

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

[DOI 10.35381/cm.v11i3.1814](https://doi.org/10.35381/cm.v11i3.1814)

Modelo de rotación y distribución eficiente de médicos rurales del distrito de salud La Troncal

Model of rotation and efficient distribution of rural doctors in the La Troncal health district

Dayana Brigitte Villamar-Meza
dayana.villamar.52@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0008-1929-3700>

Mireya Magdalena Torres-Palacios
Mireya.torres@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Azuay
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-7724-3313>

Recibido: 25 de junio 2025
Revisado: 30 de julio 2025
Aprobado: 15 de septiembre 2025
Publicado: 01 de octubre 2025

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue diseñar un modelo de rotación y redistribución eficiente del personal médico en los centros de salud rurales del cantón La Troncal – Ecuador. Se empleó un diseño no experimental y enfoque mixto, combinando análisis de registros administrativos, encuestas a médicos rurales y entrevistas semiestructuradas a autoridades de salud. Los resultados revelaron predominio de personal joven y femenino, contratos temporales, rotación insuficiente o descoordinada, limitaciones en infraestructura y apoyo logístico, y percepción de afectación en continuidad y motivación laboral. En conclusión, la organización y distribución del personal médico en los centros rurales de la Troncal enfrenta desafíos como la inestabilidad laboral, la escasez de recursos y la rotación ineficaz, que afectan la continuidad y calidad de la atención; se requiere una gestión integral del talento humano, con planificación estratégica, equilibrio en la carga laboral, desarrollo profesional, incentivos y sostenibilidad de la atención rural.

Descriptor: Personal médico; zona rural; salud; planificación estratégica; atención. (Tesauro UNESCO)

ABSTRACT

The objective of this research was to design an efficient model for the rotation and redistribution of medical personnel in rural health centers in the canton of La Troncal, Ecuador. A non-experimental design and mixed approach were used, combining analysis of administrative records, surveys of rural doctors, and semi-structured interviews with health authorities. The results revealed a predominance of young and female personnel, temporary contracts, insufficient or uncoordinated rotation, limitations in infrastructure and logistical support, and a perceived impact on continuity and work motivation. In conclusion, the organization and distribution of medical personnel in rural centers in La Troncal faces challenges such as job instability, resource shortages, and ineffective rotation, which affect the continuity and quality of care. Comprehensive human talent management is required, with strategic planning, balanced workloads, professional development, incentives, and sustainability of rural care.

Descriptors: Medical personnel; rural area; health; strategic planning; care. (UNESCO Thesaurus)

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

INTRODUCCIÓN

El año de medicina rural es un servicio social y pilar fundamental en la formación de los profesionales de salud, en el marco del cumplimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), estructurado para garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, dirigido a la población que vive en zonas de difícil acceso (Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador, 2023). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las comunidades rurales a nivel mundial oscilan entre el 51% y el 67% de dificultades para acceder a los servicios sanitarios y enfrentan condiciones socioeconómicas más desfavorables y una salud más precaria (Stewart, 2023).

Revisando datos a nivel mundial en Australia, se encontró que las zonas rurales y aisladas presentan índices más elevados de enfermedades. La esperanza de vida de los hombres que residen en zonas muy remotas de Australia es 14 años menor con relación a quienes viven en áreas metropolitanas; en mujeres, la brecha asciende a 19 años. Estos datos evidencian que la atención primaria en estas zonas es insuficiente en términos de capacidad, desempeño y equidad. En este país de Oceanía, la densidad de profesionales sanitarios colegiados a tiempo completo por habitante disminuye a medida que aumenta el grado de alejamiento geográfico, esta desigualdad es un problema de alcance global; La OMS afirma que la variabilidad en la adopción de modelos de atención primaria de salud de los diferentes países supone un reto en desarrollar, atraer, contratar y retener a los profesionales sanitarios en las zonas rurales y remotas (Stewart, 2023).

Un ejemplo claro de esta problemática se observa del mismo modo en Estados Unidos, donde la escasez de profesionales sanitarios se ha agravado en los últimos años. Esta situación limita el acceso a servicios de atención sanitaria en las zonas rurales, evidenciando disparidades entre áreas rurales y urbanas. Estas diferencias ponen de manifiesto la necesidad urgente de implementar políticas que promuevan la ampliación y distribución equitativa del personal clínico en zonas rurales, con el fin de garantizar el acceso universal y la equidad en la atención en salud. Este nudo

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

crítico no es reciente, el Congreso de este país creó el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud *National Health Services Corp* (NHSC) con el propósito de hacer frente a la escasez de médicos. La NHSC ofrece incentivos económicos a los médicos que se comprometen a ejercer en zonas de difícil acceso y con marcada escasez de profesionales que brindan atención médica, dental, nutricional y de salud mental (Baker et al., 2024).

En Ecuador, en el año 2008 se reformó la Constitución de la República para hacer de la salud un derecho garantizado; se buscó construir un nuevo modelo de atención integral en salud, que no se enfoque en las patologías y los servicios de salud curativos, sino en las personas, la familia y la comunidad, con una fuerte perspectiva de promoción, prevención y rehabilitación de la salud. Este cambio representó un giro importante en la visión del sistema sanitario ecuatoriano, priorizando un enfoque más humano e integral. El modelo comenzó ofreciendo servicios de salud gratuitos a toda la población, lo que aumentó la utilización de los servicios de salud en un 300 % durante ocho años consecutivos, período comprendido entre 2008 y 2016. Junto con una fuerte inversión en infraestructura sanitaria, el país aumentó los salarios del personal sanitario y contrató a más de 5000 profesionales del área de la salud entre 2012 y 2015.

Vera et al. (2022) señalan que el proceso de ampliación a los servicios asistenciales trajo consigo nuevos desafíos para el sistema de salud. El aumento en la demanda de atención médica en establecimientos generó sobrecarga laboral, derivada de la gratuidad del servicio, la escasez de medicamentos y el malestar de los pacientes. Si bien se observaron mejoras en la calidad de atención, diagnósticos más precisos y mejor acceso a fármacos, persistieron problemas como la falta de profesionales de salud, el deterioro de los equipos biomédicos y la escasa coordinación administrativa. El Ministerio de Salud Pública se encargó de velar por el acceso oportuno a los servicios y el profesionalismo del personal, si bien se identificó que el exceso de trámites burocráticos ocasionaba demoras en la prestación de la atención médica. A pesar de la satisfacción general por la gratuidad sanitaria, se registraron

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

quejas relacionadas con tratamientos ineficaces, reventa de medicamentos y dificultades de acceso en zonas remotas.

En tal contexto, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿cómo asegurar la cobertura continua de los servicios de salud en los centros de salud del cantón La Troncal – Ecuador? Por lo antes expuesto, el objetivo del presente estudio es: diseñar un modelo de rotación y redistribución eficiente del personal médico en los centros de salud rural del cantón la Troncal – Ecuador, que asegure la cobertura continua de los servicios de la salud.

Planificación del talento humano en salud como herramienta para la optimización y equidad en la distribución médica

La Planificación del Talento Humano en Salud (PTHS) se define como una estrategia integral y un proceso sistemático que permite anticipar, organizar y asignar al personal sanitario para responder a las demandas de un sistema de salud (Abelsen et al., 2020). Este enfoque busca garantizar una dotación adecuada de recursos humanos, con el fin de fortalecer la gobernanza y promover políticas y planes nacionales orientados a la previsión de los requerimientos futuros del sector (Pan American Health Organization, 2023). Asimismo, una planificación efectiva considera la optimización del uso del personal existente, por ejemplo, mediante el impulso de equipos interprofesionales que permitan a los trabajadores de la salud desempeñarse en su totalidad según su potencial profesional (Serchen et al., 2025). Este enfoque resulta esencial para lograr una distribución equitativa entre regiones urbanas y rurales. La estabilidad de la fuerza laboral es un pilar de la atención de calidad, sobre todo en áreas rurales con recursos limitados (Abelsen et al., 2020). La pandemia de COVID-19 evidenció la vulnerabilidad de los trabajadores sanitarios, quienes enfrentaron altos niveles de estrés, turnos extensos y cargas laborales excesivas. Esta experiencia refuerza la condición urgente de políticas que garanticen condiciones laborales justas y protejan tanto la salud física como mental del personal (Young, 2025). La relación entre planificación de talento humano y sistemas

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

resilientes muestra que una correcta gestión del personal fortalece la capacidad del sistema para adaptarse a crisis y cambios.

La distribución equitativa y la reducción de desigualdades posicionan a la PTHS como herramienta para alcanzar la equidad en salud, en especial en zonas rurales marginadas. Si esta planificación falla, se debilita la resiliencia del sistema y se perpetúan las inequidades, lo que convierte el problema en una cuestión de justicia social. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha destacado la urgencia de fortalecer la gobernanza en recursos humanos, promoviendo políticas y planes nacionales con énfasis en la previsión de requerimientos (PAHO, 2023). En su Plan Estratégico 2020–2025, la OPS sitúa la equidad como eje transversal en todas sus acciones (Bascolo et al., 2020), reforzando así el valor de la planificación del talento humano como instrumento de justicia social.

La redistribución eficiente del personal médico no es una acción aislada, es una consecuencia estratégica de esta planificación. Su éxito depende de la previsión adecuada y de la asignación optimizada de los recursos humanos. Esta redistribución se basa en varias dimensiones operativas. Una de ellas es la planificación de rotación, que implica la existencia de cronogramas formales que aseguren una cobertura constante en cada zona y el cumplimiento sistemático del plan durante todo el año (Abelsen et al., 2020). Esta planificación organizada permite pasar de asignaciones improvisadas a una gestión proactiva, garantizando estabilidad y continuidad de atención en zonas rurales.

Otra dimensión principal es el equilibrio en la carga laboral. Este componente busca distribuir de manera justa el volumen de trabajo entre centros rurales, midiendo la cantidad de pacientes por médico, comparando cargas entre establecimientos y garantizando una asignación equitativa de turnos. La sobrecarga de trabajo, aparte de afectar la calidad de atención, contribuye al agotamiento del personal y dificulta su retención (Abelsen et al., 2020). Por ello, balancear la carga laboral no solo es justo, es fundamental para la sostenibilidad de la fuerza médica rural. Es esencial la asignación del personal según carencia, lo cual implica tener en cuenta la demanda

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

poblacional y epidemiológica de cada zona. Este enfoque busca asegurar una adecuada proporción de médicos por población atendida y una correcta relación entre las especialidades médicas disponibles y los servicios requeridos (Barreto et al., 2020).

De acuerdo con Barreto et al. (2020), las zonas rurales suelen contar con una mayor disponibilidad de médicos generales en comparación con especialistas, lo que exige una planificación basada en datos concretos y necesidades reales del entorno. La sola presencia de un médico no es suficiente; se requiere disponer del profesional adecuado para cada escenario sanitario. En este sentido, la coordinación institucional adquiere un rol fundamental, puesto que implica establecer una comunicación constante y efectiva entre los distintos niveles administrativos, como distritos, centros de salud y personal médico.

Asimismo, se requiere una capacidad de respuesta oportuna ante contingencias o vacantes inesperadas (Abelsen et al., 2020). Contar con protocolos claros para la gestión de rotaciones no planificadas permite garantizar la continuidad en la atención. La OPS (PAHO, 2023) ha reiterado la importancia de fortalecer la gobernanza y la coordinación intersectorial como parte de una política coherente en materia de recursos humanos en salud.

La redistribución eficiente trata de movilizar personal e implica crear un sistema coordinado que garantice una gestión ágil y efectiva. No obstante, la gestión del talento médico en zonas rurales enfrenta numerosos obstáculos. La mala distribución del personal sigue siendo una constante, agravada por el cierre de hospitales y el agotamiento de los pocos trabajadores existentes. Entre los factores que alimentan esta situación están una formación médica centrada en entornos urbanos, la alta proporción de adultos mayores en zonas rurales, la escasez de especialistas, las oportunidades limitadas de desarrollo profesional y las condiciones laborales poco atractivas. Estos elementos conforman un ciclo negativo. La falta de formación rural genera escasez de personal, lo que aumenta la carga laboral, ocasiona agotamiento y dificulta aún más la retención (Young, 2025).

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

Romper este ciclo requiere intervenciones sistémicas y no medidas aisladas. Entre las estrategias recomendadas figura la optimización del uso del personal existente, impulsando equipos interprofesionales y permitiendo que los trabajadores ejerzan todo su potencial profesional. Es necesario invertir en formación con enfoque rural mediante residencias, becas específicas y la eliminación de barreras regulatorias que dificultan el ejercicio en esas zonas (Young, 2025). Un modelo destacado es el que promueve la formación local de médicos rurales, fomentando el sentido de pertenencia y aumentando el número de profesionales que eligen trabajar en estas zonas (Wheat, 2025).

Esto refuerza la idea de que no basta con imponer medidas desde arriba; las estrategias deben ser ascendentes, atendiendo las demandas sociales y familiares del personal médico (Young, 2025). En última instancia, la retención es vital para garantizar continuidad y sostenibilidad. Las estrategias deben incluir incentivos como vivienda, subsidios y plataformas digitales de formación continua. Resulta fundamental ofrecer oportunidades claras de crecimiento profesional y aplicar incentivos no económicos que reconozcan el trabajo en zonas remotas (Abelsen et al., 2020). La apuesta por el bienestar y el desarrollo profesional de los médicos rurales favorece su continuidad en el ámbito laboral y contribuye a la mejora la calidad de la atención sanitaria, consolidando una fuerza laboral competente y comprometida.

Cobertura continua de servicios de salud: garantizando acceso sostenido y equidad en zonas rurales

La cobertura continua de servicios de salud se refiere a garantizar el acceso permanente y adecuado a la atención médica en todas las etapas de la vida, con el fin de reducir brechas en poblaciones vulnerables y mantener disponibles los recursos necesarios (Bascolo et al., 2020). La falta de esta cobertura es un factor determinante en las desigualdades sanitarias, manifestándose en mayores tasas de mortalidad y una prevalencia más alta de enfermedades crónicas en las zonas

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

rurales, que a menudo se asocian con un acceso limitado a los servicios (Sanz & Oliva, 2021). Por ello, un aspecto fundamental para evaluar la continuidad de la atención es el seguimiento efectivo de los pacientes, en particular aquellos con enfermedades crónicas, evitando interrupciones en sus tratamientos por falta de personal (Punzalan et al., 2023).

En las zonas rurales se registran tasas más altas de mortalidad y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, problemas que se asocian con el limitado acceso a servicios médicos. Por tanto, esta cobertura mejora los resultados clínicos, promueve la equidad social, atacando uno de los determinantes estructurales de la salud. Para que exista cobertura continua, se deben cumplir varias dimensiones operativas. Una de ellas es la disponibilidad de personal médico, evaluada por el número de días con atención efectiva, la tasa de cobertura de turnos por establecimiento y el porcentaje de plazas médicas ocupadas. La carencia de personal en zonas rurales es una de las causas más frecuentes de interrupción de servicios básicos (Sanz & Oliva, 2021).

La accesibilidad del servicio se mide a través del tiempo de espera para una consulta, el número diario de pacientes atendidos y el cumplimiento de horarios establecidos. En condiciones rurales, las barreras geográficas, la falta de transporte y los largos trayectos complican el acceso a la atención. Se estima que un 56% de la población rural mundial carece de cobertura de salud, frente al 22% de la población urbana (Sanz & Oliva, 2021), lo que refleja una brecha estructural alarmante. Otro aspecto central es la continuidad de la atención, que se valora con indicadores como los tratamientos interrumpidos por ausencia médica, reprogramaciones por falta de personal y el seguimiento de pacientes crónicos (Punzalan et al., 2023). Aquí, la Atención Primaria de Salud (APS) tiene un rol esencial, pues garantiza la atención longitudinal.

El seguimiento continuo de pacientes con enfermedades crónicas es esencial en zonas rurales, donde estas patologías son más prevalentes (Serchen et al., 2025). La satisfacción del usuario, influenciada por factores como empatía, comunicación y

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

actitud del personal médico, es un indicador de la calidad del servicio. En Ecuador, se ha evidenciado una relación directa entre la calidad humana del trato y la satisfacción del paciente, con deficiencias en profesionalismo y empatía (Zambrano & Serpa, 2025).

La telesalud se presenta como una herramienta estratégica para mejorar la cobertura médica en áreas rurales, al facilitar el acceso a especialistas, reducir desplazamientos y generar beneficios logísticos, económicos y ambientales (Moncho et al., 2022). Sin embargo, su efectividad depende de políticas públicas integrales que consideren la infraestructura, el desarrollo económico local y la inversión social (Serchen et al., 2025). Por ello, los modelos de rotación y redistribución del personal deben insertarse en un enfoque intersectorial que promueva la equidad y el bienestar integral en las comunidades rurales.

MÉTODO

El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, dado que no se manipuló ninguna variable y se observó el fenómeno en su ambiente natural para su análisis. El enfoque fue mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas. Se analizaron registros y documentos institucionales, así como datos administrativos sobre disponibilidad y distribución del personal médico. El alcance de la investigación fue descriptivo, pues se recolectó información de forma independiente sobre las variables de interés sin definir relaciones causales. La finalidad fue transversal, en vista de que se recolectaron y analizaron datos en un único momento con el propósito de describir la situación de la rotación y redistribución del personal (Hernández et al., 2014).

Se aplicó el método analítico–sintético, con el cual se descompuso la información para identificar los elementos esenciales del problema y se integraron en generalizaciones útiles para la propuesta del modelo. El método inductivo–deductivo, permitió construir conocimiento a partir de casos particulares observados y, a su vez, derivar conclusiones desde planteamientos generales hacia situaciones específicas

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

(Rodríguez & Pérez, 2017). En última instancia, se aplicó el modelado como procedimiento metodológico. Este consistió en la elaboración de una propuesta estructurada que representó de manera abstracta la realidad de los centros de salud rurales, incorporando sus características esenciales y permitiendo explicar los elementos críticos de la rotación y redistribución del personal (Tamayo et al., 2017). Los resultados de este proceso posibilitaron la construcción de un modelo orientado a garantizar la cobertura continua de los servicios de salud en el cantón La Troncal. Los sujetos de análisis fueron los médicos rurales que laboraron en los centros de salud del cantón La Troncal. La población estuvo conformada por 34 médicos rurales que trabajaron en los meses de julio, agosto y septiembre de 2025. La técnica principal fue la encuesta, aplicada con el propósito de recoger información sobre percepciones, experiencias y necesidades relacionadas con la rotación y redistribución del personal médico rural. El instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado en cuatro bloques temáticos. El bloque 1 incluyó cuatro preguntas de datos generales como sexo, edad, experiencia laboral y tipo de contrato. El bloque 2 abarcó seis preguntas sobre condiciones laborales vinculadas con reubicación, permanencia, accesibilidad, infraestructura y apoyo logístico. El bloque 3 comprendió seis preguntas sobre la percepción del personal en relación con la continuidad de la atención, la motivación, la pertinencia de la redistribución y el impacto en las competencias. El bloque 4 integró seis preguntas orientadas a propuestas y expectativas, como criterios de redistribución, apoyos necesarios, tiempo de permanencia ideal y consecuencias de la falta de un modelo estructurado. De manera complementaria, se aplicaron entrevistas semiestructuradas a autoridades de salud del cantón, con el objetivo de obtener la visión institucional sobre la asignación y rotación de personal. Las entrevistas indagaron sobre la problemática principal, criterios de asignación, limitaciones administrativas, presupuestarias o legales, impacto de un modelo formal y propuestas para garantizar su viabilidad.

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

El diseño del cuestionario se elaboró en *Google Forms*. Su aplicación se efectuó mediante un enlace digital, distribuido a los médicos rurales a través de dispositivos móviles. Las entrevistas a las autoridades se realizaron en formato presencial o virtual, según disponibilidad. La información recolectada fue organizada y tabulada en matrices de análisis, lo que permitió su posterior procesamiento e interpretación. Los datos recopilados se sistematizaron, tabularon y examinaron a través del programa estadístico JASP.

RESULTADOS

En el presente apartado se exponen los principales resultados obtenidos en la investigación desarrollada en los centros de salud del cantón La Troncal, los cuales permiten evidenciar la situación actual de la organización y funcionamiento del personal médico en dichos establecimientos. Los hallazgos presentados constituyen la base para el análisis y la discusión, orientando la propuesta de un modelo de rotación y redistribución que contribuya a mejorar la cobertura y continuidad de los servicios de salud en la zona.

Los resultados descriptivos evidencia 34 respuestas válidas en la mayoría de las variables, salvo en tipo de contrato (31). La prueba de Shapiro-Wilk mostró significancia en todas ($p < 0,001$), confirmando ausencia de normalidad tanto en las características sociodemográficas como en las percepciones laborales del personal de salud.

En las variables edad y sexo, la moda en la edad fue de 24 años, mientras que en el sexo predominó el femenino, lo que refleja la mayor frecuencia de participantes con esas características dentro de la muestra analizada. Sobre el tiempo de experiencia laboral en el sector salud, la mayoría de los participantes (más del 50%) reportó tener menos de 1 año de experiencia. En relación con el tipo de contrato, el contrato ocasional fue el predominante, concentrando también a más de la mitad de la muestra, lo que indica que la mayoría de los participantes tienen trayectoria reciente y condiciones contractuales temporales.

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

La mayoría de los participantes (88,2%) indicó que trabaja en un centro de salud rural, lo que confirma su vínculo directo con la realidad de estas unidades. En la frecuencia de reubicación o rotación, las respuestas se distribuyeron casi de forma equitativa entre quienes nunca rotan (32,4 %), los que lo hacen una vez al año (35,3%) y aquellos que cambian de centro entre dos y tres veces al año (32,4%).

Respecto a la duración de permanencia en los centros, el 61,8 % de los encuestados considera adecuada su estadía en cada unidad. No obstante, un 26,5 % expresa desacuerdo, lo que evidencia percepciones divididas que podrían estar vinculadas a factores como la carga asistencial, la rotación institucional o la planificación operativa. En la infraestructura y equipamiento, un 67,6% señaló que son insuficientes, mientras que solo el 17,6% los considera adecuados. Respecto al traslado hacia los centros, un 41,2% lo percibe como poco accesible, en contraste con un 17,6% que lo valora como muy accesible. La gran mayoría (88,2%) manifestó que no recibe apoyo logístico en temas como transporte, vivienda o alimentación.

Sobre el impacto de la rotación en la atención médica, un 44,1% indicó que no contribuye a mejorar la distribución, y un 38,2% opinó que solo lo hace parcialmente. Asimismo, un 70,6% considera que la rotación actual afecta la continuidad en la atención a los pacientes, y el impacto en la motivación laboral se muestra más neutro (55,9%), aunque un 35,3% percibe efectos negativos.

En la redistribución del personal, un 52,9% señaló que no responde a las necesidades reales de los centros de salud, y un 76,5% dijo no recibir información clara ni oportuna sobre las decisiones de rotación. El 35,3% considera que este proceso sí le ha permitido ampliar sus competencias profesionales.

Pese a estas limitaciones, un 85,3% de los participantes estaría de acuerdo en que se diseñe un modelo formal de rotación y redistribución en La Troncal (ver tabla 1). En lo referente al tiempo ideal de permanencia antes de una rotación, el 44,1% sugirió seis meses, seguido del 38,2% que indicó un año. Como criterios prioritarios en la redistribución, predominó la demanda de pacientes (55,9%), mientras que, en apoyos necesarios para una rotación eficiente, el transporte (50%) fue el más

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

señalado. Las consecuencias de la ausencia de redistribución eficiente, un 70,6% observó una disminución en la calidad de la atención, mientras que un 29,4% reportó aumento en los tiempos de espera.

Tabla 1

Frecuencias para ¿Estaría de acuerdo en que se diseñe un modelo formal de rotación y redistribución en los centros de salud rurales de La Troncal?

¿Estaría de acuerdo en que se diseñe un modelo formal de rotación y redistribución en los centros de salud rurales de La Troncal?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	29	85.3	85.3	85.3
No	5	14.7	14.7	100.0
Total	34	100.0		

Elaboración: Los autores.

La apreciación de accesibilidad al traslado hacia los centros de salud rurales no varía según la frecuencia de rotación del personal ($X^2 = 4.474$, $gl = 6$, $p = 0.613$) (ver tabla 2). La reubicación no influye de manera decisiva en la accesibilidad, puesto que factores logísticos como infraestructura vial, transporte disponible y apoyo institucional son más relevantes para mejorar la movilidad del personal en zonas rurales.

Tabla 2

Distribución de la accesibilidad percibida al traslado y frecuencia de reubicación del personal en centros rurales.

¿Con qué frecuencia es reubicado o rotado en otro centro de salud?	¿Qué tan accesible considera el traslado hacia los centros de salud rurales donde labora?				Total
	Muy accesible	Accesible	Poco accesible	Inaccesible	
Nunca	2	5	4	0	11
1 vez al año	2	3	5	2	12

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

2-3 veces al año	2	4	5	0	11
Total	6	12	14	2	34
Contrastes Chi-cuadrado					
	Valor	gl	p		
X ²	4.474	6	.613		
N	34				

Elaboración: Los autores.

La rotación del personal está asociada con la motivación laboral. Quienes consideran que la rotación mejora la distribución de la atención reportan efectos positivos o neutros en su motivación, mientras que quienes la aprecian como poco efectiva tienden a experimentar impactos negativos o neutros. El análisis Chi-cuadrado confirma esta relación significativa ($X^2 = 18.26$; $gl = 4$; $p = 0.001$), evidenciando que la valoración de la rotación influye en la motivación del personal sanitario.

Los resultados de la entrevista con autoridades del distrito de salud 03D03 La Troncal muestran que la principal dificultad en los centros rurales es la escasez de personal estable, la rotación frecuente de médicos y la falta de condiciones que aseguren su permanencia, lo cual afecta la continuidad de la atención y genera desconfianza en la comunidad. Los criterios de asignación del personal se apoyan en la demanda de pacientes, número de profesionales disponibles, carga poblacional y accesibilidad, aunque suelen ser percibidos como insuficientes o poco claros.

Las limitaciones más señaladas son los presupuestos restringidos, la lentitud administrativa, la carencia de transporte, vivienda y seguridad, además de la ausencia de incentivos laborales. Se coincide en que un modelo de rotación y redistribución estructurado tendría un efecto positivo al mejorar la cobertura, la equidad y la confianza en el sistema, siempre que contemple periodos definidos, acompañamiento técnico y medidas que mantengan la continuidad del servicio. Entre las propuestas surgen la mejora de la gestión administrativa, asignación de recursos específicos para salud rural, criterios claros basados en datos

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

epidemiológicos, incentivos económicos y sociales, vivienda y transporte garantizados, así como mecanismos de monitoreo y evaluación continua.

Diseño de un modelo de rotación y redistribución eficiente del personal médico en los centros de salud rural del cantón la Troncal – Ecuador

El sistema de gestión del clima organizacional para los centros de salud rurales del cantón La Troncal se fundamenta en la planificación estratégica del talento humano, el equilibrio en la carga laboral, la mejora de las condiciones de trabajo y el desarrollo profesional del personal, con el fin de garantizar motivación, estabilidad y sentido de pertenencia (ver figura 1).

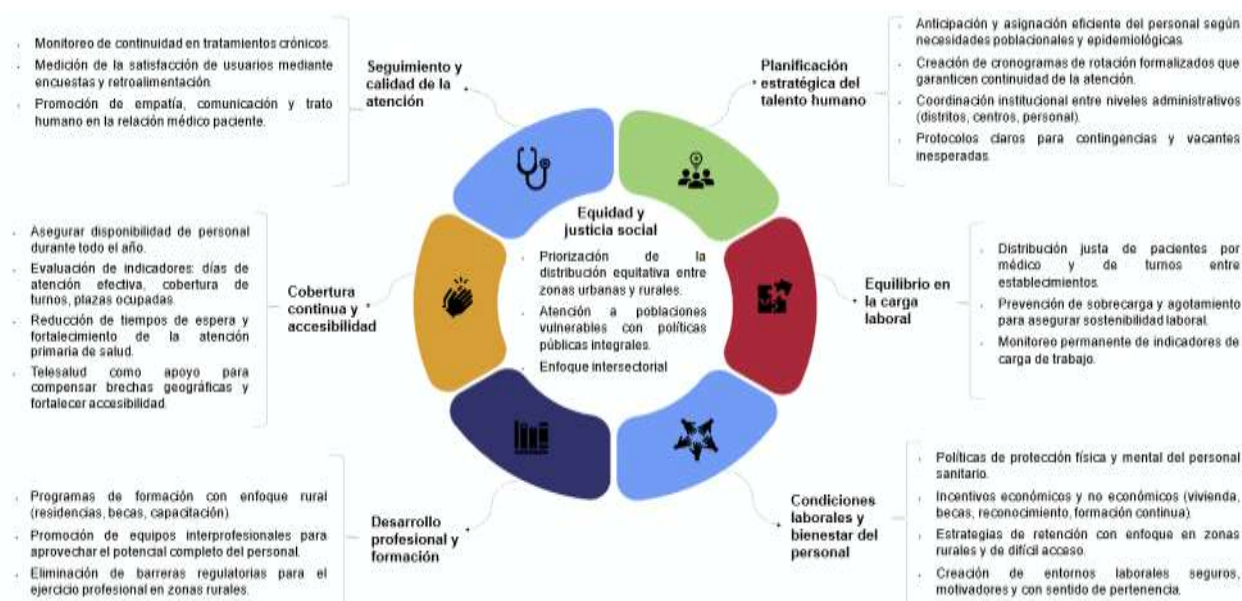


Figura 2. Componentes del sistema de gestión del clima organizacional en centros de salud rurales

Fuente: Personal de salud de centros rurales.

Planificación estratégica del talento humano: busca asignar el personal de forma anticipada y eficiente según las necesidades poblacionales, mediante cronogramas de rotación, coordinación administrativa y protocolos para contingencias, garantizando continuidad, eficiencia y estabilidad en la atención de salud.

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

Equilibrio en la carga laboral: este subsistema busca distribuir de manera justa la cantidad de pacientes por médico y los turnos entre los distintos establecimientos. Promueve la prevención de la sobrecarga laboral y el agotamiento del personal, lo que garantiza la sostenibilidad del trabajo a largo plazo. Establece un monitoreo constante de indicadores de carga laboral para detectar y corregir desequilibrios antes de que afecten la calidad de la atención o el bienestar de los trabajadores.

Condiciones laborales y bienestar del personal: su propósito es crear entornos seguros y motivadores, con protección física y mental, incentivos económicos y no económicos y estrategias específicas en zonas rurales o de difícil acceso, garantizando estabilidad laboral y satisfacción profesional.

Desarrollo profesional y formación: impulsa la capacitación y el crecimiento profesional del personal sanitario, en contextos rurales mediante programas de formación, becas, residencias y trabajo interprofesional, eliminando barreras regulatorias que para elevar la competencia, motivación y calidad de la atención.

Cobertura continua y accesibilidad: se enfoca en asegurar la disponibilidad de personal durante todo el año, reduciendo interrupciones en la prestación de servicios. Evalúa indicadores, como días de atención efectiva, cobertura de turnos y plazas ocupadas, para optimizar la asignación de recursos. Busca reducir los tiempos de espera y fortalecer la atención primaria de salud, complementándose con el uso de la telesalud para superar barreras geográficas y mejorar la accesibilidad a la población.

Seguimiento y calidad de la atención: tiene como objetivo garantizar la continuidad y calidad de los servicios. Incluye el monitoreo de tratamientos crónicos, la medición de la satisfacción de los usuarios, y la promoción de la empatía, la comunicación efectiva y el trato humano en la relación médico paciente. Aspira consolidar un entorno de confianza, seguridad y satisfacción tanto para pacientes como para el personal sanitario.

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

Equidad y justicia social: su enfoque está en asegurar que los servicios de salud se distribuyan de manera equitativa entre zonas urbanas y rurales, atendiendo de forma prioritaria a poblaciones vulnerables mediante políticas integrales e intersectoriales que aseguren acceso justo y oportunidades iguales todos los ciudadanos, fortaleciendo la responsabilidad social del sistema sanitario.

DISCUSIÓN

La gestión del recurso humano en salud rural constituye un desafío crítico para garantizar la cobertura y continuidad de los servicios sanitarios, en contextos de alta vulnerabilidad y limitaciones estructurales. En este sentido, la presente investigación desarrollada en los centros de salud rurales del cantón La Troncal – Ecuador, y el estudio de Cosgrave (2020) en Australia, convergen en la identificación de problemáticas comunes y ofrecen perspectivas complementarias para la formulación de estrategias de fortalecimiento institucional.

Ambos estudios coinciden en que la inestabilidad del personal sanitario y la ausencia de condiciones adecuadas de trabajo representan factores determinantes que afectan la continuidad de la atención, la motivación del personal y la confianza de la comunidad en los servicios de salud. En La Troncal, la investigación evidenció que la mayoría de los médicos rurales son jóvenes, con contratos temporales y escasa experiencia. De manera análoga, el estudio australiano resalta que la retención de profesionales en áreas rurales depende no solo de incentivos económicos, sino también de la existencia de redes de apoyo, oportunidades de desarrollo profesional y un clima organizacional favorable.

A pesar de estas similitudes, se identifican diferencias sustanciales en el enfoque y alcance de ambos estudios. En La Troncal, la investigación adopta un enfoque operativo y transversal, centrado en la rotación y redistribución eficiente del personal, considerando criterios de demanda poblacional, accesibilidad geográfica e infraestructura disponible. Este enfoque permitió construir un modelo estructurado de rotación, con el propósito de garantizar cobertura continua y equidad en la prestación

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

de servicios. En contraste, el estudio de Cosgrave (2020) plantea un marco conceptual de retención, enfocado en la satisfacción, motivación, bienestar y estabilidad del personal a largo plazo, considerando factores interpersonales, comunitarios y organizacionales.

Desde la perspectiva metodológica, ambos estudios emplean enfoques mixtos. Sin embargo, el estudio realizado en La Troncal integra análisis estadístico de encuestas y entrevistas semiestructuradas, mientras que el estudio australiano se centra en un análisis cualitativo y teórico, proporcionando un marco conceptual generalizable a distintas regiones rurales. Esta diferencia refleja la complementariedad entre evidencia empírica local y marcos conceptuales internacionales, donde la primera permite identificar necesidades concretas y la segunda ofrece lineamientos estratégicos de implementación sostenible.

La convergencia entre ambos estudios reafirma que la gestión proactiva del talento humano en salud rural requiere planificación operativa, condiciones de trabajo adecuadas y estrategias de desarrollo profesional, en un marco que considere tanto la eficiencia en la distribución de personal como la retención a largo plazo. La evidencia infiere que los modelos de rotación y redistribución, cuando se estructuran bajo principios de equidad, continuidad y motivación constituyen un instrumento eficaz para reducir brechas de cobertura, mejorar la calidad y fortalecer la confianza comunitaria en la salud rural.

En China, las intenciones de rotación de los estudiantes de medicina rurales están mediadas por normas sociales, actitudes conductuales y oportunidades externas (Zhu et al., 2025), mientras que, en La Troncal, Ecuador la rotación frecuente y la falta de personal estable afectan de forma directa la cobertura y generan desconfianza en la comunidad. Ambos estudios coinciden en que factores contextuales, sociales y organizativos son determinantes de la permanencia del personal. La rotación no planificada disminuye la motivación, interrumpe la continuidad de la atención y limita la formación profesional, lo que subraya la necesidad de estrategias integrales de retención.

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

El estudio de Zhu et al. (2025) adopta un enfoque cualitativo centrado en intenciones individuales, mientras que La Troncal utiliza un enfoque mixto para construir un modelo operativo de rotación y redistribución, incluyendo planificación estratégica, condiciones laborales, desarrollo profesional y mecanismos de seguimiento. De manera integral, la evidencia sugiere que las políticas de retención en salud rural deben combinar incentivos individuales y familiares con gestión organizativa eficiente, asegurando equidad, continuidad de la atención y fortalecimiento del sistema sanitario en contextos rurales.

CONCLUSIONES

La inequidad en el acceso a la atención sanitaria en zonas rurales es un desafío global y local que afecta la salud y la esperanza de vida de las poblaciones. Si bien el modelo de atención integral de salud familiar, comunitaria e intercultural en Ecuador ha ampliado la cobertura y la gratuidad de los servicios, persisten problemas críticos como la escasez de personal, la sobrecarga laboral y la insuficiente infraestructura.

La planificación del talento humano en salud es esencial para garantizar equidad, sostenibilidad y calidad en la atención, en zonas rurales. Una gestión estratégica que integre formación con enfoque rural, rotación planificada, equilibrio en la carga laboral, desarrollo profesional y bienestar del personal fortalece la resiliencia del sistema y la retención de médicos.

La cobertura continua de servicios de salud en zonas rurales es vital para reducir desigualdades, mejorar resultados clínicos y garantizar equidad. Su éxito depende de la disponibilidad de personal, accesibilidad, seguimiento de pacientes y satisfacción del usuario, apoyado por herramientas como la telesalud.

La organización y distribución del personal médico en los centros rurales de La Troncal enfrenta desafíos como la inestabilidad laboral, la escasez de recursos y la rotación ineficaz, que afectan la continuidad y calidad de la atención. La amplia aceptación de un modelo formal de rotación y redistribución evidencia la oportunidad

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

de mejorar la equidad, la cobertura y la confianza comunitaria mediante planificación estratégica, apoyos logísticos, incentivos y monitoreo, fortaleciendo un sistema de salud rural resiliente y sostenible.

A pesar de que el modelo propuesto de rotación y redistribución del personal médico en La Troncal aún se encuentra en etapa de formulación y no ha sido validado empíricamente, sus fundamentos teóricos evidencian un enfoque integral de gestión del talento humano. Este modelo plantea que la combinación de planificación estratégica, equilibrio en la carga laboral, oportunidades de desarrollo profesional y promoción del bienestar puede mejorar significativamente la estabilidad laboral, la motivación del personal y la continuidad en la atención médica en zonas rurales. Además, al incorporar herramientas como la tele salud, el seguimiento continuo y un enfoque centrado en la equidad, se proyecta como una estrategia viable para optimizar la distribución del personal de salud y reducir las brechas de acceso en contextos vulnerables.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

AGRADECIMIENTO

A todos los factores sociales que influyeron en el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 1-10. <https://n9.cl/hk5dor>
- Baker, O., Horvitz-Lennon, M., & Yu, H. (2024). Clinician Distribution and Type in Rural and Urban Areas of the National Health Services Corps. *JAMA Network*, 1-5. <https://n9.cl/4gk8ir>

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

- Barreto, T., Jetty, A., Eden, A., Petterson, S., Bazemore, A., & Peterson, L. (2020). Distribution of Physician Specialties by Ruralty. *The Journal of Rural Health*, 714-722. <https://n9.cl/wkzr2>
- Bascolo, E., Houghton, N., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2020). A renewed framework for the essential public health functions in the Americas. *Pan American Journal of Public Health*, 1-8. <https://n9.cl/36v11>
- Cosgrave, C. (2020). The Whole-of-Person Retention Improvement Framework: A Guide for Addressing Health Workforce Challenges in the Rural Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-14. <https://n9.cl/39so1a>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Moncho, M., Aparisi, S., Defez, B., Davol, A., & Peris, G. (2022). Health care in rural areas: proposal of a new telemedicine program assisted from the reference health centers, for a sustainable digitization and its contribution to the carbon footprint reduction. *Heliyon*, 1-6. <https://n9.cl/h8c56>
- Pan American Health Organization. (2023). Strengthening the health workforce in the Americas: Focusing on critical shortages, distribution and quality. *Pan American Journal of Public Health*, 1-2. <https://n9.cl/4ycwj>
- Punzalan, J., Guingona, M., Punzalan, M., Cristobal, F., Frahsa, A., & Liwanag, H. (2023). The Integration of Primary Care and Public Health in Medical Students' Training Based on Social Accountability and Community-Engaged Medical Education. *International Journal of Public Health*, 1-12. <https://n9.cl/1o5ju>
- Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador. (24 de febrero de 2023). *Registro Oficial Órgano de la República del Ecuador*. <https://n9.cl/pj918>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 1-26. doi: <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
- Sanz, E., & Oliva, J. (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 185-194. Epub. <https://n9.cl/csdcb>

Dayana Brigitte Villamar-Meza; Mireya Magdalena Torres-Palacios

- Stewart, R. (2023). Building a rural and remote health workforce: an overview of effective interventions. *The Medical Journal of Australia*, S3-S4. <https://n9.cl/ibp24>
- Tamayo, C., Roca, M., & Nápoles, G. (2017). La modelación científica: algunas consideraciones teórico-metodológicas. *Santiago*, 79-90. <https://n9.cl/e4a1a>
- Vera, L., Cuadros, C., & Zambrano, M. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 10(2), . Epub. <https://n9.cl/ev0vr>
- Wheat, J. (2025). Twenty-five years of Alabama's Rural Health Leaders Pipeline: what difference has it made? *Frontiers in Medicine*, 1-11. <https://n9.cl/3wlkr>
- Young, J. (2025). How Private Equity Undermines Rural Health Equity. *AMA Journal of Ethics*, 369-375. <https://n9.cl/d2r0zc>.
- Zhu, P., Xu, X., Zhai, C., He, C., Su, Y., Yuan, H., Tang, Z. (2025). Turnover intentions among rural-oriented medical students in Western China: a constructivist grounded theory study. *Primary Health Care Research & Development*, 1-7. <https://n9.cl/236jn>