesionales, lo que incide en la percepción positiva de los usuarios en el trato recibido y la información proporcionada, a pesar de la limitación de personal y recursos de la institución y de la dependencia administrativa y presupuestaria de niveles superiores del sistema de salud. Esto restringe la posibilidad de que todas las dificultades puedan resolverse exclusivamente desde la Dirección del hospital.

Con estos antecedentes, la propuesta que se realizó para fortalecer las limitaciones, se determina a partir de los problemas que efectivamente fueron identificadas durante la investigación, en el que se incorporan acciones que se impulsan para mejorar el talento humano, la gestión logística, el fujo de atención de los pacientes, las instalaciones hospitalarias,

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

el transporte, las condiciones territoriales, comunicación y seguimiento. Algunas de ellas pueden ejecutarse mejorando la organización de los recursos disponibles y otras necesitan la intervención de las autoridades distritales u otras instancias con competencia administrativa y presupuestaria.

6.2. Conclusiones específicas

La gestión de recursos humanos y de la logística sanitaria del servicio de emergencia es insuficiente para atender la demanda de atención a los pacientes, se determina que el hospital dispone de personal que participa en la atención mediante turnos y rotaciones entre diferentes áreas, pero no cuenta con un equipo exclusivo destinado permanentemente a emergencia, que obliga a redistribuir trabajadores de acuerdo con las necesidades que se presentan en cada momento. Esta situación determina la percepción de los usuarios que confirma esta dificultad, cuando el 51 % consideró insuficiente la cantidad de personal disponible. La gestión logística, es todavía más marcada, y el 72,10 % expresó una valoración negativa sobre la disponibilidad de medicamentos, materiales e insumos, resultado que coincide con los problemas de stock señalados durante la entrevista. Los datos permiten concluir que la capacidad de atención oportuna y de calidad del servicio no depende solamente del número de profesionales, sino también de la disponibilidad inmediata de los recursos que se necesitan para atender.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios y su percepción sobre diferentes aspectos del servicio, los resultados permiten distinguir con claridad entre la atención proporcionada por los profesionales que tiene una valoración positiva con el 52.90% de satisfacción en el trato respetuoso y profesional, el 64.40% de percepción positiva ante la información sobre el

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

estado de salud y la información de procedimientos realizados y un 51.90% de satisfacción en cuanto a que la atención respondió de manera adecuada a las necesidades de la emergencia. Sin embargo, la evaluación es negativa cuando se pregunta por recursos y condiciones operativas y los medicamentos e insumos, la disposición del personal, espera e infraestructura concentraron las mayores respuestas negativas en las encuestas, y a nivel general solamente el 33,70 % manifestó una valoración positiva de su satisfacción general, mientras que el 85,30 % consideró necesario fortalecer los recursos humanos y logísticos del servicio.

Las características del territorio influyen en el acceso y en el funcionamiento de la institución, el estudio identificó 140 asentamientos distribuidos en doce parroquias con muchas diferencias en las condiciones de desplazamiento hacia Borbón, así, mientras algunas se encuentran a pocos minutos del hospital, otras requieren una, dos o más horas de recorrido. Para llegar al hospital se utiliza vías terrestres y fluviales, y las vías rurales generalmente se encuentran en mal estado y la dependencia del transporte fluvial restringido por horario hacen que la atención oportuna no dependa exclusivamente de la capacidad interna del hospital. Situación que es respaldada por los resultados de la encuesta, donde el 100 % de los encuestados que residen fuera de Borbón determinan la dificultad de llegar al centro de atención sanitaria.

Finalmente, para mejorar estas debilidades se desarrolla un plan de fortalecimiento de la capacidad operativa del servicio de emergencia, que se construye tomando como punto de partida las deficiencias encontradas en la revisión documental, la encuesta, la entrevista y el análisis territorial.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

6.3. Limitaciones de la investigación

Una de las principales limitaciones se encuentra en la forma en que se levantaron las encuestas. Se aplicaron 104 cuestionarios válidos mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, principalmente entre las 08h00 y las 21h00. Por esta razón, quedaron menos representadas las experiencias de quienes acudieron al servicio durante la noche. Los resultados obtenidos permiten describir las tendencias observadas entre los participantes, pero no deben utilizarse para realizar generalizaciones estadísticas sobre la totalidad de personas atendidas en emergencia.

La procedencia de los encuestados también debe considerarse al interpretar los resultados. El 94,20 % manifestó residir en Borbón. Esto significa que la experiencia de las comunidades rurales más distantes tiene una presencia reducida dentro de la encuesta. La situación es especialmente importante en el caso de quienes dependen del transporte fluvial, porque su número fue pequeño. Las asociaciones encontradas para estos grupos se utilizaron como información descriptiva y fueron contrastadas con los datos territoriales, pero no permiten establecer conclusiones estadísticas para toda la población rural.

Otra limitación corresponde a la información cualitativa obtenida dentro de la institución. La entrevista fue realizada al director del Hospital Básico Borbón debido a que, por sus funciones, posee una visión global de la gestión del establecimiento. No obstante, una sola entrevista no permite recoger con el mismo nivel de detalle la experiencia particular de farmacia, enfermería, talento humano, mantenimiento o transporte. La revisión documental y la triangulación ayudaron a contrastar parte de esta información, aunque futuras investigaciones podrían ampliar el número de informantes.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Durante el estudio también se presentaron restricciones relacionadas con el acceso a información administrativa desagregada. El hospital no controla directamente todos los procesos de contratación, presupuesto, abastecimiento o mantenimiento, pues varios de ellos dependen de otras instancias del Ministerio de Salud Pública. Como resultado, no fue posible establecer valores específicos para todos los requerimientos financieros ni disponer de líneas base operativas para la totalidad de los indicadores incluidos en la propuesta. Esta es la razón por la cual algunas de esas líneas base deberán levantarse al inicio de la ejecución del plan.

Por último, el diseño de la investigación fue transversal y no experimental. El trabajo describe la situación encontrada durante el período estudiado y, a partir de ella, plantea alternativas de mejora. No se realizó la implementación del plan ni una medición posterior de sus resultados. En consecuencia, las metas incluidas en la propuesta deben entenderse como referencias iniciales para la gestión y tendrán que revisarse una vez que exista información de seguimiento.

6.4. 6.4. Recomendaciones

A la Dirección del Hospital Básico Borbón se le recomienda contemplar el plan con aquellas actividades que pueden desarrollarse utilizando los recursos institucionales disponibles, para lo que se debe contar con información periódica sobre la cobertura de personal en cada turno, la carga asistencial, los tiempos que transcurren entre el ingreso, el triaje y la atención, también la disponibilidad de medicamentos e insumos. Así mismo, es necesario mantener registros actualizados de la ambulancia y las principales deficiencias de infraestructura para luego evaluar si las acciones emprendidas generan cambios.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Para precisar el talento humano necesario se necesita conocer la cantidad de profesionales que se requiere efectivamente el servicio en cada turno y los cambios que son necesarios durante los períodos de mayor demanda. Con ello se podrá revisar la programación existente y establecer procedimientos para responder a ausencias o incrementos inesperados de pacientes, o en caso de que la solución requiera nuevas plazas o reasignación de personal, se debe documentar técnicamente y remitirse a la instancia competente para su trámite y seguimiento.

La gestión de medicamentos e insumos necesita reestructurarse y anticiparse para ello conviene identificar los productos críticos, revisar su consumo habitual y definir los niveles en los cuales debe iniciarse la reposición, la insuficiencia en el stock también debería registrarse indicando cuánto tiempo duraron y qué ocasionó el desabastecimiento, con lo que se puede mejorar la planificación de los requerimientos y servir de sustento ante las dependencias responsables.

Al Hospital Básico Borbón (dirección y administración): Implementar con carácter prioritario el sistema de control de stock digital (módulo SISH del MSP) antes del inicio del ejercicio fiscal 2027, definiendo los stocks mínimos normativos para los seis insumos críticos identificados en el diagnóstico. Complementar con la programación de adquisiciones distribuidas trimestralmente (en lugar de compras concentradas al inicio del año) para garantizar el abastecimiento continuo durante los doce meses del ejercicio.

A la Dirección Distrital 08D04: Mantener el levantamiento de encuestas de satisfacción a usuarios como instrumento de monitoreo permanente, con frecuencia mínima mensual y

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

tamaño de muestra de al menos 271 encuestas anuales o dependiendo de la afluencia de pacientes. Los resultados deben publicarse mensualmente en el portal de transparencia del hospital y alimentar los indicadores del dashboard KPI.

Se recomienda que la academia y las organizaciones de cooperación promuevan estudios de seguimiento con datos después de la intervención. Solo así podremos demostrar el efecto del plan en la eficiencia, la satisfacción del usuario y la calidad de la atención en entornos rurales en Ecuador. También es importante recopilar datos primarios sobre los costos de bolsillo de los usuarios en farmacias privadas durante los períodos de desabastecimiento. Estos datos permitirían la incorporación de beneficios sociales en el VAN de manera cuantitativa y no solo cualitativa en futuras evaluaciones.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Referencias Bibliográficas

Acuña García, J. H., Lam Vivanco, A. M., & Espinoza Carrión, F. M. (2025). Relación entre la gestión de inventarios y disponibilidad de medicamentos en el Hospital Público Dr. Francisco Vásquez Balda de Pedernales en Manabí. *Revista Veritas de Difusão Científica, 6*(2), 175–201. https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.626

Aranibar-Ramos, E. R., Salinas-Gainza, F. R., & Seguil-Ormeño, N. A. (2025). Explorando tendencias del devenir público: cienciometría y revisión sistemática. *Universitas, 39*, 109-135.

Arce-Huamani, M. Á., & Aliaga-Gastelumendi, R. A. (2023). C Calidad de atención y satisfacción del usuario en un servicio de emergencia de un hospital del Seguro Social. *Acta Médica Peruana, 40*(4), 308–313. https://doi.org/10.35663/amp.2023.404.2722

Arji, G., Ahmadi, H., Avazpoor, P., & Hemmat, M. (2023). Identifying resilience strategies for disruption management in the healthcare supply chain during COVID-19 by digital innovations: A systematic literature review. *Informatics in Medicine Unlocked, 38*, 101199. https://doi.org/10.1016/j.imu.2023.101199

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026). *Proyecto/Ley para la creación del cantón Borbón en la provincia de Esmeraldas*.

Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2020). *Evaluación social de proyectos de inversión en el sector salud: guía metodológica.* BID.

Beltrán-Cleves, M. V., Estrada-Montoya, J. H., & Durán-Torres, C. F. (2023). Recurso humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud, Caquetá, Colombia, 2020: análisis cuantitativo y desde la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Médicas UIS, 36*(3). https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023003

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Blštáková, J., & Palenčárová, J. (2021). Human resource management in healthcare. *SHS Web of Conferences, 115*, 03003. https://doi.org/10.1051/shsconf/202111503003

Bustamante Izquierdo, J. P., Puertas, E. B., Hernández Hernández, D., & Sepúlveda, **H.** (2023). COVID-19 and human resources for health: Analysis of planning, policy responses and actions in Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health, 21*, 21. https://doi.org/10.1186/s12960-023-00795-8

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

Contreras, D., Bhamidipati, S., & Wilkinson, S. (2023). Social vulnerability and spatial inequality in access to healthcare facilities: The case of the Santiago Metropolitan Region RMS), Chile. *Socio-Economic Planning Sciences, 90*, 101735. ttps://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101735

Drennan, J., Murphy, A., McCarthy, V. J. C., Ball, J., Duffield, C., Crouch, R., Kelly, G., Loughnane, C., Hegarty, J., Brady, N., Scott, A., & Griffiths, P. (2024). The association between nurse staffing and quality of care in emergency departments: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 153*, 104706. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104706

Galárraga, O., Quijano-Ruiz, A., & Faytong-Haro, M. (2024). The effects of mobile primary health teams: Evidence from the Médico del Barrio strategy in Ecuador. *World Development, 181*, 106659. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2024.106659

Castro Vargas, S., Goyeneche, L., & Bauhoff, S. (2026). Cross-country analysis of health systems and hospital utilization across the Amazon. *Revista Panamericana de Salud Pública, 50*, e9. https://doi.org/10.26633/RPSP.2026.9

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural de Borbón. (2024). *Diagnóstico y propuesta para la creación del cantón Borbón*. Equipo Técnico del GAD Parroquial Rural de Borbón.

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Eloy Alfaro. (2025). *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del cantón Eloy Alfaro*.

Hadian, S. A., Rezayatmand, R., Shaarbafchizadeh, N., Ketabi, S., & Pourghaderi, A. R. (2024). Hospital performance evaluation indicators: A scoping review. *BMC Health Services Research, 24, 561. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10940-1*

Hernández-Luis, A., Fontaine, G., & Morales Torres, J. L. (2026). Medicines availability in Ecuador's public system (2015–2024): A policy design analysis of financing, public procurement, and governance. *The Lancet Regional Health – Americas, 56*, 101399. https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101399

Herrera C, Bascolo E, Villar-Uribe M et al. (2025) No time to wait: resilience as a cornerstone for primary health care across Latin America and the Caribbean, a World Bank-PAHO Lancet Regional Health Americas Commission. *The Lancet Regional Health – Americas*, 2025; 50. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101240

Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration, 69*(1), 3-19.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2019: Principales resultados*. INEC. chrome- extension ://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf?utm_source=chatgpt.com

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *Boletín técnico N.° 01-2022-RAS: Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud 2019*. INEC. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Bolet%C3%ADn_T%C3%A9cnico_RAS_2019.pdf?utm_source=chatgpt.com

Jalilvand, M. A., Raeisi, A. R., & Shaarbafchizadeh, N. (2024). Hospital governance accountability structure: A scoping review. BMC Health Services Research, 24, 47. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10135-0

Limongi, V. A., & Flores, M. J. (2023). Diagnóstico de las funciones administrativas esenciales en empresas públicas del Ecuador. Caso: Corporación Nacional de Electricidad Unidad de Negocios Manabí. *Revista ESPACIOS, 44*(9). https://doi.org/10.48082/espacios-a23v44n09p09

Macas Tapia, R. I., Rivera Yanza, K. E., & Sotomayor-Preciado, A. M. (2025). Percepciones y prácticas en la gestión de calidad de los niveles de atención aplicando el modelo de Donabedian: análisis comparativo. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(1), 1943–1955. https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3466

Machado, J. (2025, 30 de septiembre). *Estos son los 111 medicamentos sin stock en los hospitales públicos de Ecuador*. Primicias. https://www.primicias.ec/sociedad/medicinas-hospitales-publicos-vacunas-pacientes-ministerio-salud-106101/

Mahapatro, B. B. (2021). *Human resource management*. New Age International (P) Ltd.

Moore, M. H. (1995). *Creating public value: Strategic management in government*. Harvard University Press.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Ministerio de Finanzas del Ecuador. (2026). *Cédula presupuestaria de gastos — UE 1168. Ejercicio fiscal 2025, enero-febrero [Reporte R00804768].* Sistema eSigef.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Tipología para homologar los establecimientos de salud [Acuerdo Ministerial 5212].*

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Declaratoria de emergencia para el aprovisionamiento de medicamentos y dispositivos médicos*. Ministerio de Salud Pública. https://www.salud.gob.ec/declaratoria-de-emergencia-compra-de-medicamentos/

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Informe de rendición de cuentas 2023*. Ministerio de Salud Pública. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/03/Fase-1_-Informe-Rendicion-de-Cuentas-MSP-2023.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2025). *Manual de Estimación y Programación de Necesidades de Medicamentos y Dispositivos Médicos.* Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Mirmozaffari, M., & Kamal, N. (2023). The application of data envelopment analysis to emergency departments and management of emergency conditions: A narrative review. *Healthcare, 11*(18), 2541. https://doi.org/10.3390/healthcare11182541

Murillo González, A., & Chamizo García, H. (2024). Análisis espacial de mortalidad por cáncer de próstata y su relación con el acceso geográfico a los servicios de salud por cantón en Costa Rica, 2010–2016. *Revista Geográfica de América Central, 72*, 35–58. https://doi.org/10.15359/rgac.72-1.1

Ndayishimiye, C., Dubas-Jakóbczyk, K., Holubenko, A., & Domagała, A. (2023). Competencies of hospital managers: A systematic scoping review. *Frontiers in Public Health, 11*, 1130136. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1130136

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Noboa Mora, C. J., & Morocho Idrovo, S. E. (2024). Calidad de la atención y satisfacción de los usuarios en los servicios de emergencia del sistema de salud ecuatoriano: implicaciones para la sostenibilidad y la sociedad. *Ibero-American Journal of Education & Society Research, 4*(S), 9–15. https://doi.org/10.56183/iberoeds.v4iS.665

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes*. OPS. https://www.paho.org/en/news/26-9-2023-countries-americas-agree-strengthen-human-resources-health-achieve-resilient-health

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Estrategia de cooperación con el país: Ecuador 2024–2028*. OPS/OMS. https://www.paho.org/es/estrategia-cooperacion-con-pais-ecuador-2024-2028

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). *Public management reform: A comparative analysis—Into the age of austerity* (4th ed.). Oxford University Press.

Primicias. (2026, 20 de mayo). *Contratos fallidos, escasez en hospitales y cinco ministros marcaron la crisis de salud*. Primicias. https://www.primicias.ec/sociedad/noboa-salud-desabastecimiento-hospitales-ministros-turnos-medicinas-122788/

Roldan Cabrera, J. L., Martínez Zapata, K. M., & Sotomayor Preciado, A. M. (2024). Satisfacción del usuario como indicador de calidad en la atención primaria en salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8*(3), 10734–10751. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12235

Rodriguez, A., Romero-Sandoval, A., Sandoval, B. A., & Romero, N. (2022). Medical specialist distributions in Ecuador: A geographical and temporal analysis of data from 2000 to 2017. *BMC Health Services Research, 22*, 671. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08056-5

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

ggSacta Chalan, C. P., Guaman Macias, K. J., & Guaman Macias, K. A. (2026). Impacto del desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos en el desempeño del personal de salud desde la Atención Primaria: Centro de Salud Héroes del 41. *Polo del Conocimiento, 11*(2). https://doi.org/10.23857/pc.v11i2.11137

Santoyo-Sánchez, G., & Reyes-Morales, H. (2024). Necesidades de salud de personas mayores: un reto para la atención primaria de salud. *Gaceta Médica de México, 160*(3), 249–256. https://doi.org/10.24875/gmm.24000070

Silver, E. A., Pyke, D. F., & Peterson, R. (1998). *Inventory management and production planning and scheduling* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Subhi, R., Burhin, M., Sogbesan, A., Muramuzi, D., Bakare, A. A., Falade, A. G., Kitutu, F. E., Ssengooba, F., King, C., Dawson-McClaren, B., Bluebond-Langner, M., Kane, S., & Graham, H. R. (2026). From permission to pride: A realist synthesis of how to improve emergency care for children in low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet Global Health, 14*(7), 103972. https://doi.org/10.1016/j.langlo.2026.103972

Surji, K. M., & Sourchi, S. M. M. (2020). The essential role of human resources management in healthcare and its impact on facilitating optimal healthcare services. *Qalaai Zanist Scientific Journal, 5*(2), 1166–1188. https://doi.org/10.25212/lfu.qzj.5.2.35

Thewes, B., Rietjens, J. A. C., van den Berg, S. W., Compen, F. R., Abrahams, H., Poort, H., van de Wal, M., Schellekens, M. P. J., Peters, M. E. W. J., Speckens, A. E. M., Knoop, H., & Prins, J. B. (2018). The opportunities and pitfalls of self-referral and consecutive sampling as recruitment strategies for psycho-oncology intervention trials. *Psycho-Oncology, 27*(6), 1720–1723.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Villa-Velásquez, J., Araya, A.-X., Reynaldos-Grandon, K., Rivera-Rojas, F., & Valencia-Contrera, M. (2023). Evaluación del modelo de calidad de Donabedian en base a los criterios de Chinn y Kramer. *Horizonte de Enfermería, 34*(2), 203–215. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.203-215

World Health Organization. (2023). *Integrated emergency, critical and operative care for universal health coverage and protection from health emergencies* (WHA76.2). World Health Organization. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/emergency--critical-and-operative-care

World Health Organization. (2021). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond: WHO position paper*. World Health Organization.

Zuleta González, L., Silva Jiménez, D., & Infante Peñafiel, A. (2024). Cultura de calidad y seguridad del paciente. Una revisión narrativa. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología, 17*(50). https://doi.org/10.35588/2qp8yt25

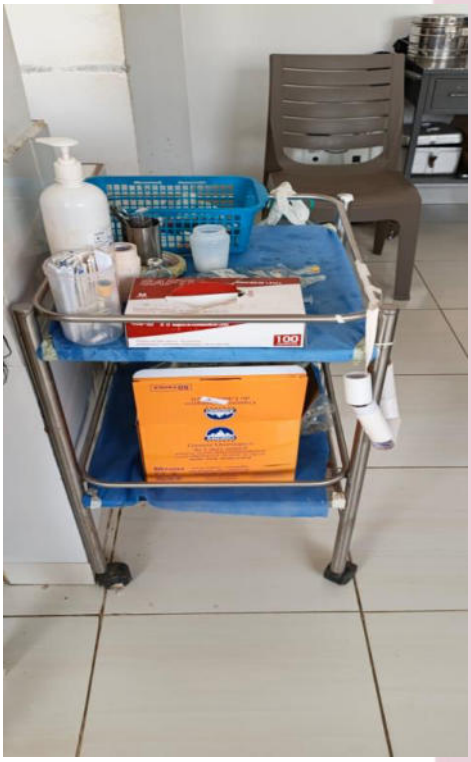
Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.

Anexos

Anexo 1.

Evidencia fotográfica complementaria del área de emergencias del Hospital Básico Borbón (julio 2026)

Las Ilustraciones 1 a 6, presentadas en el apartado 2.1.15, documentan la evidencia fotográfica principal del diagnóstico situacional. Las siguientes fotografías complementan dicha evidencia.



Anexo 1 – Fotografía A. Carrito de insumos en área de trabajo, con material de venoclisis y consumibles dispuestos para la atención.

. Fuente: trabajo de campo, Hospital Básico Borbón (julio de 2026).

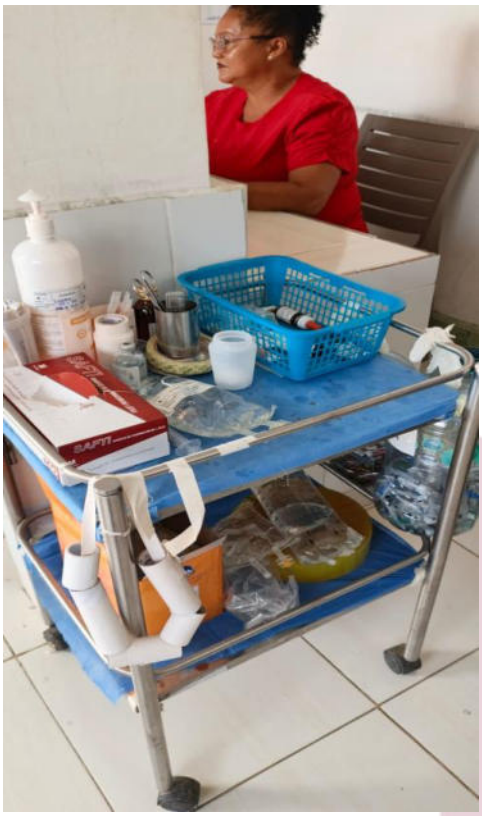
Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.



Anexo 1 – Fotografía B. Superficie exterior deteriorada (óxido, humedad), indicativa de condiciones ambientales adversas en espacios de apoyo.

. Fuente: trabajo de campo, Hospital Básico Borbón (julio de 2026).

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.



Anexo 1 – Fotografía C. Detalle de la sala de espera .

Nota. Fuente: trabajo de campo, Hospital Básico Borbón (julio de 2026).

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.



Anexo 1 – Fotografía D. Vista exterior del hospital.

. Fuente: trabajo de campo, Hospital Básico Borbón (julio de 2026).

Las fotografías de este anexo fueron tomadas en el Hospital Básico Borbón con fines exclusivamente académicos de diagnóstico situacional. Se recomienda al distrito incorporar esta evidencia visual al expediente técnico de evaluación de infraestructura del área de emergencias.

Nota sobre derechos de autor: Este trabajo y lo que a continuación se expone solo tiene una validez académica, quedando copia de éste en la biblioteca digital de UIDE y EIG. La distribución y uso de este trabajo por parte de alguno de sus autores con otros fines deberá ser informada a ambas Instituciones, a los directores del Máster y resto de autores, siendo responsable aquel que se atribuya dicha distribución.