



## GESTIÓN ESTRATÉGICA Y EFICIENCIA OPERATIVA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL ECUADOR

### STRATEGIC MANAGEMENT AND OPERATIONAL EFFICIENCY IN ECUADOR'S PUBLIC HOSPITALS

Carlos Fabricio Amán Garzón<sup>1\*</sup>

E-mail: [carlos.aman.44@est.ucacue.edu.ec](mailto:carlos.aman.44@est.ucacue.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5126-4263>

Ricardo Adolfo Ganzino Rodríguez<sup>1</sup>

E-mail: [ricardo.ganzino@ucacue.edu.ec](mailto:ricardo.ganzino@ucacue.edu.ec)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1079-9990>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

\*Autor para correspondencia

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Amán Garzón, C. F., & Ganzino Rodríguez, R. A. (2026). Gestión estratégica y eficiencia operativa en los hospitales públicos del Ecuador. *Universidad y Sociedad* 18(2). e5784.

#### RESUMEN:

La calidad de los servicios hospitalarios en Ecuador se ve afectada por fragmentación institucional, escasa capacidad diagnóstica y deficiencias de gestión. El objetivo de este estudio fue diseñar un modelo de gestión que optimice la eficiencia operativa de un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador. El problema identificado se relaciona con tiempos de espera prolongados, desabastecimientos y débil coordinación interáreas, lo que limita la capacidad instalada. Se empleó un diseño no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicando encuestas a 118 médicos y 12 jefes administrativos. Los resultados evidenciaron relación directa entre confiabilidad de equipos biomédicos y cumplimiento quirúrgico, desempeño desigual en la cadena farmacéutica y percepciones neutrales en procesos administrativos críticos. Se concluye que la eficiencia depende de tres engranajes: equipos confiables, logística farmacéutica oportuna y coordinación entre servicios.

**Palabras clave:** Atención, Paciente, Planificación estratégica, Gestión, Médicos.

#### ABSTRACT:

The quality of hospital services in Ecuador is affected by institutional fragmentation, limited diagnostic capacity, and management deficiencies. The objective of this study was to design a management model that optimizes the operational efficiency of a second-level care hospital in the city of Latacunga, Ecuador. The problem identified is related to long waiting times, shortages, and weak inter-area coordination, which limits installed capacity. A non-experimental, quantitative, descriptive, and cross-sectional design was used, applying surveys to 118 physicians and 12 administrative heads. The results showed a direct relationship between the reliability of biomedical equipment and surgical compliance, uneven performance in the pharmaceutical chain, and neutral perceptions in critical administrative processes. It is concluded that efficiency depends on three factors: reliable equipment, timely pharmaceutical logistics, and coordination between services.

**Keywords:** Care, Patient, Strategic planning, Management, Physicians.



## INTRODUCCIÓN

La calidad del servicio de salud en Ecuador ha estado limitada por su estructura fragmentada, con disparidades entre el sistema público, el seguro social y el sector privado. Lo que repercute en inconvenientes en temas como cobertura y equidad (Guevara, 2023). A su vez, la escasa capacidad diagnóstica y falta de infraestructura, como laboratorios y camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sesgaron los recuentos oficiales y dificultaron la atención oportuna durante la pandemia (Garzón et al., 2021). Ante este escenario, se requiere una perspectiva integral que fortalezca la rectoría del sistema, priorice la inversión en salud pública y articule la gestión territorial con modelos centrados en la prevención, la equidad y el acceso universal. Esta crisis evidenció la insuficiencia presupuestaria, infraestructura inadecuada, falta de equipamiento moderno y escasez de medicamentos e insumos médicos esenciales (Salazar & Raza, 2023).

Este no es un tema aislado, puesto que desafíos comparables se observan en otros escenarios, incluso en naciones con mayores recursos económicos. Es así que, países como Alemania enfrentan desafíos similares, pese a contar con una economía sólida y un elevado gasto sanitario per cápita, su sistema de salud pública presenta deficiencias estructurales que limitan su eficacia. Los indicadores de salud, como la esperanza de vida y la carga atribuible a enfermedades no transmisibles, se mantienen por debajo del promedio europeo, con un presupuesto marginal asignado a la prevención y promoción de la salud (Zeeb et al., 2025).

En América Latina, múltiples países enfrentan retos comunes relacionados con la eficiencia operativa en sus sistemas hospitalarios públicos. Según Peres et al. (2025), pese a que los países latinoamericanos han incrementado inversiones en salud, los resultados en términos de mejora en indicadores como esperanza de vida y reducción de mortalidad infantil no han sido proporcionales. Esta disparidad se atribuye a la eficiencia con la que se utilizan los recursos disponibles. Peres et al. (2025), al aplicar el Análisis Envoltante de Datos (DEA), encontraron que, de 23 países evaluados, solo 13 alcanzaron niveles aceptables de eficiencia, mientras que otros, como Brasil, Barbados, Nicaragua y Uruguay, presentan deficiencias persistentes en su eficiencia operativa.

Estos hallazgos reflejan factores como la inadecuada asignación de recursos humanos y financieros, insuficientes infraestructuras hospitalarias, y una baja implementación de herramientas modernas de gestión hospitalaria, sin dejar de lado factores como la burocracia y corrupción, que constituyen obstáculos que afectan los

objetivos planteados por las instituciones sanitarias, aspecto observado de igual manera en otros sistemas de salud latinoamericanos como Venezuela (D'Armas et al., 2021).

En Ecuador, los hospitales carecen de modelos institucionales adecuados que respondan de manera eficaz a las necesidades actuales de atención médica. Problemas de gestión hospitalaria como ineficiencia en procesos administrativos, mal uso de recursos tecnológicos y humanos, y falta de programas preventivos afectaron la calidad de atención (Calderon et al., 2022), en particular desde las reformas sanitarias introducidas a partir de 2008, los hospitales públicos enfrentan desafíos en eficiencia operativa.

Piedra-Peña & Prior (2023) señalan que, tras estas reformas, los hospitales de tecnología baja e intermedia muestran un descenso notable en su eficiencia técnica, medida mediante Análisis Envoltante de Datos (DEA). Esto se explica por el aumento considerable de la demanda tras la ampliación de la cobertura social y la gratuidad de los servicios primarios, situación que los hospitales públicos no pudieron gestionar en el corto plazo, y al final experimentaron dificultades operativas, reflejadas en incrementos en tiempos de espera, saturación de servicios, deficiente gestión de recursos y alta derivación hacia servicios privados, esto en ciudades como Quito, Guayaquil y Cuenca (Piedra-Peña & Prior, 2023).

Dichas limitaciones se evidencian en establecimientos de referencia, como el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, el mismo que refleja dificultades específicas relacionadas con una gestión deficiente de los recursos tecnológicos, carencia de personal especializado y falta de soporte logístico adecuado, lo que generó insatisfacción en sus usuarios (Calderon et al., 2022).

Un modelo de gestión constituye una estructura que orienta la administración eficaz de recursos, procesos y talento humano en el marco de las organizaciones para lograr objetivos específicos, definidos con anticipación. Este tipo de estructura es relevante para asegurar que todas las acciones institucionales estén alineadas con la misión, visión y objetivos estratégicos planteados por la entidad. En el ámbito sanitario, implementar un modelo de gestión facilita alcanzar mejores resultados, mejorando la eficiencia operativa, la coordinación interna y la asignación efectiva de los recursos tanto materiales como humanos. La gestión eficiente, según señalan Salazar & Raza (2023), permite optimizar la calidad en los servicios de salud al garantizar que los recursos disponibles se utilicen de manera planificada, evitando desperdicios y aumentando la satisfacción de los pacientes.

Bajo esta perspectiva, resulta pertinente analizar los enfoques concretos que han sido desarrollados para operacionalizar los principios generales de un modelo de gestión del sector salud, los cuales traducen en acciones prácticas los lineamientos estratégicos institucionales, y, permiten adaptar la gestión a las particularidades de los servicios sanitarios, considerando su complejidad y dinamismo. Entre los principales enfoques que orientan la gestión en instituciones sanitarias se destacan varios modelos específicos.

El modelo de gestión por procesos pone énfasis en identificar y definir los procesos críticos interrelacionados, permitiendo optimizar resultados mediante la reducción de redundancias operativas y asegurando la calidad continua en la prestación de servicios de salud (Calderon et al., 2022). El Modelo de Gestión Basado en Resultados (GBR) enfatiza la medición objetiva y permanente del rendimiento institucional a través de indicadores específicos predefinidos, lo que facilita una evaluación continua y precisa del desempeño hospitalario, promoviendo decisiones informadas oportunas para mejorar la calidad asistencial y administrativa (Peres et al., 2025), por último, el modelo de gestión estratégica integral busca articular diversas dimensiones tales como la planificación estratégica, gestión efectiva de riesgos, calidad asistencial, y procesos de mejora continua.

Este enfoque integral promueve una armonización entre las áreas administrativas y asistenciales, asegurando coherencia institucional y facilitando un desempeño alineado con la visión estratégica organizacional (D'Armas et al., 2021). A partir de estos enfoques, se puede visualizar de manera esquemática cómo cada modelo contribuye desde una perspectiva complementaria al fortalecimiento de la gestión institucional en el ámbito sanitario (ver Figura 1).



Fig 1: Enfoques de modelos de gestión en salud.

Un modelo integral de gestión hospitalaria comprende varias dimensiones que se potencian entre sí para asegurar una administración eficiente y una atención sanitaria de calidad. Este componente dota a las organizaciones de una visión estructurada para actuar de manera eficaz frente a condiciones cambiantes del entorno (Piedra-Peña & Prior, 2023). La dimensión operativa está dedicada a organizar los recursos tecnológicos, materiales y humanos, mediante procesos documentados y coordinados entre áreas administrativas y asistenciales que favorezcan la eficiencia institucional (Calderon et al., 2022). La dimensión tecnológica resalta la implementación de tecnologías de información y comunicación (TIC) como sistemas de gestión hospitalaria, historias clínicas electrónicas y herramientas de comunicación digital. Estas tecnologías permiten automatizar procesos, mejorar el acceso a información y optimizar la toma de decisiones (Purwadi et al., 2024). Y la dimensión humana reconoce el rol central del talento institucional en el desempeño operativo. La gestión del personal, su capacitación periódica, motivación y permanencia en las organizaciones se vincula de forma directa con menores errores médicos, mejor satisfacción del usuario y mayor eficiencia operativa (Nafari & Rezaei, 2022; Purwadi et al., 2024).

Evidencia adicional destaca que la alineación entre las estrategias de recursos humanos y el desempeño organizacional, como lo muestra el *Balanced Scorecard* aplicado en hospitales públicos iraníes, refleja una relación positiva entre políticas de formación, compensación y reclutamiento con el rendimiento global (Nafari & Rezaei, 2022). En este marco, resulta evidente que la dimensión humana y la estructura organizacional no pueden considerarse de forma aislada, debido a que la eficacia de cualquier modelo de gestión hospitalaria depende del alineamiento estratégico con el capital humano que lo ejecuta. La formación continua, la estabilidad del personal y las políticas de incentivos

coinciden de forma directa en la calidad de la atención, y constituyen pilares fundamentales para operativizar modelos como la gestión por procesos o el enfoque basado en resultados.

En consecuencia, la ausencia de un modelo de gestión definido, como se observa en múltiples hospitales públicos del Ecuador, compromete la eficiencia estructural, a su vez dificulta el aprovechamiento pleno del talento institucional, limitando el impacto positivo que podría tener una fuerza laboral bien gestionada. La experiencia ecuatoriana, según Piedra-Peña & Prior (2023), demuestra que la ausencia de un modelo de gestión definido limita la capacidad operativa de los hospitales públicos, sobre todo después de reformas significativas en políticas de salud.

Diversos hospitales en Ecuador han enfrentado problemas operativos graves debido a la falta de sistemas organizados y definidos, generando consecuencias como largas esperas en consultas médicas, saturación de los servicios hospitalarios y baja satisfacción de los usuarios. Estudios realizados en la realidad latinoamericana y caribeña revelan que la implementación efectiva de modelos de gestión estructurados puede mejorar en gran medida la eficiencia operativa hospitalaria, reduciendo tiempos de espera, optimizando el uso de recursos y aumentando la satisfacción del usuario (Peres et al., 2025).

Experiencias exitosas en países como Brasil, Colombia y Chile indican que estos modelos permiten reducir costos operativos, incrementar la productividad del personal y mejorar la atención brindada a los pacientes. La adopción de enfoques estructurados, como el Modelo GBR y la gestión por procesos, permite a las instituciones identificar con precisión las áreas críticas, enfocarse en resultados específicos y desarrollar mecanismos efectivos de seguimiento y evaluación del desempeño hospitalario.

La eficiencia operativa en el sector hospitalario se refiere a la capacidad de una institución de salud para utilizar sus recursos humanos, financieros, tecnológicos y materiales, con el fin de generar resultados asistenciales adecuados, reducir desperdicios y garantizar una atención oportuna y continua.

Según Salazar & Raza (2023), comprender la eficiencia operativa como un componente estratégico implica trascender su definición general para analizar cómo se traduce en parámetros concretos de gestión y resultados, la capacidad de una institución hospitalaria para optimizar el uso de sus recursos no se limita a garantizar la continuidad y oportunidad en la atención, sino que se proyecta hacia la medición objetiva de su desempeño a través de indicadores específicos, por eso la eficiencia se mide en términos de producción de servicios, al igual que en

relación con los resultados en los indicadores alcanzados frente a los recursos utilizados.

Estos indicadores permiten identificar cuellos de botella y oportunidades de mejora en los procesos internos. Incluso, la eficiencia operativa se asocia con la equidad y el acceso, dado que una institución eficiente puede brindar mayor cobertura y reducir barreras para los grupos poblacionales vulnerables. De esta manera, el análisis de la eficiencia operativa trasciende la mera observación de métricas aisladas y exige una comprensión integral de los factores que la determinan. La identificación de cuellos de botella y las oportunidades de mejora deben interpretarse en un marco que considere las múltiples dimensiones que intervienen en el funcionamiento hospitalario, debido a que solo a través de su interacción coordinada es posible alcanzar un desempeño sostenible y equitativo (Guevara, 2023).

Desde la perspectiva organizacional, esta eficiencia se fundamenta en una estructura funcional bien definida, que incluye una delimitación precisa de roles y responsabilidades, una coordinación efectiva entre servicios y jerarquías coherentes, respaldadas por un liderazgo estratégico alineado con la misión institucional. En el plano financiero, una ejecución presupuestaria eficiente implica la reducción del gasto innecesario, representando así la priorización de inversiones estratégicas que potencien la productividad, sobre todo en áreas críticas como el fortalecimiento del talento humano y la modernización de la infraestructura hospitalaria. Dicha gestión requiere la generación de información contable precisa y oportuna, la implementación de sistemas de evaluación de costos por servicio y la consolidación de mecanismos sólidos de rendición de cuentas, lo que permite liberar recursos hacia áreas de mayor impacto (Calderón et al., 2022; Garzón et al., 2021).

En el ámbito asistencial, la eficiencia se evalúa a partir de la relación entre los recursos clínicos empleados y los resultados sanitarios alcanzados, utilizando indicadores como la tasa de reingresos, el índice de infecciones intrahospitalarias y el nivel de cobertura efectiva. Por su parte, la dimensión tecnológica comprende la adopción estratégica de herramientas digitales para monitorear, automatizar y optimizar procesos clínicos y administrativos. Evidencias empíricas, como las reportadas por Peres et al. (2025) en hospitales brasileños, demuestran que los sistemas de información hospitalaria mejoran la eficiencia al reducir errores, incrementar la trazabilidad y agilizar la toma de decisiones, mientras que innovaciones como la telemedicina, la interoperabilidad de sistemas, la inteligencia artificial aplicada al diagnóstico y las plataformas

de gestión de turnos amplían la capacidad resolutoria y mejoran la calidad asistencial.

Por último, la dimensión del talento humano, constituye un eje transversal, pues la disponibilidad, competencias, estabilidad y motivación del personal determinan los niveles de productividad y calidad del servicio. En este sentido, la alta rotación, la sobrecarga laboral o la ausencia de capacitación continua afectan sobre todo el rendimiento (Salazar & Raza, 2023).

En Ecuador, la eficiencia operativa de los hospitales públicos enfrenta desafíos estructurales y organizativos marcados por una gestión fragmentada, alta rotación de personal, obsolescencia de equipos y débil articulación entre niveles de atención (Piedra-Peña & Prior, 2023). Estas limitaciones se agravan por brechas entre unidades urbanas y rurales, falta de interoperabilidad de sistemas de información, centralización excesiva y rigidez presupuestaria, lo que reduce la capacidad operativa. Pese a esto, estudios como el de Calderon et al. (2022) evidencian que la adopción de modelos de eficiencia basados en indicadores, tecnología y capacitación del talento humano mejora el rendimiento institucional, como lo han demostrado experiencias piloto en Ecuador que han evidenciado que intervenciones focalizadas, generan impactos positivos medibles, contribuyendo a mitigar las restricciones estructurales y a optimizar el uso de los recursos disponibles.

Lo anteriormente analizado sirve de base para plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo optimizar la eficiencia operativa en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador? En consecuencia, el objetivo del presente estudio es: diseñar un modelo de gestión que optimice la eficiencia operativa de un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, dado que no se modificaron variables y se observaron los fenómenos en condiciones naturales. El enfoque fue cuantitativo, con uso de recolección y análisis de datos numéricos para responder a la pregunta de investigación y contrastar el objetivo planteado (Rodríguez & Pérez, 2017). El alcance se definió como descriptivo, orientado a especificar propiedades y características del fenómeno en estudio, y la finalidad fue transversal, al recopilar los datos en un solo momento (Hernández et al., 2014).

En cuanto a los métodos teóricos, se empleó el inductivo-deductivo, que permitió construir el marco teórico a partir

del análisis de casos particulares y la formulación de generalizaciones aplicadas a situaciones específicas para establecer conclusiones lógicas. También se utilizó el método de modelado, orientado a la elaboración de una representación conceptual del sistema de gestión hospitalaria con el fin de reproducir su funcionamiento, analizarlo y orientar la propuesta del modelo. A la vez, se aplicó el estudio de caso, que facilitó el análisis en profundidad de un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador, como unidad de observación, integrando sus particularidades estructurales y funcionales (Rodríguez & Pérez, 2017).

Los datos recolectados se organizaron en matrices de análisis y se procesaron con estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias y promedios para identificar patrones en las percepciones de médicos y administrativos. Los resultados se contrastaron con indicadores de gestión hospitalaria, lo que permitió validar la información obtenida y establecer los componentes del modelo propuesto.

Los sujetos de análisis correspondieron a los jefes administrativos como variable independiente y a los médicos como variable dependiente. La población total estuvo conformada por 194 personas: 176 médicos y 18 jefes administrativos. La muestra fue de 130 participantes, integrada por 118 médicos y 12 jefes administrativos.

La técnica utilizada fue la encuesta. Para el levantamiento de datos se elaboraron dos cuestionarios fundamentados en los modelos SERVQUAL y SERVPERF. El primero estuvo orientado a los médicos y se aplicó en formato digital a través de *Google Forms*, compartido mediante dispositivos móviles. El segundo se dirigió a los jefes administrativos y se aplicó de forma presencial en el Hospital General Latacunga, para ambas encuestas la escala de respuesta utilizada fue tipo Likert, con valores de 1 a 5, donde 1 correspondió a totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo.

El cuestionario para médicos incluyó una sección de datos generales con preguntas sobre rol en la institución, área o servicio de trabajo y nivel de formación. Después, se presentaron quince ítems estructurados en cinco dimensiones. En tangibles se evaluó el funcionamiento de equipos, disponibilidad de insumos y estabilidad de sistemas HIS/RIS/PACS. En confiabilidad se consideró el cumplimiento de agenda, resultados de laboratorio y programación quirúrgica. En capacidad de respuesta se midió la gestión de interconsultas, asignación de camas y respuesta de farmacia a ajustes de prescripción. En seguridad se analizó la disponibilidad de protocolos y guías clínicas. En empatía y comunicación se revisó la

coordinación con servicios de apoyo y las directrices de la Dirección Médica.

El cuestionario para jefes administrativos incluyó datos generales sobre departamento de adscripción, tiempo de experiencia en la institución y frecuencia de interacción con áreas clínicas. La sección principal integró quince ítems distribuidos en las mismas cinco dimensiones. En tangibles se evaluó la disponibilidad de consultorios, abastecimiento de insumos y soporte de sistemas informáticos. En confiabilidad se consideraron insumos de laboratorio, equipos de imagen y respaldo a la programación quirúrgica. En capacidad de respuesta se midió la gestión de interconsultas, disponibilidad de farmacia y procesos de camas. En seguridad se verificó la actualización de protocolos administrativos. En empatía y comunicación se evaluó la coordinación interáreas y la comunicación de la Dirección Administrativa.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentan los resultados derivados del estudio efectuado en el Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador. El propósito es mostrar de manera sistemática los hallazgos más relevantes, los cuales constituyen la base empírica para el análisis crítico y la interpretación académica. Estos resultados permiten evidenciar los aspectos centrales vinculados con la gestión y la eficiencia operativa, ofreciendo insumos que orientan la discusión y respaldan la construcción de propuestas fundamentadas para el fortalecimiento institucional.

El análisis descriptivo, basado en 118 participantes, evidenció mediante la prueba de Shapiro-Wilk ( $p < .001$ ) que todas las variables presentan una distribución no normal, lo que orienta al uso de pruebas no paramétricas. Se evaluaron dimensiones de la gestión hospitalaria como disponibilidad de insumos, acceso a sistemas tecnológicos, programación quirúrgica, coordinación interáreas y claridad de directrices.

De los datos obtenidos se evidencia que, considerando el perfil profesional en el hospital, la mayoría de los participantes son médicos residentes (60,2 %), seguidos por médicos tratantes (39,8 %). En cuanto al nivel de formación, predomina el personal con estudios de tercer nivel o grado (61,9 %), mientras que un 22,9 % cuenta con formación de cuarto nivel (posgrado) y un 15,3 % posee especialidad médica. Respecto al servicio al que pertenecen, se observa una mayor concentración en hospitalización (39,8 %), seguida de emergencia (18,6 %) y otras áreas (18,6 %). Los servicios de consulta externa y quirófano representan cada uno el 8,5 %, mientras que la UCI

alcanza el 5,9 %. En conjunto, se destaca la relevancia del personal residente y de hospitalización, así como la formación de tercer nivel en el equipo encuestado.

Los resultados obtenidos permiten identificar percepciones diferenciadas respecto a la infraestructura, el abastecimiento y la coordinación de los servicios de apoyo en el Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, Ecuador, revelando una asociación directa entre la percepción de confiabilidad de los equipos médicos y el cumplimiento de la programación quirúrgica.

Entre quienes están de acuerdo con el funcionamiento de los equipos (49 de 118; 41,5 %), un 40,8 % (20) coincidió en estar de acuerdo con la programación quirúrgica y un 6,1 % (3) en total acuerdo, lo que representa casi la mitad del grupo con percepciones positivas.

En el caso de los que se declararon totalmente de acuerdo con la confiabilidad de los equipos (12 de 118; 10,2 %), un 33,3 % (4) señaló acuerdo y un 41,6 % (5) total acuerdo con la programación quirúrgica, confirmando una fuerte relación favorable, más aún, entre los que manifestaron desacuerdo con los equipos (21 de 118; 17,8 %), un 28,5 % (6) también está en desacuerdo con la programación y solo un 33,3 % (7) manifiesta acuerdo, reflejando percepciones más críticas.

Asimismo, en quienes se mantienen neutrales frente al funcionamiento de los equipos (32 de 118; 27,1 %), un 62,5 % (20) replica esta postura en la programación quirúrgica, es decir, los resultados muestran que a medida que aumenta la valoración positiva de los equipos médicos, también crece la percepción favorable de la programación quirúrgica.

Respecto al desempeño de farmacia, el 53,4 % considera que responde a tiempo a cambios de prescripción, un tercio de la muestra se mantiene neutral y un 13,6 % indica desacuerdo, lo que señala la importancia de optimizar la eficiencia en este proceso. Y sobre la coordinación con farmacia, laboratorio e imagen, cerca de la mitad (49,1 %) percibe fluidez en la gestión, un 16,1 % manifiesta desacuerdo y un 34,7 % se mantiene en posición neutral. De manera integrada, los resultados muestran que, si bien existe una mayoría que reconoce aspectos favorables en la gestión hospitalaria, persisten debilidades en el abastecimiento de recursos, la coordinación interdepartamental y la capacidad de respuesta, las cuales deben ser atendidas para garantizar la continuidad y calidad de la atención en el hospital.

Mientras que los resultados descriptivos de la muestra de personal administrativo evidencia que los participantes, con una media de 7 años de experiencia e interacción

diaria con áreas clínicas, perciben de forma positiva la disponibilidad de equipos, sistemas informáticos, laboratorio, compras e imagen diagnóstica. A pesar de esto, se identifican posturas neutras en procesos administrativos como programación quirúrgica, interconsultas, gestión de camas, respuesta de farmacia y lineamientos de la Dirección Administrativa Financiera. Esto evidencia fortalezas en infraestructura y soporte operativo, sin embargo, también pone de relieve áreas críticas en coordinación y gestión que deben ser optimizadas para asegurar una mayor eficiencia institucional.

Los resultados obtenidos muestran una percepción en su mayoría favorable respecto a varios aspectos de la gestión hospitalaria, con matices que revelan áreas que requieren mejora. Sobre la disponibilidad y estado de los consultorios y equipos médicos, el 83,3 % de los encuestados expresa una valoración positiva, mientras que un 16,7 % se mantiene neutral, lo que refleja confianza general en la infraestructura, con oportunidades de optimización en mantenimiento (ver figura 2).

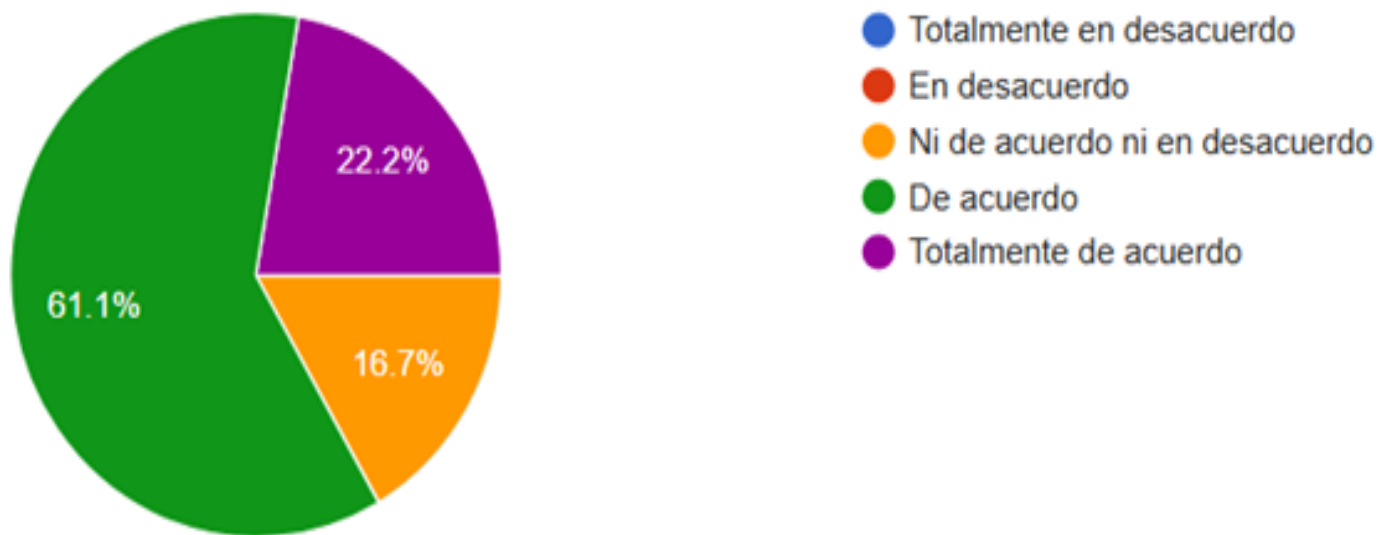


Fig 2: Disponibilidad y estado de los consultorios y equipos médicos.

En cuanto al abastecimiento de medicamentos e insumos, un 58,3 % manifiesta acuerdo o total acuerdo, un 41,6 % se ubica en posiciones neutrales o en desacuerdo, lo que muestra percepciones divididas y la necesidad de fortalecer los procesos logísticos para asegurar mayor consistencia en la provisión. Con respecto al stock de farmacia, predomina la neutralidad (58,3 %), frente a un 33,3 % que emite opiniones positivas, lo que evidencia incertidumbre en más de la mitad del personal y señala debilidades en comunicación y abastecimiento.

Por último, la coordinación administrativa entre farmacia, laboratorio e imagen recibe un 83,4 % de percepciones favorables, lo que se destaca como una fortaleza institucional que contribuye a la continuidad de los procesos médicos. En conjunto, los datos reflejan un panorama en el que la infraestructura y la coordinación entre áreas son bien valoradas, mientras que la logística y el abastecimiento de insumos requieren ajustes estratégicos para consolidar la eficiencia operativa del hospital.

**Propuesta de diseño de un modelo de gestión que optimice la eficiencia operativa del Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga**

El sistema de gestión hospitalaria orientado a optimizar la eficiencia operativa se estructura en ocho subsistemas interrelacionados que actúan de manera integrada para garantizar un funcionamiento coherente y sostenible (ver figura 3).



Fig 3: Sistema de gestión hospitalaria.

**Subsistema de gestión por procesos:** se enfoca en la identificación, documentación y coordinación de los procesos críticos hospitalarios, tales como cirugía, farmacia, hospitalización y emergencias. A través de la estandarización de flujos de trabajo mediante protocolos y diagramas, se busca reducir redundancias, asegurar la continuidad de las actividades y fortalecer la coordinación entre áreas. La implementación de reuniones cortas de retroalimentación diaria permite detectar oportunamente cuellos de botella y facilitar respuestas ágiles, contribuyendo a la agilización de la atención y a la mejora del desempeño operativo.

**Subsistema de resultados:** su función es medir de manera objetiva y continua el desempeño institucional. Se establece un tablero de control con indicadores clave para monitorear la utilización de quirófanos, la disponibilidad de medicamentos, la capacidad de respuesta de farmacia, los tiempos de diagnóstico y el cumplimiento de mantenimiento. Este subsistema asegura que la toma de decisiones se base en datos confiables, permitiendo identificar logros, brechas y áreas que requieran intervención inmediata.

**Subsistema de gestión estratégica integral:** utiliza la planificación a mediano y largo plazo combinada con la gestión de riesgos y procesos de mejora continua. Mediante un plan estratégico con metas claras y la creación de un comité transversal de eficiencia operativa, se garantiza la coherencia entre las áreas administrativas y asistenciales. Esto facilita la anticipación y solución de problemas como fallas de equipos, desabastecimientos o acumulación de listas de espera, manteniendo la calidad y sostenibilidad del hospital.

**Subsistema asistencial:** se orienta a evaluar y mejorar la calidad clínica y sanitaria. Se monitorearán indicadores como la tasa de reingresos, índice de infecciones intrahospitalarias y tiempos de atención en emergencias. A su vez, se refuerzan protocolos de seguridad del paciente, incluyendo listas de verificación quirúrgica y doble validación de prescripciones, para asegurar resultados clínicos óptimos y fortalecer la confianza de los usuarios.

**Subsistema financiero:** garantiza un manejo eficiente y transparente de los recursos económicos. Incluye el diseño de costos por servicio, la priorización de inversiones estratégicas en infraestructura y personal, y la planificación para reducir compras urgentes. Este subsistema asegura la utilización óptima de los recursos financieros, liberando fondos para áreas críticas y minimizando gastos innecesarios.

**Subsistema tecnológico:** se centra en la incorporación de herramientas digitales y sistemas interoperables que conecten áreas como farmacia, quirófano, hospitalización y laboratorio. A través de sistemas de trazabilidad y plataformas en tiempo real, se logra un control riguroso de insumos, una comunicación más eficiente y una reducción de errores administrativos o clínicos. Asimismo, se promueve la adopción de innovaciones como la telemedicina y tableros digitales para fortalecer la capacidad resolutoria del hospital.

**Subsistema organizacional:** define con precisión roles, jerarquías y liderazgos estratégicos que orientan el trabajo institucional. Su objetivo es eliminar ambigüedades, reducir la neutralidad en la interpretación de directrices y fomentar la comunicación bidireccional. También promueve la participación activa de las autoridades en rondas gerenciales y espacios de diálogo con el personal, creando un clima organizacional alineado con la misión institucional y fortaleciendo la confianza interna.

**Subsistema operativo:** se enfoca en la coordinación diaria de recursos materiales, tecnológicos y humanos. Incluye la sincronización del mantenimiento preventivo con la programación quirúrgica, la digitalización de la gestión de camas y la implementación de protocolos de contingencia ante fallas críticas. Su propósito es garantizar la disponibilidad oportuna de infraestructura, equipamiento y personal, evitando retrasos y maximizando la productividad hospitalaria.

## DISCUSIÓN

La comparación entre el presente estudio realizado en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, en Ecuador y la investigación sobre el modelo de gestión de la calidad para el sector de la salud realizado en el Hospital General de la ciudad de Ambato por Salazar & Raza (2023) revela un panorama complementario sobre los desafíos y oportunidades de la gestión hospitalaria en contextos de recursos limitados.

Los dos estudios coinciden en que la eficiencia y la calidad de la atención no son resultado exclusivo de la disponibilidad de recursos, sino de la existencia de modelos de gestión claros y definidos que incorporen liderazgo,

planificación, medición sistemática y ciclos de mejora continua. A su vez, comparten una aproximación metodológica basada en instrumentos estructurados, escalas tipo Likert y análisis estadísticos no paramétricos, lo que otorga validez a los hallazgos al trabajar con poblaciones heterogéneas y datos de carácter perceptual. Los estudios se distinguen en su orientación analítica y en la población objeto de estudio: mientras el estudio de Salazar & Raza (2023) se centra en demostrar, con evidencia inferencial, el impacto de un modelo de calidad en la satisfacción de los pacientes hospitalizados con un diseño *antes-después* que permite captar cambios en la experiencia de los usuarios, la investigación sobre gestión estratégica y eficiencia operativa en el Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, aborda el problema desde la perspectiva interna de la oferta de servicios, identificando procesos críticos como la confiabilidad de equipos, el abastecimiento de insumos, la programación quirúrgica, la coordinación interdepartamental y la claridad de las directrices administrativas, con un diseño transversal que describe el estado real de las operaciones.

En consecuencia, los dos trabajos se refuerzan entre sí: el primero aporta el marco conceptual de calidad y evidencia su efecto positivo en los pacientes, mientras que el segundo desglosa los mecanismos operativos que hacen posible que ese impacto sea sostenible en el tiempo. Desde una mirada integral de salud pública, la integración de estos hallazgos infiere que los hospitales públicos deben avanzar en un doble eje: por un lado, consolidar arquitecturas estratégicas de calidad basadas en liderazgo y mejora continua; y por otro, garantizar que los procesos operativos como el mantenimiento preventivo alineado a la programación quirúrgica, gestión trazable de inventarios, protocolos de coordinación interáreas y gobernanza clara estén implementados y monitoreados.

Para la Organización Mundial de la Salud, esta evidencia determina que fortalecer la gestión hospitalaria en países de ingresos medios como el Ecuador exige políticas nacionales que incorporen el enfoque macro de calidad con la micro gestión operativa, de manera que las mejoras en satisfacción del paciente y en eficiencia institucional se traduzcan en sistemas de salud más resilientes, equitativos y sostenibles.

Por otro lado, la comparación entre el presente estudio realizado en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga y la investigación de calidad y satisfacción de servicios de salud pública mediante el método SERVQUAL en Latacunga (Brathelotti et al., 2024) revela dos miradas complementarias de un mismo problema: lo que el paciente experimenta y lo que

la organización hace para sostener esa experiencia. Los estudios coinciden en que la mejora exige modelos de gestión explícitos, medición sistemática y ciclos formales de mejora continua; comparten además el uso de encuestas estructuradas y análisis no paramétricos adecuados a distribuciones no normales. A pesar de esto, difieren de manera sustantiva en su unidad de análisis: uno escucha a los usuarios y cuantifica brechas entre expectativas y percepciones, con énfasis en dimensiones sensibles para la ciudadanía; y el otro examina la oferta de servicios y mapea los engranajes que condicionan la eficiencia, identificando zonas de neutralidad administrativa que erosionan el desempeño. Analizados en conjunto, los hallazgos delinean una cadena causal meritoria: allí donde fallan los procesos, surgen las brechas que el usuario reporta en limpieza, aspecto físico, trato seguro y profesional.

La implicación para la gestión es clara, se requiere adoptar un enfoque dual que combine intervenciones visibles para el usuario con mejoras estructurales internas. Todo ello debe estar respaldado por un tablero de control integrado que vincule indicadores de experiencia del paciente con métricas operativas clave, como la utilización de quirófanos, niveles de servicio en farmacia, gestión de stocks críticos, tiempos de diagnóstico y cumplimiento del mantenimiento.

Desde una perspectiva de política pública, esta evidencia respalda la necesidad de establecer lineamientos nacionales que integren la gobernanza de la calidad con una disciplina operativa sólida, en especial en hospitales públicos que operan en contextos de recursos limitados.

## CONCLUSIONES

Las brechas en calidad y eficiencia en Ecuador no se explican solo por limitaciones presupuestarias, sino por la fragmentación institucional, deficiencias en gestión y una débil capacidad diagnóstica. Superarlas requiere una rectoría efectiva, redes integradas y un enfoque sostenido en atención primaria. En el ámbito hospitalario, se necesita institucionalizar modelos que alineen procesos, talento humano, tecnología y finanzas.

Los modelos de gestión en salud son fundamentales para traducir la misión institucional en resultados medibles. Su efectividad radica en integrar gestión por procesos, basada en resultados y planificación estratégica a las dimensiones operativa, asistencial, tecnológica y financiera. En hospitales públicos donde esta arquitectura falta, se observa saturación, ineficiencia y descontento; donde se implementa de forma correcta, se logra mayor

productividad, menores costos y mejora en la experiencia del paciente.

El estudio en el Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga, demuestra que la eficiencia operativa depende de tres factores: confiabilidad de los equipos biomédicos, oportunidad en la cadena farmacéutica y coordinación efectiva entre servicios. Las prioridades institucionales deben centrarse en alinear el mantenimiento con la programación quirúrgica, reforzar la trazabilidad de insumos y estandarizar la coordinación mediante protocolos y reuniones operativas breves.

En el Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga a pesar de contar con una base física y tecnológica adecuada, persisten fallas en los acoples entre los procesos clínicos y administrativos. La transición hacia procesos confiables exige estándares claros, acuerdos de nivel de servicio y sistemas de trazabilidad integrados, acompañados de una sincronización efectiva entre mantenimiento, inventarios y agendas asistenciales.

El modelo propuesto dota al Hospital de Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Latacunga de una arquitectura funcional compuesta por ocho subsistemas interdependientes. Estos permiten vincular estrategia con resultados clínicos, asegurar gobernanza, gestionar riesgos, fortalecer la seguridad del paciente, habilitar interoperabilidad y optimizar la operación hospitalaria. Su implementación requiere liderazgo conjunto, capacidades digitales, auditorías de proceso y monitoreo continuo a través de indicadores de desempeño. Solo así será posible transformar la capacidad instalada en atención continua, segura y eficiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brathelotti Álvarez, A. F., Álvarez Montalvo, A. del C., Montenegro Cueva, E. G., & Cárdenas, M. M. (2024). Calidad y satisfacción de servicios de salud pública mediante el método SERVQUAL en Latacunga, Ecuador. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 43. <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3711>
- Calderón Zambrano, D., Carbajal Llauce, C. T. de J., & Mendiburu Rojas, A. F. (2022). Modelo de gestión hospitalaria para mejorar el servicio de salud en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo: Hospital management model to improve the health service at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital. *Revista Pertinencia Académica*, 6(1), 71–87. <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2632>

D'Armas Granados, E., Ospedales, N., & Sarell, J. J. (2021). Propuesta de modelo de gestión para organizaciones públicas de salud en Venezuela. *Gestión I+D*, 6(2), 217–240. [https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_GID/article/view/22705](https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_GID/article/view/22705)

Garzón, D., Romero, D., Bonifaz, M., Gaviria, J., Mero, D., Gunsha, N., & Reyes, J. (2021). Adapting for the COVID-19 pandemic in Ecuador: A characterization of hospital strategies and patients. *PLOS ONE*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251295>

Guevara, G. (2023). The effect of the healthcare system's structure on COVID-19 dynamics in Ecuador. *Regional Science Policy & Practice*, 15(8), 1795-1820. <https://doi.org/10.1111/rsp3.12666>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores.

Nafari, E., & Rezaei, B. (2022). Relationship between human resources strategies and organizational performance based on the balanced scorecard in a public hospital in Iran: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 22(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07767-z>

Peres, I. T., Braga, L. D. C., Bastos, L. D. S. L., & Villalobos-Cid, M. (2025). Efficiency Analysis of Healthcare Systems in Latin American and Caribbean Countries: An Application Based on Data Envelopment Analysis. *Value in health regional issues*, 46, 101075. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2024.101075>

Piedra-Peña, J., & Prior, D. (2023). Analyzing the effect of health reforms on the efficiency of Ecuadorian public hospitals. *International journal of health economics and management*, 23(3), 361–392. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09346-z>

Purwadi, P., Restiani, Y., Junius, J., & Mahmudah, N. (2024). Strategic human resource management in healthcare: Elevating patient care and organizational excellence through effective HRM practices. *Golden Ratio of Data in Summary*, 4(2), 236–241. <https://doi.org/10.52970/grdis.v4i2.540>

Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Ean*, (82), 175–195. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

Salazar, J., & Raza, D. (2023). Modelo de gestión de la calidad para el sector de la salud. *Espíritu Emprendedor TES*, 7(2), 51–67. <https://doi.org/10.33970/eetes.v7.n2.2023.337>

Zeeb, H., Loss, J., Starke, D., Altgeld, T., Moebus, S., Geffert, K., & Gerhardus, A. (2025). Public health in Germany: Structures, dynamics, and ways forward. *The Lancet Public Health*, 10(4), 333–342. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7)

**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Autor	Roles
Carlos Fabricio Amán Garzón	Encargado de: Conceptualización, Metodología, Investigación
Ricardo Adolfo Ganzino Rodríguez	Encargado de: Validación, Análisis formal

**Contribución de los autores bajo taxonomía CRediT:**

Universidad & Sociedad publica sus artículos bajo una licencia Creative Commons <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

