Modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del Cantón Taisha, Morona Santiago durante el período 2023-2025

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Hugo Nicolás Trávez Morales

México-Junio, 2026

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Trávez Morales, H. N. (2026). Modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago. [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX]

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

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

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

Resumen

La investigación analizó la limitada capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, caracterizada por dispersión geográfica, barreras de acceso, fragmentación institucional y escasa pertinencia intercultural. El objetivo fue diseñar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial que fortalezca la respuesta institucional mediante la articulación de actores comunitarios, institucionales y gubernamentales. Se empleó un enfoque mixto con diseño secuencial exploratorio; la fase cualitativa incluyó entrevistas semiestructuradas, grupos focales y análisis documental, mientras que la fase cuantitativa se sustentó en una encuesta aplicada a 50 participantes, entre actores institucionales y representantes comunitarios. Los resultados evidenciaron debilidades en la coordinación interinstitucional, los tiempos de respuesta, la adecuación cultural de las intervenciones y la confianza comunitaria; no obstante, también mostraron una alta aceptación de un modelo participativo e intercultural. A partir de estos hallazgos se diseñó el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), integrado por subsistemas de gobernanza, inteligencia epidemiológica, planificación y financiamiento territorial, participación comunitaria, respuesta operativa y mejora continua. La propuesta fue valorada mediante juicio de ocho expertos y análisis de factibilidad, obteniendo una evaluación favorable en pertinencia, coherencia, innovación, sostenibilidad e impacto potencial. Se concluye que el MOGESIT constituye una alternativa técnicamente fundamentada y contextualizada para fortalecer la gestión sanitaria ante emergencias epidemiológicas en territorios indígenas amazónicos.

Palabras clave: gobernanza sanitaria; interculturalidad en salud; emergencias epidemiológicas; comunidades indígenas; gestión territorial.

Abstract.

This research addresses the limited institutional capacity to respond to epidemiological emergencies in Amazonian indigenous territories, focusing on the Taisha canton in Morona Santiago province, Ecuador. This context is characterized by complex geographical conditions, dispersed populations, structural weaknesses in the health system, and a significant gap between institutional biomedical approaches and indigenous traditional health practices. Based on the analysis of recent events, such as the leptospirosis outbreak between 2024 and 2025, shortcomings were identified in planning, inter-institutional coordination, cultural relevance, community participation, and integrated resource management, all of which constrain the effectiveness of health responses. The objective of the study was to design an intercultural and territorial health governance model aimed at strengthening institutional response capacity in the face of epidemiological emergencies through the effective articulation of community, institutional, and governmental actors. Methodologically, the research adopted a mixed-methods approach with a sequential exploratory design, integrating a qualitative phase based on interviews, focus groups, and document analysis, with a quantitative phase supported by structured surveys applied to institutional and community actors.The findings revealed significant weaknesses in inter-institutional coordination, response times, cultural appropriateness of interventions, and community trust in the health system. However, they also showed a favorable disposition toward participatory, intercultural, and territorially adapted management models. Based on these findings, the Intercultural and Territorial Health Governance Model (MOGESIT) was designed, structured around governance, epidemiological intelligence, territorial planning and financing, community participation, operational response, and continuous improvement subsystems.The proposal was assessed through expert judgment and feasibility analysis, receiving a favorable evaluation in terms of relevance, coherence, innovation, sustainability, and potential impact. It is concluded that MOGESIT constitutes a technically grounded and context-sensitive alternative to strengthen territorial health management in response to epidemiological emergencies in Amazonian indigenous communities, with potential adaptation to similar contexts in Ecuador.

Keywords: health governance; intercultural health; epidemiological emergencies; Indigenous communities; territorial health management.

Agradecimientos.

El desarrollo de esta tesis ha sido un proceso que trasciende lo académico, convirtiéndose en un espacio de aprendizaje constante, reflexión crítica y compromiso personal con la realidad del territorio amazónico. En este camino, deseo expresar mi profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que, de una u otra manera, hicieron posible la culminación de este trabajo.

En primer lugar, agradezco a mi asesora de tesis, por su acompañamiento, orientación y apertura durante el desarrollo de la investigación. Sus observaciones y recomendaciones fueron fundamentales para dar forma y rigor a este estudio.

Extiendo mi reconocimiento a la Universidad de Investigación e Innovación de México, por brindarme el espacio académico y las herramientas necesarias para fortalecer mi formación en gerencia hospitalaria, así como por promover una visión crítica e integral de los sistemas de salud.

De manera especial, agradezco a los profesionales del sistema de salud, autoridades locales y actores comunitarios del cantón Taisha, quienes compartieron su tiempo, experiencias y perspectivas durante el proceso investigativo. Su participación no solo enriqueció este trabajo, sino que le dio sentido y dirección, al permitir comprender de manera más profunda las realidades y desafíos del territorio.

Mi gratitud también se dirige a las comunidades indígenas que, desde su sabiduría y apertura, permitieron un acercamiento respetuoso a sus formas de comprender la salud, el cuidado y la vida en comunidad. Este trabajo busca, en parte, reconocer y valorar esos conocimientos que históricamente han sido invisibilizados.

Finalmente, agradezco a mi familia por su apoyo constante, paciencia y comprensión durante este proceso. Su acompañamiento ha sido un pilar fundamental para culminar esta etapa.

Dedicatorias.

A mi esposa Christina y a mi hijo Emiliano, que son mi refugio, mi impulso y el motivo más profundo detrás de cada paso que doy. Gracias por sostenerme en los momentos de cansancio, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por recordarme que todo esfuerzo vale la pena cuando se construye con amor.

A mi mamá, Janeth, por su amor incondicional, por su paciencia infinita y por haber sido siempre un ejemplo de fortaleza. Todo lo que soy hoy tiene su raíz en lo que aprendí de ella, en casa, en lo cotidiano, en lo que no se enseña con palabras sino con vida.

Y a mi papá, Hugo…
Esta parte siempre será difícil de escribir.

Me enseñaste desde pequeño lo que significa ser firme, responsable y no rendirse. Me formaste para la vida, no solo para estudiar, y eso es algo que entiendo más ahora que nunca. Estuviste conmigo en una de las etapas más importantes de mi formación, cuando me fui a Ucrania, apoyándome sin dudar, con orgullo, con confianza, como siempre lo hiciste.

Te fuiste el 29 de agosto de 2025, y desde entonces todo cambió. Haces falta… todos los días. En las decisiones, en los logros, en los momentos en los que quisiera simplemente contarte que lo estoy logrando.

Este trabajo también es tuyo.
Porque sin ti, nada de esto habría empezado.
Y porque todo lo que soy, en el fondo, sigue siendo una extensión de lo que me enseñaste.

ÍNDICE GENERAL

Contenido
INTRODUCCIÓN 11
Capítulo 1. Proyección de la investigación. 11
1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio. 11
1.2. Planteamiento del problema. 11
1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación). 11
1.4. Justificación. 11
1.5. Objeto de estudio. 11
1.6. Campo de acción. 11
1.7. Objetivos. 12
1.7.1. Objetivo General. 12
1.7.2. Objetivos específicos. 12
1.8. Hipótesis. 12
1.9. Alcance temático. 12
1.10. Delimitación Espacial y Temporal. 12
CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales. 13
2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual). 13
2.2. Marco Teórico. 13
2.3. Marco Conceptual. 13
2.4. Marco Contextual. 13
2.5. Marco Legal y Normativo. 13
Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación. 13
3.1. Cuadro Operacionalización de variables. 13
3.2. Diseño metodológico. 15
3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis. 15
3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos. 15
3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos. 15
3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección. 15
3.3. Trabajo de campo (o Presentación de evidencias, si corresponde). 15
3.3.1. Aplicación de los instrumentos. 15
3.3.2. Procesamiento de la información. 15

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos. 16
3.5. Redacción de resultados y discusión. 16
Capítulo IV: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN 16
4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación. 16
4.2. Estructura de la propuesta de transformación. 16
4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación. 16
CONCLUSIONES 16
RECOMENDACIONES 17
BIBLIOGRAFÍA 17
ANEXOS 18

Índice de figuras.

FIGURA 1: PERCEPCIÓN SOBRE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL 83
FIGURA 2: PERCEPCIÓN SOBRE EL TIEMPO DE RESPUESTA INSTITUCIONAL 84
FIGURA 3: PERCEPCIÓN SOBRE LA PERTINENCIA CULTURAL DE LAS INTERVENCIONES 85
FIGURA 4: NIVEL DE CONFIANZA EN EL SISTEMA DE SALUD 86
FIGURA 5: ACEPTACIÓN DEL MODELO INTERCULTURAL Y TERRITORIAL 87

Índice de tablas.

TABLA 1: TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, PARTICIPANTES Y FINALIDAD 63
TABLA 2: CATEGORÍAS IDENTIFICADAS EN LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS 78
TABLA 3: CATEGORÍAS IDENTIFICADAS EN LOS GRUPOS FOCALES 80
TABLA 4: PRINCIPALES RESULTADOS DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL 81
TABLA 5: PERCEPCIÓN SOBRE LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL 83
TABLA 6: PERCEPCIÓN SOBRE EL TIEMPO DE RESPUESTA 84
TABLA 7: PERCEPCIÓN SOBRE LA PERTINENCIA CULTURAL 85
TABLA 8: NIVEL DE CONFIANZA EN EL SISTEMA DE SALUD 86
TABLA 9: ACEPTACIÓN DE UN MODELO DE GOBERNANZA SANITARIA INTERCULTURAL Y TERRITORIAL 87
TABLA 10: TENDENCIA DESCRIPTIVA ENTRE PERTINENCIA CULTURAL Y CONFIANZA 88
TABLA 11: TENDENCIA DESCRIPTIVA ENTRE COORDINACIÓN Y TIEMPO DE RESPUESTA 88
TABLA 12: TABLA DE ESTRUCTURA Y COMPONENTES DEL MOGESIT 110
TABLA 13: TABLA DEL CUERPO OPERATIVO-INSTRUMENTAL 113
TABLA 14: TABLA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN 115

TABLA 15: TABLA DEL PRESUPUESTO REFERENCIAL 118
TABLA 16: COMPOSICIÓN DEL PANEL DE EXPERTOS 128
TABLA 17: VALORACIÓN PROMEDIO POR CRITERIO 130

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los desafíos para los sistemas de salud en territorios amazónicos han cobrado una relevancia creciente en la agenda pública nacional e internacional. Las condiciones geográficas adversas, la diversidad cultural y lingüística, así como las históricas desigualdades estructurales, configuran un escenario complejo que demanda respuestas institucionales innovadoras, sensibles y territorialmente adaptadas. En este contexto, la provincia de Morona Santiago, ubicada en el sureste del Ecuador, representa un caso paradigmático.

Esta investigación se sitúa en el cruce entre la gerencia hospitalaria, la salud pública y el enfoque intercultural. Su objetivo central es diseñar un modelo de gestión sanitaria que fortalezca la capacidad de respuesta frente a emergencias epidemiológicas, tomando como base las particularidades territoriales y culturales de las comunidades indígenas del cantón Taisha. Para ello, se propone una aproximación metodológica que articula el análisis crítico del estado actual del sistema, la identificación de barreras logísticas e institucionales, y la construcción colaborativa de una propuesta aplicable y evaluable.

Desde una mirada reflexiva, se reconoce que los modelos tradicionales de atención han fallado en incluir de manera efectiva a los pueblos originarios como actores legítimos en la gestión de su propia salud. Por tanto, esta tesis busca aportar al debate académico y a la transformación práctica del sistema sanitario mediante una herramienta útil para los gobiernos locales, las instituciones de salud y las comunidades organizadas.

Capítulo 1. Proyección de la investigación.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

La presente investigación se enmarca en la línea de "Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales" con un enfoque transversal en interculturalidad, políticas públicas y gestión del riesgo en salud. Esta línea permite comprender los procesos institucionales que regulan la organización y respuesta de los sistemas sanitarios ante

situaciones críticas, considerando la diversidad cultural y geográfica del territorio amazónico. El ámbito de estudio está centrado en la gestión hospitalaria y de salud pública en el cantón Taisha, perteneciente a la provincia de Morona Santiago, donde se articulan problemáticas estructurales de acceso, pertinencia cultural y capacidad de respuesta institucional.

1.2. Planteamiento del problema

La respuesta ante emergencias epidemiológicas en territorios indígenas amazónicos constituye un desafío para los sistemas de salud, debido a la interacción de condiciones geográficas, epidemiológicas, sociales, culturales e institucionales. La dispersión de las comunidades, las dificultades de transporte y conectividad, la limitada capacidad resolutiva de los establecimientos sanitarios y las diferencias entre el modelo biomédico y las concepciones indígenas de la salud pueden retrasar la detección de riesgos, dificultar el acceso oportuno a la atención y reducir la aceptación de las intervenciones. En consecuencia, estas emergencias no pueden ser abordadas únicamente mediante acciones clínicas o epidemiológicas, sino que requieren mecanismos de gobernanza, coordinación interinstitucional, participación comunitaria y adaptación territorial.

Entre los antecedentes cercanos al tema, Zavaleta-Cortijo et al. (2023) analizaron experiencias de comunidades indígenas frente a la pandemia de COVID-19 y otras amenazas socioambientales. Los autores identificaron que los conocimientos ancestrales, las redes comunitarias, los sistemas propios de comunicación y las acciones colectivas contribuyeron a la protección de la salud y a la resiliencia comunitaria. Su principal aporte consiste en señalar que los conocimientos, prácticas y cosmovisiones indígenas deben formar parte de la preparación y de la toma de decisiones frente a emergencias sanitarias, en lugar de ser considerados elementos secundarios de las intervenciones institucionales.

Por su parte, Chicmana-Zapata et al. (2023) evaluaron las políticas de salud y seguridad alimentaria aplicadas a los pueblos shawi y asháninka durante la emergencia por COVID-19 en Perú. El estudio examinó el Plan de Salud Amazónico y los comandos indígenas creados para coordinar la respuesta, identificando que la incorporación de

representantes indígenas favoreció la adaptación cultural de algunas intervenciones. Sin embargo, su participación presentó limitaciones relacionadas con la falta de financiamiento, la escasa capacidad de decisión y el predominio de una intervención diseñada desde la perspectiva biomédica. Este antecedente demuestra que la representación comunitaria, cuando no cuenta con atribuciones, recursos y mecanismos vinculantes, resulta insuficiente para consolidar una gobernanza sanitaria intercultural efectiva.

Garza y Abascal Miguel (2025), mediante una revisión de alcance que incluyó 35 investigaciones desarrolladas en nueve países latinoamericanos, evidenciaron que las poblaciones indígenas presentan mayores desigualdades frente a enfermedades infecciosas, malnutrición y otros problemas sanitarios. Las autoras relacionaron estas desigualdades con factores estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico, la discriminación y las barreras de acceso a los servicios. Como aporte, plantearon la necesidad de desarrollar reformas estructurales e intervenciones culturalmente adaptadas que prioricen a las poblaciones indígenas dentro de la planificación sanitaria y de las respuestas frente a enfermedades emergentes.

De manera complementaria, Houghton et al. (2025) analizaron 70 estudios sobre estrategias comunitarias implementadas frente a emergencias y otras situaciones críticas en América Latina y el Caribe. Los autores identificaron 14 estrategias agrupadas en la participación de trabajadores comunitarios de salud, el involucramiento activo de las comunidades y la movilización de organizaciones de la sociedad civil. Sus resultados muestran que la participación comunitaria fortalece la resiliencia de la atención primaria, facilita la comunicación, favorece el monitoreo de casos y permite diseñar respuestas adaptadas a las necesidades socioculturales del territorio.

En el ámbito institucional regional, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (2024) establecieron una línea de cooperación destinada a fortalecer la salud de los pueblos indígenas, mejorar el acceso a servicios en áreas remotas, desarrollar análisis de situación, ampliar la vigilancia epidemiológica y capacitar a trabajadores comunitarios. Esta iniciativa confirma la

necesidad de abordar la salud amazónica mediante sistemas articulados de información, cooperación territorial y participación indígena. Sin embargo, estos lineamientos regionales requieren mecanismos operativos que permitan su aplicación en contextos locales específicos.

En el cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, estas dificultades adquieren especial relevancia. El territorio está conformado por comunidades mayoritariamente pertenecientes a las nacionalidades shuar y achuar, varias de ellas ubicadas en zonas de difícil acceso y dependientes del transporte terrestre, fluvial o aéreo. Durante el período comprendido entre 2023 y 2025, la revisión exploratoria del contexto permitió reconocer limitaciones relacionadas con la disponibilidad de recursos sanitarios, la comunicación entre comunidades y establecimientos de salud, el desplazamiento de equipos profesionales y la coordinación entre el Ministerio de Salud Pública, los gobiernos autónomos descentralizados, las organizaciones indígenas y otros actores territoriales.

La complejidad de este escenario se hizo particularmente visible durante el brote de leptospirosis confirmado por el Ministerio de Salud Pública en mayo de 2025. El evento afectó a varias comunidades del cantón y produjo fallecimientos infantiles, casos sintomáticos y la necesidad de desplegar brigadas sanitarias, búsqueda activa, entrega de medicamentos y atención comunitaria. Aunque la respuesta permitió movilizar recursos institucionales, el evento evidenció la necesidad de disponer de procesos permanentes de preparación, vigilancia territorial, comunicación comunitaria, coordinación logística y actuación intercultural, sin depender exclusivamente de mecanismos reactivos activados una vez presentada la emergencia.

En este contexto, las problemáticas existentes se relacionan con la fragmentación de la planificación entre instituciones, la ausencia de una instancia permanente de coordinación territorial, la limitada integración de información epidemiológica y comunitaria, las dificultades logísticas para acceder oportunamente a las comunidades y la insuficiente incorporación de autoridades, conocimientos y sistemas organizativos indígenas en la toma de decisiones. A estas condiciones se suma la falta de herramientas

territoriales compartidas para priorizar comunidades, organizar recursos, establecer responsabilidades y evaluar conjuntamente los resultados de las intervenciones.

Como consecuencia de estas problemáticas, la situación problemática se concreta en la limitada capacidad del sistema sanitario para organizar una respuesta institucional oportuna, coordinada, territorialmente adaptada y culturalmente pertinente ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha. Esta situación puede generar retrasos en la detección y atención de eventos, intervenciones institucionales fragmentadas, utilización ineficiente de recursos, dificultades de comunicación y menor confianza o participación de la población en las medidas sanitarias.

Aunque los antecedentes revisados reconocen la importancia de la participación comunitaria, la interculturalidad, la vigilancia epidemiológica y la resiliencia de los sistemas de salud, no se identificó en el contexto estudiado un modelo que articule estos elementos dentro de una estructura específica de gobernanza sanitaria para Taisha. El vacío investigativo y práctico radica, por tanto, en la ausencia de un mecanismo integral que vincule a las instituciones públicas, los gobiernos locales, las organizaciones indígenas y las comunidades en los procesos de planificación, vigilancia, asignación de recursos, respuesta operativa y evaluación. De esta situación se deriva la necesidad de diseñar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial que contribuya al fortalecimiento de la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.

1.3. Formulación del problema (Pregunta de investigación).

¿Cómo contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas mediante un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial en las comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago, a partir de las limitaciones identificadas durante el período 2023–2025?

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica, desde la dimensión teórica, por la necesidad de ampliar el conocimiento relacionado con la gobernanza sanitaria, la interculturalidad y la gestión territorial de las emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. Aunque existen aportes sobre participación comunitaria, salud intercultural, vigilancia epidemiológica y coordinación interinstitucional, estos enfoques suelen analizarse de manera separada y presentan una limitada articulación dentro de modelos aplicables a territorios con alta dispersión poblacional, dificultades de acceso y diversidad cultural. En este sentido, el estudio integra perspectivas de salud pública, gerencia sanitaria, planificación territorial y gobernanza colaborativa, contribuyendo a una comprensión más amplia de los factores que condicionan la respuesta institucional en el cantón Taisha.

Desde la dimensión práctica, la investigación responde a la necesidad de disponer de una propuesta organizada que permita mejorar la coordinación entre las instituciones de salud, los gobiernos autónomos descentralizados, las organizaciones indígenas y los actores comunitarios. Las limitaciones identificadas durante el período 2023–2025 evidencian dificultades relacionadas con la planificación conjunta, el intercambio de información, la movilización de recursos, la detección temprana de riesgos y la incorporación de criterios interculturales en las intervenciones. Frente a esta realidad, el diseño del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial busca aportar mecanismos concretos para articular la vigilancia epidemiológica, la planificación territorial, la participación comunitaria, la respuesta operativa y la evaluación continua. Su utilidad radica en que puede constituirse en una herramienta técnica para orientar decisiones, priorizar intervenciones y optimizar los recursos disponibles ante futuras emergencias epidemiológicas.

Desde la dimensión social, la investigación resulta pertinente porque se orienta a poblaciones indígenas que enfrentan desigualdades históricas en el acceso oportuno y culturalmente adecuado a los servicios de salud. Las comunidades shuar y achuar del cantón Taisha se encuentran expuestas a barreras geográficas, comunicacionales,

económicas y socioculturales que pueden incrementar su vulnerabilidad frente a brotes y otros eventos epidemiológicos. Por ello, la propuesta reconoce a las comunidades no únicamente como beneficiarias de la atención, sino como actores con capacidad para participar en la identificación de riesgos, la toma de decisiones y la evaluación de las acciones sanitarias. El fortalecimiento de esta participación puede favorecer la confianza, la legitimidad institucional, la adecuación cultural de las intervenciones y el ejercicio equitativo del derecho a la salud.

Desde la dimensión metodológica, el estudio se justifica por la utilización de un enfoque mixto con diseño secuencial exploratorio, adecuado para analizar un fenómeno complejo en el que intervienen factores institucionales, territoriales, operativos y culturales. La fase cualitativa permite comprender las experiencias, percepciones y propuestas de actores institucionales y comunitarios, mientras que la fase cuantitativa posibilita identificar tendencias y valorar la aceptación de los componentes planteados. La integración de entrevistas semiestructuradas, grupos focales, análisis documental y encuestas permite triangular la información obtenida, fortalecer la interpretación del problema y sustentar el diseño de la propuesta en evidencia proveniente de diferentes fuentes.

En síntesis, la investigación posee relevancia teórica al integrar enfoques que habitualmente se abordan de manera fragmentada; utilidad práctica al proponer un modelo de gobernanza aplicable al territorio; trascendencia social al priorizar la participación y las necesidades de las comunidades indígenas; y pertinencia metodológica al emplear procedimientos que permiten comprender y analizar integralmente la problemática. De esta manera, el estudio busca contribuir al fortalecimiento de la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha y generar una referencia adaptable para otros territorios amazónicos con características semejantes.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de la presente investigación está constituido por la gestión sanitaria en contextos territoriales e interculturales, específicamente en lo relacionado con la organización, planificación y ejecución de respuestas institucionales ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. Este objeto permite analizar de manera integral los procesos mediante los cuales las instituciones de salud estructuran sus intervenciones, considerando no solo los aspectos técnicos y operativos, sino también las dinámicas sociales, culturales y territoriales que condicionan su efectividad. En este sentido, el estudio se centra en comprender cómo se configura la gestión sanitaria en escenarios complejos como el cantón Taisha, donde convergen limitaciones estructurales, diversidad cultural y desafíos logísticos que inciden directamente en la capacidad de respuesta del sistema de salud.

1.6. Campo de acción.

El campo de acción de la investigación se delimita en la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas, entendida como el conjunto de procesos, recursos, articulaciones y estrategias que permiten a los actores del sistema de salud actuar de manera oportuna, coordinada y pertinente frente a eventos sanitarios críticos. Este campo de acción se aborda desde un enfoque intercultural y territorial, incorporando la participación de actores comunitarios, institucionales y gubernamentales en el diseño e implementación de respuestas sanitarias. De manera específica, el estudio se enfoca en analizar y proponer mecanismos que fortalezcan la eficiencia operativa, la pertinencia cultural y la articulación interinstitucional en el contexto de comunidades indígenas del cantón Taisha.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

Diseñar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas mediante la

articulación de actores comunitarios, institucionales y gubernamentales, en comunidades indígenas del cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, durante el período 2023–2025.

1.7.2. Objetivos específicos.

1. Determinar los fundamentos teóricos, conceptuales, normativos e interculturales que sustentan la gobernanza sanitaria y la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en contextos territoriales amazónicos e indígenas.
2. Caracterizar el estado actual de la respuesta sanitaria institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha, identificando las limitaciones operativas, organizativas, logísticas, institucionales y socioculturales que afectan su efectividad durante el período 2023–2025.
3. Elaborar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial orientado al fortalecimiento de la articulación entre actores comunitarios, institucionales y gubernamentales para mejorar la respuesta ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.
4. Valorar la pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad y aplicabilidad del modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial mediante juicio de expertos y análisis de factibilidad.

1.8. Hipótesis.

El diseño de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial, fundamentado en evidencia, participación comunitaria y articulación interinstitucional, constituye una propuesta pertinente, factible y aplicable para contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.

1.9. Alcance temático.

El alcance temático de la presente investigación se centra en el análisis y diseño de procesos de gestión sanitaria en contextos territoriales e interculturales, con énfasis en la

capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. En este sentido, el estudio aborda dimensiones clave como la planificación estratégica en salud, la coordinación interinstitucional, la pertinencia cultural de las intervenciones, la participación comunitaria y la gestión del riesgo sanitario.

Asimismo, la investigación no se limita a describir la problemática existente, sino que se orienta hacia la construcción de una propuesta aplicada, mediante el diseño de un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial. Este modelo integra elementos técnicos, organizativos y socioculturales, permitiendo articular la lógica institucional del sistema de salud con las dinámicas propias del territorio. De esta manera, el alcance del estudio combina un componente analítico, centrado en la comprensión del problema, con un componente propositivo, orientado a la transformación de la realidad estudiada.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

La delimitación espacial de la investigación corresponde al cantón Taisha, ubicado en la provincia de Morona Santiago, en la región amazónica del Ecuador. Este territorio ha sido seleccionado debido a sus características particulares: alta dispersión geográfica, predominio de población indígena perteneciente a las nacionalidades shuar y achuar, limitaciones en el acceso a servicios de salud y antecedentes recientes de emergencias epidemiológicas que evidencian debilidades en la capacidad de respuesta institucional.

En cuanto a la delimitación temporal, el estudio abarca el período comprendido entre enero de 2023 y diciembre de 2025, lo que permite analizar tanto la situación previa como la respuesta institucional frente a eventos epidemiológicos recientes, especialmente el brote de leptospirosis registrado en la zona. Adicionalmente, se proyecta la aplicabilidad del modelo propuesto hacia escenarios futuros, considerando su implementación potencial a partir del año 2026.

Cabe señalar que, si bien la investigación se circunscribe a un territorio específico, los resultados obtenidos y el modelo diseñado poseen un carácter referencial y adaptable, lo que permite su posible aplicación en otros contextos amazónicos con características

similares, siempre que se consideren las particularidades culturales y territoriales de cada espacio.

CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.

El presente capítulo desarrolla los fundamentos teóricos, conceptuales, contextuales, normativos e interculturales que sustentan el diseño de un modelo de gobernanza sanitaria orientado al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. Su propósito es establecer las bases científicas necesarias para comprender la relación entre gobernanza sanitaria, gestión territorial, participación comunitaria, interculturalidad, vigilancia epidemiológica y capacidad de respuesta institucional. En primer lugar, se presenta el estado del arte, mediante la revisión de investigaciones y propuestas recientes relacionadas con la gestión de emergencias sanitarias en contextos indígenas y territoriales. Posteriormente, se exponen los principales enfoques teóricos que permiten interpretar el fenómeno estudiado, así como las categorías conceptuales que orientan el análisis de la investigación. Además, se describen las características geográficas, sociales, culturales e institucionales del cantón Taisha, por constituir el contexto específico donde se manifiesta la problemática. Finalmente, se analiza el marco legal y normativo nacional e internacional que reconoce el derecho a la salud, la participación de los pueblos indígenas, la pertinencia intercultural y la coordinación interinstitucional. En conjunto, estos fundamentos permiten delimitar el problema científico, identificar los vacíos existentes y orientar la construcción del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial propuesto.

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

Durante los últimos cinco años, la producción científica relacionada con la salud de los pueblos indígenas ha adquirido mayor relevancia como consecuencia de las desigualdades evidenciadas durante la pandemia de COVID-19, el incremento de enfermedades emergentes y reemergentes y los efectos de los cambios ambientales sobre

los territorios amazónicos. La literatura reciente coincide en que la vulnerabilidad sanitaria de estas poblaciones no depende únicamente de la presencia de enfermedades, sino también de factores estructurales como la pobreza, el aislamiento geográfico, la limitada infraestructura sanitaria, las barreras lingüísticas, la discriminación y la escasa participación indígena en las decisiones institucionales. En este sentido, el estado del arte se organiza en torno a cuatro ejes vinculados con la investigación: desigualdades sanitarias en poblaciones indígenas, respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas, participación y vigilancia comunitaria, y experiencias de gestión sanitaria con enfoque intercultural.

En relación con las desigualdades sanitarias, Garza y Abascal Miguel (2025) desarrollaron una revisión de alcance sobre las disparidades que afectan a las poblaciones indígenas de América Latina. De 1.116 publicaciones inicialmente identificadas, 35 investigaciones procedentes de nueve países cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados mostraron que las enfermedades infecciosas y la malnutrición continúan afectando de manera desproporcionada a las poblaciones indígenas, mientras que las enfermedades crónicas representan una carga emergente todavía insuficientemente estudiada. Las autoras encontraron también resultados desfavorables durante la pandemia de COVID-19, relacionados con mayores niveles de incidencia y mortalidad en distintos grupos indígenas. Estas desigualdades fueron asociadas con la pobreza, el aislamiento territorial, la discriminación sistémica y las limitaciones de los sistemas sanitarios para ofrecer intervenciones culturalmente adaptadas. El estudio aporta una visión regional de las inequidades existentes; sin embargo, su orientación se concentra principalmente en los resultados de salud y no profundiza en los mecanismos organizativos y de gobernanza necesarios para transformar la respuesta institucional.

En el campo específico de las emergencias sanitarias, Pickering et al. (2023) realizaron una revisión sistemática de alcance sobre las experiencias de los pueblos indígenas durante los primeros 18 meses de la pandemia de COVID-19. La investigación analizó 153 publicaciones y permitió identificar desafíos relacionados con las condiciones ecológicas, la pobreza, la comunicación, la educación y el acceso a los servicios de salud. Los autores señalaron que muchas respuestas gubernamentales fueron tardías,

reactivas o insuficientes, mientras que numerosas comunidades indígenas desarrollaron estrategias autónomas de protección, aislamiento, comunicación y cuidado colectivo. También evidenciaron una limitada disponibilidad de información sanitaria desagregada por pertenencia étnica y una concentración de las investigaciones en un grupo reducido de países y poblaciones. Este antecedente resulta relevante porque demuestra que las deficiencias de información y planificación restringen la capacidad de los gobiernos para formular respuestas diferenciadas; no obstante, la revisión no desarrolla un modelo específico que articule esas respuestas con los sistemas territoriales de gobernanza.

Los resultados de Pickering et al. (2023) muestran que la emergencia epidemiológica no afectó a las poblaciones indígenas exclusivamente por las características del agente infeccioso, sino por la interacción entre vulnerabilidades históricas y limitaciones institucionales. Este planteamiento coincide con Garza y Abascal Miguel (2025), quienes relacionan los resultados sanitarios desfavorables con factores estructurales. Sin embargo, mientras el primer estudio analiza la capacidad de respuesta durante una emergencia concreta, el segundo ofrece una perspectiva más amplia sobre las desigualdades sanitarias regionales. En conjunto, ambos trabajos permiten comprender que las respuestas epidemiológicas no pueden limitarse al tratamiento de casos, sino que deben incorporar planificación territorial, información desagregada, accesibilidad, participación comunitaria y protección de grupos históricamente excluidos.

Desde una perspectiva centrada en las políticas públicas, Chicmana-Zapata et al. (2023) analizaron la respuesta del Estado peruano frente a las necesidades sanitarias y alimentarias de los pueblos shawi y asháninka durante la pandemia. El estudio incorporó el análisis de documentos oficiales y 71 entrevistas realizadas a funcionarios gubernamentales, líderes indígenas y miembros de las comunidades. Entre las medidas examinadas estuvieron el Plan de Salud Amazónico, el Comando Indígena, la entrega de alimentos, las transferencias económicas y la vacunación contra la COVID-19. Los autores observaron que las comunidades indígenas fueron reconocidas como poblaciones prioritarias y que algunos representantes participaron en la adaptación cultural de las intervenciones. Sin embargo, dicha participación se desarrolló sin financiamiento suficiente y con limitada capacidad para influir de manera vinculante en las decisiones.

Además, se identificaron dificultades distributivas, logísticas y organizativas que redujeron el alcance de las políticas.

El estudio de Chicmana-Zapata et al. (2023) permite distinguir entre la presencia formal de representantes indígenas y una participación efectiva dentro de los procesos de gobernanza. La incorporación de actores comunitarios en reuniones o espacios consultivos no garantiza por sí misma una respuesta intercultural, especialmente cuando estos actores carecen de recursos, atribuciones y capacidad real de decisión. Este hallazgo es particularmente importante para la presente investigación, ya que demuestra que la participación comunitaria debe institucionalizarse mediante mecanismos permanentes, responsabilidades definidas y procedimientos que permitan incorporar las decisiones comunitarias en la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias.

En la misma línea, Samsamshariat et al. (2023) analizaron la experiencia de 14 trabajadores comunitarios de salud pertenecientes a comunidades indígenas de Loreto, en la Amazonía peruana. Mediante una investigación participativa basada en la metodología Photovoice, los autores identificaron tres temas principales: el colapso de la infraestructura sanitaria, la utilización complementaria o alternativa de plantas medicinales y medicamentos farmacéuticos, y las estrategias comunitarias de adaptación frente a la pandemia. El estudio evidenció que los trabajadores comunitarios asumieron actividades de atención, educación, comunicación y apoyo logístico sin contar con suficiente capacitación, recursos, reconocimiento formal o remuneración institucional. Los participantes plantearon la necesidad de ser integrados al sistema de salud, recibir formación estandarizada y participar en la gestión de medicamentos y respuestas comunitarias.

Este antecedente confirma que las redes comunitarias pueden ampliar la capacidad de respuesta en territorios donde la presencia institucional es limitada. No obstante, también evidencia el riesgo de trasladar responsabilidades a las comunidades sin proporcionarles respaldo técnico, financiero y organizativo. En comparación con Chicmana-Zapata et al. (2023), ambos estudios reconocen la importancia de la participación indígena, pero

muestran que esta suele desarrollarse en condiciones de desigualdad: en un caso, mediante representantes con limitada influencia política; en el otro, mediante trabajadores comunitarios que actuaron sin suficiente apoyo gubernamental. Por tanto, la literatura reciente sugiere que la participación comunitaria solo fortalece la resiliencia sanitaria cuando forma parte de una estructura institucional que defina funciones, recursos, capacitación y canales permanentes de coordinación.

La vigilancia epidemiológica comunitaria constituye otra tendencia relevante. Casanova et al. (2024) realizaron una revisión de alcance de 56 publicaciones sobre estrategias utilizadas por pueblos indígenas para enfrentar la COVID-19. Los hallazgos fueron organizados en cuatro áreas: organización comunitaria, gobernanza, comunicación y enfoques territoriales. La revisión mostró que las comunidades implementaron controles territoriales, sistemas propios de comunicación, redes de solidaridad, recopilación de información y acciones colectivas de prevención. A su vez, los autores señalaron la necesidad de fortalecer la autonomía indígena en la gestión de datos y establecer una coordinación más efectiva entre gobiernos, organizaciones sociales y pueblos indígenas.

El aporte de Casanova et al. (2024) consiste en ampliar la noción tradicional de vigilancia epidemiológica. Desde esta perspectiva, la vigilancia no depende exclusivamente de la notificación realizada por los establecimientos de salud, sino que también puede incorporar señales, conocimientos y reportes generados desde las comunidades. Este enfoque resulta pertinente en territorios amazónicos dispersos, donde los sistemas institucionales pueden tardar en detectar eventos inusuales. Sin embargo, para que la información comunitaria contribuya efectivamente a la toma de decisiones, debe existir un mecanismo que permita verificarla, sistematizarla, integrarla con los registros oficiales y transformarla en alertas e intervenciones oportunas.

Los hallazgos anteriores coinciden con las orientaciones contemporáneas de la Organización Mundial de la Salud. El Marco Estratégico para Fortalecer la Participación Comunitaria y la Resiliencia ante Emergencias Sanitarias, publicado en 2024, establece que las comunidades deben participar en todas las fases del ciclo de gestión del riesgo, incluidas la prevención, preparación, respuesta y recuperación. El documento propone

mecanismos inclusivos de gobernanza, fortalecimiento de la fuerza laboral comunitaria, incorporación de información social, cultural y conductual, atención prioritaria a poblaciones vulnerables y evaluación continua de las intervenciones. Aunque el marco fue elaborado para la región de Asia Sudoriental, sus principios ofrecen elementos transferibles a otros territorios caracterizados por diversidad cultural, dispersión poblacional y limitaciones de acceso.

En el ámbito de la interculturalidad aplicada a la gestión sanitaria, Segovia-Meza et al. (2025) desarrollaron una investigación-acción dirigida a construir un modelo de gestión del cambio para fortalecer intervenciones sanitarias interculturales en el primer nivel de atención del Perú. El estudio involucró equipos de 44 establecimientos de salud ubicados en seis regiones y utilizó talleres de problematización y análisis deductivo. Como resultado se elaboró un modelo integrado por orientaciones para la gestión del cambio, instrumentos de planificación y reuniones de gestión apoyadas en procesos de educación permanente. Los autores concluyeron que la incorporación del enfoque intercultural requiere intervenir sobre la cultura organizacional, la planificación, las competencias del personal y los procesos internos de los servicios de salud.

La propuesta de Segovia-Meza et al. (2025) representa un avance respecto de los estudios que se limitan a describir barreras culturales, porque plantea un mecanismo operativo para modificar las prácticas institucionales. Sin embargo, su alcance se concentra en el primer nivel de atención y en el fortalecimiento de intervenciones sanitarias prioritarias. No aborda específicamente la gobernanza interinstitucional durante emergencias epidemiológicas ni integra de forma simultánea la vigilancia comunitaria, la inteligencia epidemiológica territorial, la coordinación logística, el financiamiento compartido y los mecanismos extraordinarios de respuesta. Esta diferencia delimita el aporte potencial de la presente investigación.

En el plano internacional, la Resolución WHA76.16, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2023, marcó un cambio importante al reconocer la necesidad de desarrollar un Plan de Acción Mundial para la Salud de los Pueblos Indígenas con participación directa de sus representantes. Las orientaciones posteriores de la

Organización Mundial de la Salud enfatizan el liderazgo indígena, la recopilación de información desagregada, la incorporación de perspectivas interculturales y la participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas sanitarias. De manera complementaria, la Organización Panamericana de la Salud (2024) plantea que los diálogos interculturales deben superar la comunicación unilateral y convertirse en procesos de reconocimiento, negociación y construcción compartida de soluciones sanitarias.

El análisis comparativo de los antecedentes permite identificar varias coincidencias. En primer lugar, existe consenso en que las desigualdades sanitarias indígenas se encuentran determinadas por factores estructurales y territoriales, no únicamente por decisiones individuales o condiciones biológicas. En segundo lugar, las investigaciones muestran que las respuestas institucionales tienden a ser reactivas y centralizadas, especialmente durante las emergencias. En tercer lugar, se reconoce el valor de los líderes, organizaciones y trabajadores comunitarios para la detección de riesgos, la comunicación y la continuidad de la atención. Finalmente, la literatura coincide en que la interculturalidad debe incorporarse en los procesos de planificación y toma de decisiones, y no reducirse a la traducción de mensajes o a la inclusión simbólica de representantes comunitarios.

También se identifican diferencias y limitaciones. Las revisiones regionales se concentran principalmente en describir desigualdades y resultados epidemiológicos; los estudios cualitativos documentan experiencias comunitarias y fallas en la aplicación de políticas; y las investigaciones de intervención comienzan a proponer modelos para transformar la gestión interna de los servicios. Sin embargo, estos aportes permanecen fragmentados. Son escasos los modelos que integran, dentro de una misma estructura, gobernanza interinstitucional, vigilancia epidemiológica comunitaria, análisis territorial de riesgos, planificación y financiamiento coordinados, respuesta operativa intercultural y evaluación continua. Además, gran parte de la producción reciente se encuentra vinculada con la COVID-19, por lo que existe la necesidad de adaptar los aprendizajes obtenidos a otras emergencias epidemiológicas.

En el contexto ecuatoriano, la normativa y los modelos oficiales reconocen la atención familiar, comunitaria e intercultural; sin embargo, la producción científica reciente sobre la organización de respuestas epidemiológicas en territorios indígenas amazónicos continúa siendo limitada. En la literatura revisada no se identificó un modelo específicamente diseñado para las comunidades shuar y achuar del cantón Taisha que articule de manera permanente a las instituciones de salud, los gobiernos autónomos descentralizados, las organizaciones indígenas y los actores comunitarios en los procesos de preparación, vigilancia, planificación, movilización de recursos, respuesta y evaluación.

Por tanto, el vacío de conocimiento y de aplicación práctica no radica únicamente en la ausencia de protocolos clínicos o epidemiológicos, sino en la falta de una estructura de gobernanza capaz de integrar los componentes que la literatura reciente reconoce como esenciales. El Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial propuesto en esta investigación busca responder a este vacío mediante una arquitectura adaptada a las condiciones geográficas, institucionales y socioculturales del cantón Taisha. Su aporte consiste en articular inteligencia epidemiológica, planificación territorial, participación comunitaria, coordinación interinstitucional, respuesta operativa y mejora continua dentro de un mismo sistema orientado a las emergencias epidemiológicas.

2.2. Marco Teórico.

La construcción de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para responder ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas requiere integrar diferentes perspectivas teóricas. El fenómeno estudiado no se limita a la disponibilidad de servicios o recursos sanitarios, sino que comprende relaciones institucionales, procesos de decisión, condiciones geográficas, sistemas culturales, redes comunitarias y capacidades de adaptación frente a situaciones críticas. Por esta razón, el marco teórico se organiza en siete ejes: gobernanza sanitaria colaborativa, planificación estratégica y gestión territorial, interculturalidad en salud, participación comunitaria y confianza, capacidad institucional y resiliencia sanitaria, inteligencia epidemiológica territorial y teoría de los sistemas complejos adaptativos. Estos fundamentos permiten

explicar las categorías analizadas y sustentar los componentes del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT).

2.2.1. Gobernanza sanitaria y gobernanza colaborativa

La gobernanza sanitaria se refiere a los procesos mediante los cuales los diferentes actores del sistema de salud definen prioridades, adoptan decisiones, distribuyen responsabilidades, coordinan recursos y rinden cuentas respecto de los resultados obtenidos. A diferencia de la gestión sanitaria, que se concentra principalmente en la planificación y ejecución de actividades, la gobernanza establece las reglas, relaciones y mecanismos de dirección bajo los cuales se desarrollan dichas acciones. En consecuencia, la gobernanza constituye un nivel organizativo superior que orienta, articula y supervisa la gestión.

Desde el enfoque clásico de la gobernanza colaborativa, Ansell y Gash (2008) sostienen que los problemas públicos complejos requieren espacios formales en los que instituciones estatales y actores no estatales participen conjuntamente en la toma de decisiones. Para estos autores, la colaboración efectiva depende de condiciones iniciales relativamente equilibradas, liderazgo facilitador, diseño institucional, diálogo directo, construcción de confianza y definición de objetivos compartidos. La sola presencia de varias instituciones no constituye gobernanza colaborativa; es necesario que existan reglas claras, responsabilidades definidas y capacidad real para adoptar y ejecutar acuerdos.

Emerson, Nabatchi y Balogh (2012) amplían esta perspectiva al plantear que la gobernanza colaborativa funciona como un régimen dinámico en el que interactúan motivaciones compartidas, capacidades para la acción conjunta y procesos continuos de deliberación. Su enfoque permite comprender que la coordinación no depende únicamente de estructuras formales, sino también de factores como la confianza, la legitimidad, el liderazgo, el conocimiento compartido y la disponibilidad de recursos. Esto resulta especialmente relevante en territorios donde ninguna institución posee, por

sí sola, todas las capacidades necesarias para responder ante una emergencia epidemiológica.

En una revisión contemporánea de redes sanitarias, Belrhiti et al. (2024) señalan que la institucionalización de mecanismos de colaboración puede mejorar la integración de los servicios, pero también puede enfrentar retrasos en la toma de decisiones, falta de alineación estratégica y desconfianza entre los participantes. Los autores identifican como condiciones facilitadoras el liderazgo distribuido, la existencia de metas comunes, la claridad de funciones, los mecanismos de responsabilidad y la generación de confianza recíproca. Este planteamiento coincide con Ansell y Gash (2008) en la importancia de la confianza y el diseño institucional, pero enfatiza que la colaboración debe mantenerse mediante prácticas organizativas permanentes y no solamente mediante reuniones ocasionales.

Aplicado al cantón Taisha, este enfoque permite interpretar la fragmentación institucional como una debilidad de gobernanza y no únicamente como un problema de comunicación. La participación del Ministerio de Salud Pública, los gobiernos autónomos descentralizados, las organizaciones indígenas, las comunidades y otros sectores requiere una instancia que ordene la interacción, establezca responsabilidades y traduzca los acuerdos en acciones. Bajo esta lógica, el Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural propuesto en el MOGESIT se fundamenta en los principios de corresponsabilidad, decisión compartida, transparencia y coordinación permanente.

2.2.2. Planificación estratégica situacional y gestión sanitaria territorial

La planificación sanitaria tradicional suele partir de objetivos definidos centralmente y de una secuencia lineal entre diagnóstico, programación, ejecución y evaluación. Sin embargo, este enfoque resulta limitado en escenarios caracterizados por incertidumbre, multiplicidad de actores, restricciones logísticas y cambios epidemiológicos rápidos. Frente a esta limitación, la planificación estratégica situacional proporciona una perspectiva más flexible y contextualizada.

Matus (1987) plantea que la planificación debe partir de problemas concretos y reconocer que cada actor interpreta la realidad desde posiciones, intereses, conocimientos y capacidades diferentes. El problema no representa únicamente una desviación técnica respecto de una norma, sino una situación que afecta a determinados actores y cuya transformación exige viabilidad política, institucional y operativa. Por ello, la planificación requiere analizar quiénes participan, qué recursos controlan, qué obstáculos existen y qué escenarios pueden presentarse.

Testa (1995) complementa este enfoque al distinguir entre la lógica normativa y el pensamiento estratégico. Mientras la primera supone que las decisiones pueden aplicarse de manera lineal, la segunda reconoce las relaciones de poder, los conflictos y la necesidad de construir capacidad institucional para transformar la realidad. En salud, esto implica que la planificación no puede limitarse a definir actividades, sino que debe considerar la gobernabilidad de las decisiones, la distribución de recursos y la capacidad de los actores para ejecutar los acuerdos.

Los aportes de Matus y Testa continúan siendo pertinentes para la gestión sanitaria territorial, aunque requieren complementarse con enfoques contemporáneos de resiliencia y análisis de sistemas. Zimmermann et al. (2024) plantean que la preparación de los sistemas de salud debe analizar el ciclo completo de los eventos críticos: preparación, aparición y alerta, impacto y manejo, recuperación y aprendizaje. Además, proponen evaluar de manera articulada la gobernanza, la generación de recursos, la prestación de servicios y el financiamiento, evitando valorar aisladamente cada componente.

La gestión territorial, desde esta perspectiva, no consiste únicamente en trasladar actividades nacionales hacia una localidad. El territorio debe comprenderse como un espacio geográfico, social, cultural, ambiental e institucional en el que existen relaciones propias de movilidad, autoridad, comunicación y organización comunitaria. Las intervenciones deben adaptarse a la accesibilidad, dispersión poblacional, disponibilidad de transporte, riesgos epidemiológicos y formas locales de organización.

Vidal-Cuellar et al. (2024), al analizar la resiliencia de los sistemas de salud en la Amazonía peruana, identifican que las respuestas institucionales suelen activarse después de los eventos, mientras que las comunidades indígenas movilizan conocimientos ambientales, medicina tradicional y redes de solidaridad. Los autores plantean como vías de fortalecimiento la representación indígena en la gobernanza, la formación del personal, la mejora del acceso, el reconocimiento de la evidencia comunitaria y la asignación de recursos para las emergencias. Este aporte actualiza la planificación estratégica situacional al incorporar conocimientos indígenas y factores ambientales dentro de la gestión territorial.

Para la presente investigación, la planificación territorial implica priorizar comunidades con base en riesgos y necesidades verificables, coordinar los recursos de diferentes instituciones y adaptar las intervenciones a las condiciones de acceso. Estos fundamentos sustentan el Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial, la Agenda Territorial Integrada de Salud y el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica contemplados en el MOGESIT.

2.2.3. Interculturalidad en salud y pluralismo médico

La interculturalidad en salud parte del reconocimiento de que las sociedades contienen diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, el cuidado y la curación. Kleinman (1980) explica que los pacientes, las familias y los profesionales construyen modelos explicativos distintos respecto de las causas, manifestaciones y tratamientos de una enfermedad. Cuando estas interpretaciones no son reconocidas durante la atención, pueden aparecer incomprensión, rechazo, baja adherencia y conflictos entre los usuarios y los servicios de salud.

Menéndez (2003) analiza esta relación desde el concepto de modelo médico hegemónico, caracterizado por el predominio del conocimiento biomédico, la subordinación de otras formas de atención y la tendencia a separar la enfermedad de sus condiciones sociales y culturales. El autor sostiene que, en la práctica, las poblaciones combinan la atención biomédica, las prácticas tradicionales, el autocuidado y las redes

familiares. Por ello, el pluralismo médico no debe entenderse como la coexistencia aislada de sistemas, sino como una interacción permanente entre distintas formas de interpretar y atender los padecimientos.

Walsh (2009) diferencia entre una interculturalidad funcional y una interculturalidad crítica. La primera incorpora ciertos elementos culturales sin modificar las relaciones desiguales entre instituciones y comunidades; por ejemplo, mediante la traducción de materiales o la inclusión simbólica de representantes indígenas. La interculturalidad crítica, en cambio, busca transformar las relaciones de poder, reconocer la legitimidad de otros conocimientos y construir decisiones mediante un diálogo más horizontal.

La metodología de diálogos interculturales promovida por la Organización Panamericana de la Salud (2024) coincide con esta última perspectiva al considerar el diálogo como un proceso organizado de intercambio, reconocimiento y construcción de acuerdos. No se trata solamente de informar a las comunidades sobre decisiones previamente adoptadas, sino de identificar percepciones, conocimientos, prácticas y soluciones conjuntamente con los actores involucrados.

Zavaleta-Cortijo et al. (2023) sostienen que los conocimientos indígenas y las redes comunitarias contribuyen a la preparación y resiliencia frente a emergencias sanitarias. Su planteamiento cuestiona la idea de que los conocimientos tradicionales son únicamente prácticas culturales complementarias. Por el contrario, pueden constituir fuentes de información sobre cambios ambientales, movilidad comunitaria, riesgos territoriales y estrategias de cuidado colectivo.

Segovia-Meza et al. (2025) demuestran que la incorporación del enfoque intercultural también requiere cambios dentro de las organizaciones sanitarias. Su modelo de gestión del cambio integra orientación estratégica, planificación y reuniones de gestión sustentadas en educación permanente. Esta propuesta evidencia que la interculturalidad no se alcanza únicamente mediante la buena disposición individual del profesional, sino mediante modificaciones en la planificación, formación, supervisión y cultura organizacional.

En la presente investigación, la interculturalidad se asume como un principio transversal de gobernanza. Esto implica reconocer las autoridades y formas de organización indígena, incorporar facilitadores lingüísticos cuando sean necesarios, adaptar la comunicación de riesgos, valorar los saberes comunitarios y permitir que las comunidades participen en la definición, ejecución y evaluación de las intervenciones. Esta perspectiva sustenta el Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria y la integración de representantes comunitarios en las instancias decisorias del MOGESIT.

2.2.4. Participación comunitaria, capital social y confianza institucional

La participación comunitaria constituye un componente central de la gobernanza sanitaria, aunque puede adoptar niveles muy diferentes. Arnstein (1969), mediante su escalera de participación ciudadana, distingue entre formas simbólicas de consulta y niveles en los que los ciudadanos poseen influencia real sobre las decisiones. Su aporte permite cuestionar procesos en los que las comunidades son convocadas únicamente para recibir información o validar acciones previamente definidas.

En contextos indígenas, esta distinción es especialmente relevante. Una participación limitada a reuniones informativas no garantiza que las necesidades, conocimientos y prioridades comunitarias sean incorporadas en la planificación. Para que la participación sea efectiva debe existir capacidad de incidir en las decisiones, mecanismos de representación legítima, acceso a información comprensible y seguimiento de los acuerdos adoptados.

Putnam (1993) utiliza el concepto de capital social para explicar cómo las redes, normas de reciprocidad y relaciones de confianza facilitan la cooperación. Desde esta perspectiva, las comunidades con estructuras organizativas fuertes poseen recursos sociales que pueden contribuir a la vigilancia, difusión de información, identificación de personas en riesgo y movilización de apoyo. Sin embargo, el capital social no reemplaza las obligaciones institucionales; debe articularse con recursos técnicos y financieros proporcionados por el sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud (2024a) plantea que la participación comunitaria debe estar presente antes, durante y después de las emergencias. Su marco de competencias para comunicación de riesgos y participación comunitaria destaca la necesidad de contar con personal capacitado para escuchar, comprender las percepciones de riesgo, trabajar con los actores locales y adaptar las intervenciones. De manera complementaria, la Organización Mundial de la Salud (2024b) propone mecanismos inclusivos de gobernanza, fortalecimiento de la fuerza laboral comunitaria, utilización de información social y cultural, garantía de acceso para grupos vulnerables y evaluación continua.

Samsamshariat et al. (2023) muestran que los trabajadores comunitarios indígenas pueden asumir funciones esenciales de comunicación, educación, orientación y apoyo sanitario durante las emergencias. No obstante, también evidencian que estas responsabilidades frecuentemente se desarrollan sin reconocimiento, capacitación o recursos suficientes. Este hallazgo permite advertir que la participación comunitaria no debe convertirse en una transferencia informal de obligaciones institucionales hacia actores voluntarios.

La confianza representa un resultado y, al mismo tiempo, una condición de la participación. Belrhiti et al. (2024) sostienen que la confianza recíproca facilita la cooperación entre organizaciones sanitarias, mientras que su ausencia retrasa las decisiones y debilita la acción conjunta. En la relación entre instituciones y comunidades, la confianza depende de la presencia territorial, el cumplimiento de compromisos, el respeto cultural, la comunicación transparente y la capacidad de responder oportunamente.

Por tanto, la participación comunitaria dentro del MOGESIT se concibe como un proceso vinculante y no meramente consultivo. Las comunidades intervienen en la identificación de riesgos, producción de alertas, priorización de necesidades, adaptación cultural de mensajes y evaluación de resultados. Esta participación busca fortalecer la legitimidad del modelo y reconstruir la confianza mediante experiencias verificables de corresponsabilidad.

2.2.5. Capacidad institucional de respuesta y resiliencia de los sistemas de salud

La capacidad institucional de respuesta se refiere al conjunto de estructuras, recursos, competencias y procesos que permiten detectar un evento sanitario, analizarlo, adoptar decisiones, movilizar recursos, ejecutar intervenciones, mantener servicios esenciales y aprender de la experiencia. Esta capacidad no depende exclusivamente del número de profesionales, establecimientos o insumos disponibles, sino de la forma en que dichos recursos se organizan y coordinan.

El enfoque de gestión del riesgo de emergencias sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (2019) plantea que la prevención, preparación, respuesta y recuperación deben integrarse dentro de los sistemas de salud y relacionarse con otros sectores. Desde esta perspectiva, una emergencia no se gestiona solamente durante el brote; requiere planificación previa, vigilancia, comunicación, logística, coordinación y aprendizaje posterior.

Zimmermann et al. (2024) explican que la resiliencia de un sistema de salud comprende su capacidad para prepararse, gestionar el impacto de una perturbación, mantener sus funciones esenciales, recuperarse y utilizar las lecciones obtenidas para mejorar. Este enfoque supera la idea de resiliencia entendida únicamente como retorno a la situación previa. Un sistema puede absorber una crisis, adaptarse a ella o transformarse cuando sus estructuras anteriores resultan insuficientes.

Copeland et al. (2023), después de revisar estudios empíricos y revisiones sobre resiliencia sanitaria, advierten que el concepto ha sido aplicado de forma fragmentada. Algunas investigaciones se concentran en infraestructura, otras en personal o financiamiento, sin analizar suficientemente las relaciones entre organizaciones, comunidades y niveles del sistema. Los autores proponen una visión más amplia que incorpore capacidades organizacionales, comunitarias, sociales y adaptativas.

La perspectiva de Copeland et al. (2023) complementa el enfoque operativo de la Organización Mundial de la Salud y de Zimmermann et al. (2024). Mientras estos últimos permiten ordenar las fases y funciones necesarias frente a una emergencia,

Copeland et al. enfatizan que la resiliencia surge de las interacciones entre los diferentes componentes del sistema. Por ello, disponer de recursos no garantiza una respuesta efectiva si existen fragmentación, desconfianza o incapacidad para compartir información.

En esta tesis, la capacidad institucional de respuesta se analiza mediante dimensiones relacionadas con coordinación interinstitucional, eficiencia operativa, capacidad logística, vigilancia e información, pertinencia cultural, participación comunitaria y cobertura territorial. Estas dimensiones expresan que una respuesta efectiva debe ser oportuna, coordinada, accesible, basada en evidencia y aceptada por las comunidades.

2.2.6. Inteligencia epidemiológica territorial y vigilancia comunitaria

La vigilancia epidemiológica consiste en la recopilación, análisis, interpretación y difusión sistemática de información sobre eventos sanitarios. Sin embargo, en territorios dispersos, la información procedente exclusivamente de los establecimientos puede resultar insuficiente o tardía. Por ello, la inteligencia epidemiológica territorial amplía la vigilancia al integrar datos clínicos, comunitarios, ambientales, geográficos, sociales y culturales para apoyar la toma de decisiones.

La diferencia entre vigilancia e inteligencia radica en que la primera identifica y sigue eventos, mientras que la segunda transforma diferentes fuentes de información en conocimiento estratégico. La inteligencia epidemiológica no se limita a registrar casos; busca comprender dónde se concentra el riesgo, qué factores favorecen su propagación, qué comunidades presentan mayores barreras de acceso y qué recursos pueden movilizarse.

La Organización Mundial de la Salud (2024b) recomienda establecer mecanismos para recopilar y utilizar evidencia social, cultural y conductual dentro de la gestión de emergencias. Esto reconoce que la interpretación de un brote requiere información sobre prácticas comunitarias, movilidad, percepción del riesgo, confianza institucional y condiciones de acceso, además de indicadores biomédicos.

Zavaleta-Cortijo et al. (2023) destacan que los pueblos indígenas poseen conocimientos sobre cambios ambientales, ciclos estacionales, alimentación, movilidad y protección colectiva que pueden contribuir a la preparación ante emergencias. Estos conocimientos no sustituyen la confirmación clínica o de laboratorio, pero pueden funcionar como señales tempranas y orientar la investigación epidemiológica.

La vigilancia comunitaria propuesta en el MOGESIT se fundamenta en esta complementariedad. Los agentes y líderes comunitarios identifican y comunican eventos inusuales; el Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural contrasta, sistematiza y analiza la información; y el Consejo Territorial utiliza los resultados para adoptar decisiones. La georreferenciación, los mapas de accesibilidad y el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica permiten incorporar la dimensión territorial dentro de la priorización de intervenciones.

2.2.7. Sistemas complejos adaptativos y mejora continua

Los sistemas de salud pueden comprenderse como sistemas complejos adaptativos, debido a que están conformados por múltiples actores interdependientes cuyas decisiones generan efectos que no siempre son lineales o previsibles. Plsek y Greenhalgh (2001) explican que, en los sistemas complejos, los resultados emergen de las interacciones entre los participantes y no únicamente de las instrucciones establecidas por una autoridad central. Esto significa que una modificación en un componente puede producir efectos inesperados en otras partes del sistema.

De Savigny y Adam (2009) aplican el pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud y sostienen que las intervenciones deben analizar sus relaciones, retroalimentaciones y posibles consecuencias no previstas. Desde esta perspectiva, resulta insuficiente mejorar aisladamente el transporte, la vigilancia, el talento humano o la comunicación, porque el desempeño final depende de la articulación entre estos elementos.

Copeland et al. (2023) retoman esta visión al señalar que la resiliencia sanitaria se encuentra vinculada con la capacidad de aprender, adaptarse y transformarse. La

adaptación implica modificar procesos ante nuevas condiciones, mientras que la transformación supone revisar estructuras y relaciones que han demostrado ser inadecuadas. Belrhiti et al. (2024), desde el estudio de redes sanitarias, añaden que las relaciones de colaboración también evolucionan y requieren mecanismos continuos de negociación, aprendizaje y ajuste.

Estos fundamentos explican por qué el MOGESIT se organiza mediante subsistemas interdependientes. La vigilancia comunitaria alimenta la inteligencia epidemiológica; la información orienta la gobernanza y planificación; la planificación permite movilizar recursos; la respuesta genera resultados; y la evaluación retroalimenta al conjunto del sistema. El Sistema de Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua cumple la función de identificar desviaciones, analizar resultados, incorporar aprendizajes y ajustar el modelo según los cambios del territorio.

2.2.8. Integración teórica de las categorías de investigación

La articulación de los enfoques desarrollados permite establecer una relación teórica entre las categorías de la investigación. La gobernanza colaborativa explica la necesidad de coordinar instituciones y comunidades mediante reglas, responsabilidades y decisiones compartidas. La planificación estratégica situacional y la gestión territorial permiten adaptar las intervenciones a los problemas, actores y condiciones geográficas del cantón Taisha. La interculturalidad crítica fundamenta la incorporación de los conocimientos, autoridades y prácticas indígenas en los procesos sanitarios. La participación comunitaria y el capital social explican la importancia de las redes locales y la confianza para la aceptación de las intervenciones. La resiliencia sanitaria permite comprender las capacidades necesarias para anticipar, responder, recuperarse y aprender frente a emergencias. Finalmente, la teoría de sistemas complejos explica la interacción entre estos componentes y la necesidad de mantener mecanismos de retroalimentación y adaptación.

Desde esta integración, la limitada capacidad institucional de respuesta no se interpreta como el resultado de una única carencia, sino como la consecuencia de relaciones

insuficientes entre coordinación, información, logística, territorio, cultura y participación. De igual manera, el MOGESIT no se plantea como una suma de estructuras independientes, sino como un sistema de gobernanza en el que cada componente cumple una función vinculada con los demás.

Es de esta manera que, el fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas requiere una gobernanza colaborativa y territorialmente adaptada, capaz de integrar evidencia epidemiológica, recursos institucionales, participación comunitaria, saberes indígenas y procesos permanentes de aprendizaje. Estos fundamentos orientan el análisis de los resultados y justifican la estructura, funcionamiento y mecanismos de implementación del modelo propuesto.

2.3. Marco Conceptual.

El marco conceptual delimita el significado con el que se utilizan las principales categorías de la investigación y establece su relación con el problema, los objetivos, el análisis de resultados y la propuesta formulada. A diferencia del marco teórico, que explica los enfoques y teorías desde los cuales se interpreta el fenómeno, este apartado precisa cómo se comprenden y aplican los conceptos centrales dentro del estudio. Las categorías seleccionadas son: gobernanza sanitaria, modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial, gestión sanitaria territorial, interculturalidad y pertinencia cultural, emergencia epidemiológica, capacidad institucional de respuesta, articulación interinstitucional, participación y vigilancia comunitaria, inteligencia epidemiológica territorial, resiliencia sanitaria, e indicadores de monitoreo y evaluación.

2.3.1. Gobernanza sanitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) relaciona la gobernanza de los sistemas de salud con la existencia de marcos estratégicos, mecanismos de supervisión, regulación, construcción de alianzas, diseño institucional y rendición de cuentas. Esta concepción permite diferenciar la gobernanza de la administración cotidiana de los servicios, debido a que la primera se refiere a la forma en que se distribuye la autoridad, se toman decisiones y se regulan las relaciones entre los actores del sistema.

Ansell y Gash (2008) amplían esta perspectiva mediante el concepto de gobernanza colaborativa, entendida como un proceso en el que instituciones públicas y actores no estatales participan formalmente en decisiones orientadas a resolver problemas colectivos. Emerson, Nabatchi y Balogh (2012) agregan que la colaboración requiere motivaciones compartidas, capacidad para actuar conjuntamente, liderazgo y mecanismos institucionales que permitan transformar los acuerdos en resultados.

Mientras la OMS enfatiza las funciones de conducción, regulación y responsabilidad, los enfoques de Ansell y Gash (2008) y Emerson et al. (2012) destacan la interacción entre instituciones, comunidades y otros actores. Ambas perspectivas son complementarias para esta investigación, porque la respuesta ante emergencias epidemiológicas en Taisha requiere tanto una dirección institucional clara como mecanismos de participación y corresponsabilidad.

Para efectos de este estudio, la gobernanza sanitaria se entiende como el conjunto de estructuras, normas, relaciones y procesos de decisión mediante los cuales actores institucionales, gubernamentales y comunitarios coordinan prioridades, responsabilidades, información y recursos para prevenir, vigilar y responder ante emergencias epidemiológicas.

2.3.2. Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial

Un modelo constituye una representación organizada de componentes, relaciones y procesos diseñada para explicar o intervenir sobre una realidad determinada. Desde el pensamiento sistémico, De Savigny y Adam (2009) sostienen que las intervenciones sanitarias deben considerar las relaciones existentes entre gobernanza, recursos, información, prestación de servicios y población, ya que los cambios en un componente pueden generar efectos sobre el conjunto del sistema.

El Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial no corresponde a una definición tomada de un único autor, sino a una construcción propositiva de esta investigación basada en la integración de los enfoques de gobernanza colaborativa,

planificación territorial, interculturalidad, participación comunitaria, inteligencia epidemiológica y resiliencia sanitaria.

En esta tesis, el MOGESIT se define como una estructura sistémica de coordinación y decisión compartida que articula actores, información, recursos y procesos institucionales y comunitarios para fortalecer la preparación y respuesta ante emergencias epidemiológicas en territorios indígenas. Su carácter intercultural implica reconocer e incorporar conocimientos, autoridades y prácticas indígenas; su carácter territorial exige adaptar la planificación a las condiciones geográficas, epidemiológicas, sociales y logísticas del cantón Taisha.

2.3.3. Gestión sanitaria territorial

Matus (1987) concibe la planificación como un proceso situado, orientado a problemas concretos y condicionado por la existencia de múltiples actores con diferentes intereses, recursos y capacidades. Desde esta perspectiva, las decisiones no pueden formularse exclusivamente desde niveles centrales, debido a que su viabilidad depende de las características del escenario donde serán ejecutadas.

La gestión territorial traslada esta lógica al ámbito sanitario. El territorio no se limita a una delimitación administrativa, sino que comprende relaciones geográficas, sociales, culturales, ambientales, económicas e institucionales. Por ello, una misma estrategia sanitaria puede producir resultados distintos según la accesibilidad, dispersión poblacional, movilidad, organización comunitaria y disponibilidad de recursos.

Zimmermann et al. (2024) señalan que la preparación de los sistemas de salud debe analizar de manera articulada la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios y la generación de recursos. Este enfoque complementa la planificación situacional, porque permite reconocer que la respuesta territorial depende de la interacción entre esas funciones.

En la presente investigación, la gestión sanitaria territorial se entiende como el proceso de planificación, organización, distribución de recursos, ejecución y evaluación de

acciones sanitarias adaptadas a las características geográficas, epidemiológicas, institucionales y socioculturales de las comunidades del cantón Taisha.

2.3.4. Interculturalidad y pertinencia cultural en salud

Menéndez (2003) explica que los procesos de salud y enfermedad se atienden mediante diferentes formas de cuidado, entre ellas la biomedicina, la medicina tradicional, el autocuidado y las redes familiares o comunitarias. El autor cuestiona la subordinación de los conocimientos tradicionales frente al modelo biomédico y plantea la necesidad de analizar las articulaciones que las propias poblaciones establecen entre distintos sistemas de atención.

Walsh (2009) distingue entre interculturalidad funcional e interculturalidad crítica. La primera incorpora elementos culturales sin modificar las relaciones de poder existentes, mientras que la segunda promueve el reconocimiento de diferentes conocimientos, autoridades y formas de organización en condiciones de mayor horizontalidad. Esta diferencia es relevante porque traducir mensajes o incluir ocasionalmente a un representante indígena no garantiza, por sí solo, una gestión intercultural.

Segovia-Meza et al. (2025) sostienen que la incorporación de la interculturalidad en los servicios de salud exige cambios en la planificación, las competencias del personal, la organización institucional y los procesos de gestión. De esta forma, la interculturalidad deja de depender solamente de actitudes individuales y se convierte en una responsabilidad organizativa.

Para esta investigación, la interculturalidad en salud se entiende como el proceso de reconocimiento, diálogo y articulación entre el sistema sanitario institucional y los conocimientos, prácticas, autoridades y formas de organización de las comunidades indígenas. La pertinencia cultural corresponde al grado en que una intervención resulta respetuosa, comprensible, aceptable y coherente con la lengua, cosmovisión, prácticas y dinámicas comunitarias de la población a la que se dirige.

Aunque la versión anterior utilizaba el concepto de “sistema de salud plurinacional”, en esta investigación resulta más preciso utilizar las categorías de interculturalidad y pluralismo médico. Estas permiten analizar la coexistencia y articulación de diferentes formas de comprender y atender la salud sin asumir que existe formalmente un sistema institucional paralelo plenamente estructurado.

2.3.5. Emergencia epidemiológica

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024a) aborda las emergencias sanitarias desde un enfoque de múltiples amenazas, que comprende la evaluación, clasificación y respuesta ante acontecimientos agudos con consecuencias para la salud. La respuesta debe ser oportuna, predecible, coordinada y proporcional al nivel de riesgo identificado.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC, 2025) diferencia entre amenaza, evento, preparación y respuesta. Una amenaza para la salud pública surge cuando un peligro puede afectar a la población, mientras que la respuesta comprende las medidas destinadas a reducir las consecuencias del evento. La preparación incluye los conocimientos, capacidades, planes y recursos desarrollados previamente para anticipar, enfrentar y recuperarse de una crisis.

En esta investigación, una emergencia epidemiológica se entiende como una situación producida por la aparición, incremento o propagación inusual de una enfermedad o evento transmisible que amenaza la salud colectiva y requiere vigilancia reforzada, decisiones oportunas, movilización coordinada de recursos y medidas adaptadas a las condiciones del territorio. Este concepto no se limita a las emergencias declaradas internacionalmente, sino que incluye eventos locales capaces de superar la respuesta ordinaria del sistema sanitario.

2.3.6. Capacidad institucional de respuesta

La capacidad institucional no debe reducirse a la disponibilidad de personal, medicamentos o infraestructura. El ECDC (2025) la vincula con las condiciones necesarias para prevenir, preparar y ejecutar una respuesta organizada frente a amenazas

sanitarias. Estas condiciones incluyen planificación, fuerza laboral, sistemas de alerta, coordinación, comunicación, recursos y procedimientos operativos.

Zimmermann et al. (2024) sostienen que la capacidad de respuesta depende de la interacción entre las funciones del sistema de salud y de su comportamiento durante las diferentes etapas de una perturbación: preparación, aparición y alerta, impacto y manejo, recuperación y aprendizaje. Por tanto, una institución puede disponer de recursos y aun así responder deficientemente cuando existen fallas de gobernanza, información o coordinación.

Para efectos de esta tesis, la capacidad institucional de respuesta se define como el conjunto de recursos, competencias, estructuras y procesos que permiten a las instituciones detectar, analizar, decidir, coordinar y actuar de manera oportuna frente a una emergencia epidemiológica. Se analiza mediante las dimensiones de coordinación interinstitucional, eficiencia operativa, logística, vigilancia e información, cobertura territorial, pertinencia cultural, participación y confianza comunitaria.

2.3.7. Articulación interinstitucional

La articulación interinstitucional corresponde al proceso mediante el cual diferentes organizaciones coordinan competencias, decisiones, recursos y actividades para alcanzar objetivos compartidos. Ansell y Gash (2008) señalan que la colaboración requiere interacción formal, objetivos comunes y participación directa en la toma de decisiones. Emerson et al. (2012) agregan que deben existir capacidades para la acción conjunta, entre ellas procedimientos, liderazgo, conocimiento compartido y recursos.

Belrhiti et al. (2024) identifican que la colaboración en redes sanitarias puede verse favorecida por la claridad de funciones, el liderazgo distribuido, las metas compartidas, la confianza y la rendición de cuentas. En contraste, la falta de alineación estratégica y la desconfianza pueden retrasar las decisiones y fragmentar las intervenciones.

En esta investigación, la articulación interinstitucional se entiende como la coordinación formal y permanente entre el Ministerio de Salud Pública, los gobiernos autónomos

descentralizados, las instituciones de gestión de riesgos, las organizaciones indígenas y otros actores territoriales para planificar, intercambiar información, movilizar recursos, ejecutar intervenciones y evaluar resultados. Su efectividad no se mide únicamente por la existencia de reuniones, sino por el cumplimiento de acuerdos, la claridad de responsabilidades y la ejecución conjunta de acciones.

2.3.8. Participación comunitaria y vigilancia comunitaria

Arnstein (1969) diferencia entre formas simbólicas de participación y niveles en los que la ciudadanía adquiere influencia efectiva sobre las decisiones. Esta distinción permite comprender que informar o consultar a una comunidad no equivale necesariamente a incorporarla en la planificación y conducción de las intervenciones.

La Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2024), considera la participación social como una función esencial de la gobernanza sanitaria y la relaciona con legitimidad, confianza, eficiencia, justicia social y apropiación de los procesos. Asimismo, la OMS (2024b) plantea que la participación durante emergencias debe permitir que las comunidades compartan liderazgo, planificación e implementación, en lugar de actuar únicamente como receptoras de información.

En este estudio, la participación comunitaria se define como la incorporación activa, informada y con capacidad de incidencia de autoridades, líderes, organizaciones, agentes comunitarios y miembros de las comunidades indígenas en la identificación de riesgos, priorización de necesidades, planificación, ejecución y evaluación de las acciones sanitarias.

La vigilancia comunitaria constituye una expresión específica de esta participación. Se refiere a la capacidad organizada de los actores locales para identificar eventos inusuales, comunicar señales de alerta, aportar información territorial y apoyar acciones de prevención. No sustituye la vigilancia epidemiológica oficial, sino que la complementa mediante información generada desde lugares donde la presencia institucional puede ser limitada o intermitente.

2.3.9. Inteligencia epidemiológica territorial

El ECDC (2025) define la inteligencia epidemiológica como el proceso de detectar, verificar, analizar, evaluar e investigar eventos que pueden representar una amenaza para la salud pública. Su finalidad principal consiste en generar alertas tempranas y proporcionar información útil para la toma de decisiones.

La vigilancia epidemiológica tradicional suele concentrarse en el reporte periódico de casos y resultados de laboratorio. La inteligencia epidemiológica amplía este proceso al combinar vigilancia basada en indicadores con información basada en eventos, alertas comunitarias, reportes informales y otras fuentes relevantes. En territorios amazónicos también resulta necesario integrar información geográfica, ambiental, logística, social y cultural.

Para esta investigación, la inteligencia epidemiológica territorial se entiende como el proceso de integración y análisis de información epidemiológica, comunitaria, geográfica, ambiental, social y operativa para identificar riesgos, priorizar comunidades y orientar decisiones. Este concepto fundamenta la creación del Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural.

Dentro de esta categoría se incorpora la vulnerabilidad epidemiológica territorial, entendida como la condición resultante de la interacción entre exposición a amenazas sanitarias, susceptibilidad de la población, barreras de acceso y limitada capacidad institucional o comunitaria para prevenir y responder. El Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica constituye una herramienta original del MOGESIT destinada a sintetizar variables como incidencia, accesibilidad, cobertura sanitaria, agua y saneamiento, condiciones socioeconómicas, riesgos ambientales y capacidad organizativa. Su fórmula y ponderaciones deberán definirse y validarse durante la fase piloto del modelo.

2.3.10. Resiliencia sanitaria

Zimmermann et al. (2024) conciben la resiliencia de los sistemas de salud como la capacidad para prepararse, absorber, adaptar y transformar su funcionamiento frente a perturbaciones, así como recuperarse y aprender de la experiencia. Esta definición supera la idea de que la resiliencia consiste solamente en regresar al estado previo a una crisis.

La adaptación supone ajustar procesos y recursos para mantener funciones esenciales, mientras que la transformación implica modificar estructuras que han demostrado ser insuficientes. En un territorio como Taisha, la resiliencia requiere anticipación, flexibilidad logística, redes comunitarias, coordinación entre sectores y capacidad de aprendizaje institucional.

En esta tesis, la resiliencia sanitaria se entiende como la capacidad conjunta de instituciones y comunidades para anticipar amenazas, mantener funciones esenciales, responder de manera adaptativa, recuperarse de una emergencia e incorporar los aprendizajes obtenidos para reducir vulnerabilidades futuras.

2.3.11. Monitoreo, evaluación e indicadores

El monitoreo consiste en el seguimiento sistemático de actividades, recursos, productos e indicadores durante la implementación de una intervención. La evaluación analiza de manera periódica su pertinencia, funcionamiento, resultados e impacto esperado. Zimmermann et al. (2024) advierten que la valoración de la resiliencia requiere combinar indicadores cuantitativos con información cualitativa, debido a que variables como gobernanza, coordinación y confianza no pueden comprenderse únicamente mediante cifras.

Los indicadores son medidas que permiten observar cambios o verificar el cumplimiento de objetivos. Pueden corresponder a insumos, procesos, productos, resultados o impactos. Su interpretación debe considerar el contexto, la fuente, la periodicidad, la línea de base y las metas establecidas.

Para esta investigación, los indicadores del MOGESIT se organizan en las dimensiones de gobernanza, inteligencia epidemiológica, planificación y financiamiento, participación comunitaria, respuesta operativa y mejora continua. Entre ellos se consideran el tiempo de procesamiento de alertas, tiempo de activación de equipos, porcentaje de acuerdos ejecutados, cobertura de vigilancia comunitaria, cumplimiento de intervenciones, reducción de duplicidades, participación indígena y percepción de pertinencia cultural.

La mejora continua corresponde al proceso mediante el cual los resultados del monitoreo y la evaluación se utilizan para identificar problemas, adoptar acciones correctivas y ajustar el funcionamiento del modelo. De esta forma, la evaluación no representa únicamente una etapa final, sino un mecanismo permanente de aprendizaje y adaptación.

Síntesis conceptual

Los conceptos desarrollados mantienen una relación directa con la lógica de la investigación. La gobernanza sanitaria y la articulación interinstitucional explican la forma en que deben relacionarse los actores; la gestión territorial permite adaptar la intervención a las características de Taisha; la interculturalidad y la participación comunitaria garantizan legitimidad y pertinencia; la inteligencia epidemiológica facilita la detección y priorización de riesgos; la capacidad institucional y la resiliencia expresan el resultado que se busca fortalecer; y el monitoreo y la evaluación permiten verificar el funcionamiento del modelo.

En consecuencia, el marco conceptual establece que el fortalecimiento de la respuesta institucional no depende de un único recurso o institución, sino de la articulación sistémica entre gobernanza, información, planificación, logística, interculturalidad, participación y aprendizaje continuo. Esta integración constituye la base conceptual del MOGESIT.

2.4. Marco Contextual.

El desarrollo de la presente investigación se sitúa en el cantón Taisha, ubicado en la provincia de Morona Santiago, en la región amazónica del Ecuador. Este territorio constituye uno de los escenarios más complejos para la gestión sanitaria a nivel nacional, debido a la convergencia de factores geográficos, sociales, culturales e institucionales que condicionan de manera directa la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Taisha se caracteriza por una alta dispersión poblacional, con comunidades indígenas, principalmente de las nacionalidades shuar y achuar, distribuidas en zonas de difícil acceso, muchas de ellas alcanzables únicamente por vía fluvial o aérea. Esta condición geográfica limita significativamente la provisión continua de servicios de salud, el despliegue oportuno de brigadas médicas y la implementación efectiva de estrategias de prevención y control epidemiológico. A ello se suma una infraestructura sanitaria insuficiente, con establecimientos de primer nivel que operan bajo condiciones restrictivas, tanto en recursos humanos como en equipamiento y capacidad resolutiva.

Desde el punto de vista social y cultural, el territorio presenta una riqueza significativa en términos de organización comunitaria, sistemas de autoridad tradicional y saberes ancestrales relacionados con la salud y la enfermedad. Sin embargo, esta riqueza no ha sido adecuadamente incorporada en la lógica operativa del sistema nacional de salud. Por el contrario, persiste una brecha importante entre el modelo biomédico institucional y las prácticas tradicionales, lo que se traduce en desconfianza hacia los servicios de salud, baja adherencia a tratamientos y una limitada participación comunitaria en la gestión sanitaria.

En el ámbito institucional, la gestión de la salud en Taisha se encuentra marcada por una débil articulación entre los distintos niveles de gobierno y actores involucrados. Si bien el Ministerio de Salud Pública es el ente rector, su capacidad operativa en territorio es limitada, lo que obliga a una participación complementaria de gobiernos autónomos descentralizados y otras entidades. No obstante, esta articulación no siempre responde a

una planificación estructurada, sino que suele activarse de manera reactiva ante eventos críticos, lo que reduce su eficacia.

Esta situación se evidenció de manera particular durante el brote de leptospirosis ocurrido entre los años 2024 y 2025, donde la respuesta institucional enfrentó múltiples dificultades: tiempos de reacción prolongados, limitaciones logísticas, escasa coordinación interinstitucional y una débil integración con las autoridades comunitarias. Estos factores no solo afectaron la efectividad de la intervención sanitaria, sino que también profundizaron la distancia entre el sistema de salud y las comunidades, evidenciando la necesidad de replantear los modelos de gestión existentes.

En este contexto, el cantón Taisha no solo representa un territorio de estudio, sino un espacio donde se manifiestan con claridad las limitaciones estructurales del sistema de salud frente a realidades interculturales. A su vez, constituye un escenario estratégico para el diseño de propuestas innovadoras que permitan articular la gestión institucional con las dinámicas territoriales y culturales, orientando la construcción de modelos más eficientes, pertinentes y sostenibles. Por tanto, el marco contextual no solo delimita el espacio de la investigación, sino que justifica la necesidad de un enfoque territorial e intercultural como base para la transformación de la gestión sanitaria en la Amazonía ecuatoriana.

2.5. Marco Legal y Normativo.

La presente investigación se sustenta en un conjunto de instrumentos jurídicos nacionales e internacionales que consagran el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y que reconocen la diversidad cultural, la autodeterminación de los pueblos indígenas y la obligación estatal de garantizar sistemas de atención pertinentes, accesibles y adaptados al territorio. El marco legal proporciona así la legitimidad normativa para el diseño de un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial que fortalezca la capacidad de respuesta institucional en comunidades indígenas del cantón Taisha.

Constitución de la República del Ecuador (2008).

Es el eje fundamental del ordenamiento jurídico ecuatoriano. En su Artículo 32, reconoce expresamente la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Este derecho no se limita al acceso a servicios, sino que implica la generación de condiciones para el bienestar integral, en armonía con la cosmovisión de los pueblos. En su Artículo 57, la Constitución reconoce los derechos colectivos de los pueblos y nacionalidades indígenas. Entre ellos, se establece el derecho a conservar y practicar su medicina ancestral, y a acceder a sistemas de salud que respeten sus saberes y prácticas.

Esta disposición es fundamental, pues respalda legalmente la inclusión de saberes indígenas dentro del sistema nacional de salud y respalda el enfoque intercultural de esta investigación.

Asimismo, el Artículo 1 establece que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural y plurinacional, lo cual obliga a que las políticas públicas, incluida la salud, respondan a la diversidad cultural del país.

Código Orgánico de la Salud (COS, 2020):

El COS actualiza y consolida la normativa sobre el sistema nacional de salud. En su Artículo 4, establece el principio de "equidad y pertinencia cultural", reafirmando que la atención debe respetar la diversidad étnica y cultural del país. También enfatiza la participación comunitaria, la atención integral y la promoción de salud con enfoque intercultural y territorial.

En el Título IV sobre la atención integral de salud, se reconoce la necesidad de articular la medicina ancestral con la atención convencional, generando procesos de complementariedad en beneficio de los usuarios. Esta articulación, sin embargo, todavía enfrenta obstáculos operativos que esta tesis busca atender mediante la propuesta de un modelo concreto.

Ley Orgánica de Salud (2006):

Aunque en parte ha sido sustituida por el COS, mantiene validez en varios aspectos procedimentales y complementarios. Establece como principios rectores del sistema de salud la calidad, la equidad, la solidaridad y la participación. Además, reconoce la integralidad de la atención y la necesidad de adaptar los servicios a las realidades locales. Este marco legal reafirma la obligación estatal de garantizar el derecho a la salud con enfoque comunitario y preventivo, principios clave en la gestión de emergencias epidemiológicas.

Reglamentos y normas del Ministerio de Salud Pública (MSP):

El MSP ha desarrollado lineamientos específicos sobre atención intercultural en salud, como los contenidos en el "Manual de Buenas Prácticas en Salud Intercultural" y la "Norma Técnica de Articulación entre la Medicina Ancestral y la Medicina Convencional". No obstante, estos documentos tienen escasa implementación efectiva en zonas amazónicas como Taisha, donde las condiciones geográficas y culturales requieren adaptaciones más profundas. Esta investigación pretende precisamente operacionalizar estos principios de forma territorializada y sostenible. Instrumentos internacionales de derechos indígenas y salud:

A nivel internacional, el Convenio 169 de la OIT, ratificado por Ecuador en 1998, establece que los pueblos indígenas tienen derecho a mantener sus propias prácticas de salud y que los Estados deben adoptar medidas para garantizar que los servicios de salud sean culturalmente apropiados. Asimismo, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) consagra el derecho de los pueblos indígenas a determinar y desarrollar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho a la salud, incluyendo el acceso a servicios sanitarios que reflejen sus necesidades culturales y territoriales.

Ambos instrumentos tienen jerarquía constitucional en Ecuador y constituyen un respaldo normativo para la construcción de modelos de atención diferenciados, como el que propone esta tesis.

Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

La investigación también se alinea con la Agenda 2030, especialmente con los siguientes ODS:

• ODS 3: Salud y bienestar, que propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, con énfasis en la cobertura universal y la atención en emergencias.

• ODS 10: Reducción de las desigualdades, que exige acciones afirmativas para poblaciones excluidas, como los pueblos indígenas.

• ODS 16 y 17, que abogan por instituciones eficaces, inclusivas y alianzas estratégicas entre actores diversos.

Capítulo 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.

La presente investigación adopta un enfoque metodológico integral, alineado con la complejidad del fenómeno estudiado y con el propósito de construir un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial para mejorar la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha, Morona Santiago. Considerando la diversidad de actores, contextos y dimensiones implicadas, se opta por una estrategia de investigación mixta, que articula métodos cualitativos y cuantitativos bajo un diseño secuencial exploratorio. Este capítulo describe los fundamentos metodológicos que estructuran la investigación, partiendo de la matriz de congruencia científica, la operacionalización de variables, y finalizando con los métodos de recolección de información y criterios de selección muestral.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables.

Operacionalización de Variables						
Tema: Modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago.						
Pregunta de investigación	**Objetivo general**	**Objetivos específicos**	**Hipótesis**	**Variables estudiadas**	**Dimensiones**	**Indicadores**
¿Cómo contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas mediante un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y	Diseñar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial que contribuya al fortalecimiento de la capacidad institucional de respuesta ante emergencias	1. Determinar los fundamentos teóricos, conceptuales, normativos e interculturales que sustentan la gobernanza sanitaria y la respuesta institucional ante emergencias	El diseño de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial, fundamentado en evidencia, participación comunitaria y articulación interinstitucional, constituye una propuesta	**Variable independiente:** Modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial	Enfoque territorial	Participación comunitaria
					Interculturalidad	Nivel de inclusión de saberes ancestrales
					Participación comunitaria	Participación de líderes comunitarios en la gestión sanitaria
					Articulación interinstitucional	Mecanismos de coordinación entre instituciones

territorial en las comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago, a partir de las limitaciones identificadas durante el período 2023–2025?	epidemiológicas, mediante la articulación de actores comunitarios, institucionales y gubernamentales, en las comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago, a partir del análisis del período 2023–2025.	epidemiológicas en contextos territoriales amazónicos e indígenas.	pertinente, factible y aplicable para contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.			
		2. Caracterizar el estado actual de la respuesta sanitaria institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha, identificando las limitaciones operativas, organizativas, logísticas, institucionales y socioculturales que afectan su efectividad			Planificación Estratégica	Nivel de planificación preventiva ante emergencias
				Variable(s) dependiente(s): Capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas.	Eficiencia operativa	Tiempo de respuesta ante emergencias
					Coordinación institucional	Nivel de coordinación entre actores

		durante el período 2023–2025.				
		3. Elaborar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial orientado al fortalecimiento de la articulación entre actores comunitarios, institucionales y gubernamentales para mejorar la respuesta ante emergencias			Pertinencia cultural	Grado de adecuación cultural de las intervenciones

		epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.				
		4. Valorar la pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad y aplicabilidad del modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial mediante juicio de expertos y análisis de factibilidad.			Cobertura y acceso	Alcance territorial de las acciones sanitarias

					Aceptación comunitaria	Nivel de confianza y aceptación comunitaria

Fuente: elaboración propia a partir de la pregunta de investigación, los objetivos, la hipótesis, las variables, las dimensiones y los indicadores definidos en el estudio.

3.2. Diseño metodológico.

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

La presente investigación se desarrolló mediante un enfoque mixto, entendido como un proceso sistemático de recolección, análisis e integración de datos cualitativos y cuantitativos dentro de un mismo estudio. Creswell y Plano Clark (2018) señalan que los métodos mixtos permiten combinar las fortalezas de ambos enfoques para alcanzar una comprensión más completa del fenómeno investigado que la que podría obtenerse mediante su aplicación independiente. De manera coincidente, Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018) sostienen que este enfoque posibilita integrar datos numéricos con experiencias, percepciones, significados y características contextuales, lo que resulta especialmente útil para el estudio de problemas complejos.

La elección del enfoque mixto respondió al carácter multidimensional de la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. El fenómeno investigado comprende factores operativos, organizativos, logísticos, institucionales, territoriales y socioculturales que no podían ser explicados exclusivamente mediante información cuantitativa ni únicamente a través de discursos y experiencias. La dimensión cualitativa permitió comprender las percepciones, prácticas, dificultades y propuestas de los actores institucionales y comunitarios; mientras que la dimensión cuantitativa posibilitó identificar tendencias relacionadas con la coordinación interinstitucional, los tiempos de respuesta, la pertinencia cultural, la confianza comunitaria y la aceptación de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial.

En correspondencia con este enfoque, se empleó un diseño mixto secuencial exploratorio. Según Creswell y Plano Clark (2018), este diseño inicia con una fase cualitativa orientada a explorar y comprender en profundidad un fenómeno y continúa con una fase cuantitativa destinada a ampliar, contrastar o examinar los hallazgos obtenidos inicialmente. Su utilización resulta pertinente cuando existe conocimiento limitado o fragmentado sobre el problema estudiado y se requiere partir de las

experiencias de los participantes para construir categorías, indicadores o propuestas contextualizadas.

En esta investigación, el diseño secuencial exploratorio se desarrolló mediante tres momentos articulados:

Fase cualitativa exploratoria. En la primera etapa se aplicaron entrevistas semiestructuradas, grupos focales y análisis documental a actores vinculados con la gestión sanitaria y con las comunidades indígenas del cantón Taisha. Esta fase permitió comprender las experiencias relacionadas con las emergencias epidemiológicas, las formas de organización de la respuesta institucional, las barreras de acceso territorial, la coordinación entre actores, la pertinencia cultural de las intervenciones y la participación comunitaria. A partir del análisis de la información se identificaron categorías y dimensiones que contribuyeron a caracterizar la problemática y a orientar la estructuración del instrumento cuantitativo.

Fase cuantitativa descriptiva. En la segunda etapa se aplicó un cuestionario estructurado a 50 participantes, distribuidos entre 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios. El instrumento permitió identificar tendencias en torno a la coordinación interinstitucional, los tiempos de respuesta, la pertinencia cultural, la confianza comunitaria y la disposición hacia la implementación de un modelo participativo e intercultural. El componente cuantitativo fue de carácter no experimental, debido a que las variables y categorías fueron observadas en su contexto natural sin manipulación deliberada por parte del investigador. Sus resultados fueron procesados mediante frecuencias, porcentajes y análisis descriptivos.

Fase de integración y construcción de la propuesta. En el tercer momento se integraron los resultados cualitativos, cuantitativos y documentales mediante un proceso de triangulación. Creswell y Plano Clark (2018) consideran la integración como un elemento esencial de la investigación mixta, puesto que permite relacionar los hallazgos obtenidos a través de diferentes fuentes, técnicas y tipos de datos. En este estudio, la triangulación permitió identificar convergencias, complementariedades y diferencias

entre las percepciones institucionales y comunitarias, fortalecer el diagnóstico y establecer los componentes necesarios para la elaboración del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial. Una vez diseñado, el modelo fue sometido a juicio de expertos y análisis de factibilidad para valorar su pertinencia, coherencia, innovación, sostenibilidad y aplicabilidad.

Por su finalidad, la investigación fue de tipo aplicada. Hernández-Sampieri y Mendoza Torres (2018) señalan que la investigación aplicada se orienta a utilizar el conocimiento científico para comprender y atender problemas concretos dentro de contextos determinados. En este caso, el estudio no se limitó a describir las debilidades de la respuesta institucional, sino que tuvo como producto principal el diseño del MOGESIT, concebido como una alternativa para fortalecer la articulación de actores, la vigilancia epidemiológica, la planificación territorial, la participación comunitaria y la respuesta operativa ante emergencias epidemiológicas.

Por su alcance, la investigación fue descriptiva y propositiva. Fue descriptiva porque permitió caracterizar el estado actual de la respuesta sanitaria institucional e identificar las limitaciones operativas, organizativas, logísticas, institucionales y socioculturales presentes en las comunidades indígenas del cantón Taisha durante el período 2023–2025. Fue propositiva porque, a partir de los fundamentos teóricos y de los resultados empíricos obtenidos, se elaboró un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial orientado a contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional.

El estudio no tuvo un alcance experimental ni evaluó los efectos reales del modelo después de su implementación. Su alcance se concentró en el diagnóstico de la problemática, la construcción de la propuesta y su valoración previa mediante expertos y análisis de factibilidad. En consecuencia, la efectividad del MOGESIT sobre los tiempos de respuesta, la coordinación institucional, la pertinencia cultural y la confianza comunitaria deberá comprobarse posteriormente mediante una implementación piloto y la evaluación de indicadores de proceso y resultado.

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

La selección de los métodos, técnicas e instrumentos respondió al enfoque mixto y al diseño secuencial exploratorio de la investigación. Se diferenciaron los métodos del nivel teórico, empleados para examinar y construir conceptualmente el objeto de estudio; los métodos del nivel empírico, orientados a obtener información directamente del contexto investigado; las técnicas e instrumentos de recolección de datos; y los procedimientos utilizados para procesar, analizar e integrar la información.

Métodos del nivel teórico

Método de análisis-síntesis. El análisis permitió descomponer el objeto de estudio en sus principales dimensiones: gobernanza sanitaria, coordinación interinstitucional, capacidad operativa, logística territorial, vigilancia epidemiológica, interculturalidad, participación comunitaria y confianza institucional. Posteriormente, la síntesis facilitó integrar estos elementos para interpretar la problemática de manera conjunta y estructurar los componentes del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial. Este método se utilizó en la revisión bibliográfica, el análisis de resultados y la construcción de la propuesta.

Método inductivo-deductivo. La inducción permitió partir de las experiencias, percepciones y datos obtenidos de los actores institucionales y comunitarios para identificar patrones, categorías y necesidades del territorio. La deducción se empleó para contrastar esos hallazgos con los fundamentos de gobernanza sanitaria, interculturalidad, planificación territorial, participación comunitaria y resiliencia de los sistemas de salud. La combinación de ambos razonamientos favoreció la relación entre la evidencia empírica y los referentes teóricos del estudio.

Método histórico-lógico. Este método se utilizó para examinar la evolución de los enfoques de atención intercultural, gestión territorial, participación indígena y respuesta ante emergencias epidemiológicas. El componente histórico permitió reconocer antecedentes normativos, institucionales y científicos; mientras que el componente

lógico facilitó identificar las relaciones entre su evolución y las limitaciones observadas en el cantón Taisha durante el período 2023–2025.

Enfoque sistémico-estructural-funcional. Se empleó para comprender la respuesta sanitaria como un sistema conformado por actores, recursos, información, normas, procesos de decisión y mecanismos operativos interdependientes. Este enfoque permitió identificar las funciones que debía cumplir cada componente del MOGESIT y establecer las relaciones entre gobernanza, inteligencia epidemiológica, planificación territorial, participación comunitaria, respuesta operativa y mejora continua.

Método de modelación. Se utilizó para representar de manera organizada la solución propuesta frente a las brechas identificadas. Mediante este método se definieron los principios, objetivos, componentes, actores, procesos, flujos de información, mecanismos de implementación e indicadores del MOGESIT. La modelación permitió transformar los resultados teóricos y empíricos en una propuesta estructurada y susceptible de valoración previa a su implementación.

Métodos del nivel empírico

Estudio de caso. Se adoptó el cantón Taisha como caso de estudio debido a sus características geográficas, epidemiológicas, institucionales y socioculturales. Su análisis permitió examinar en profundidad la respuesta sanitaria ante emergencias epidemiológicas en un territorio amazónico con alta dispersión poblacional, presencia mayoritaria de comunidades shuar y achuar y dificultades de acceso. El estudio de caso posibilitó integrar diversas fuentes de información y comprender el fenómeno dentro de su contexto real.

Revisión documental. Se utilizó para examinar normas, lineamientos institucionales, planes, protocolos, informes técnicos, registros disponibles y documentos relacionados con la respuesta epidemiológica, la atención intercultural y la gestión sanitaria territorial. Este método permitió contrastar las disposiciones formales con las prácticas y percepciones identificadas en el territorio.

Consulta a actores institucionales y comunitarios. Se obtuvo información directa de profesionales de salud, funcionarios públicos, técnicos, líderes comunitarios y representantes indígenas mediante entrevistas, grupos focales y encuestas. Este procedimiento permitió recuperar diferentes perspectivas sobre la coordinación institucional, los tiempos de respuesta, la logística, la pertinencia cultural, la participación y la confianza comunitaria.

Juicio de expertos. Se empleó para valorar la propuesta una vez elaborado el MOGESIT. Ocho especialistas vinculados con salud pública, epidemiología, gerencia sanitaria, gestión territorial, interculturalidad y gestión de riesgos evaluaron el modelo según criterios de pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad e impacto potencial.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las técnicas corresponden a los procedimientos utilizados para obtener información, mientras que los instrumentos constituyen las herramientas concretas mediante las cuales se registraron los datos.

Tabla 1: Técnicas, instrumentos, participantes y finalidad

Técnica	**Instrumento**	**Participantes o fuentes**	**Finalidad**
Revisión bibliográfica y documental	Ficha de análisis bibliográfico y documental	Artículos científicos, libros, normas, planes, protocolos, informes y registros institucionales	Identificar fundamentos teóricos y normativos, antecedentes, procedimientos existentes y brechas entre lo establecido y la realidad territorial.
Entrevista semiestructurada	Guía de entrevista semiestructurada	Profesionales de salud, funcionarios, técnicos, autoridades locales, líderes y actores comunitarios	Profundizar en experiencias, limitaciones, prácticas de coordinación, barreras territoriales y culturales, y propuestas de mejora.

Grupo focal	Guía de grupo focal	Miembros y representantes de comunidades indígenas	Explorar percepciones colectivas sobre la respuesta sanitaria, la confianza institucional, la pertinencia cultural, la participación y las necesidades comunitarias.
Encuesta	Cuestionario estructurado con escala tipo Likert	50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios	Identificar tendencias respecto de coordinación interinstitucional, tiempos de respuesta, pertinencia cultural, confianza y aceptación de una propuesta intercultural.
Juicio de expertos	Matriz de valoración de la propuesta con escala de cinco niveles	Ocho especialistas	Valorar la pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad e impacto potencial del MOGESIT.

Fuente: Elaboración propia con base en el diseño metodológico y las técnicas e instrumentos empleados en la investigación.

La guía de entrevista se organizó a partir de las dimensiones definidas en la operacionalización: capacidad institucional, coordinación interinstitucional, eficiencia operativa, logística, vigilancia epidemiológica, pertinencia cultural y participación comunitaria. Se utilizaron preguntas abiertas para facilitar la profundización en experiencias y situaciones no previstas inicialmente.

La guía de grupo focal abordó las experiencias comunitarias durante emergencias epidemiológicas, las barreras de acceso, la relación con las instituciones, la confianza en los servicios, la adecuación cultural de las intervenciones y las formas de participación consideradas apropiadas por las comunidades.

El cuestionario estructurado incluyó preguntas de caracterización general y reactivos orientados a las dimensiones diagnósticas de la investigación. Las respuestas se

organizaron mediante categorías ordinales y escalas tipo Likert, lo que permitió calcular frecuencias y porcentajes sin atribuir relaciones causales o efectos estadísticamente significativos.

La ficha de análisis documental permitió registrar de manera sistemática la identificación del documento, institución emisora, fecha, contenido relevante, mecanismos de coordinación, disposiciones interculturales, procedimientos de respuesta y correspondencia con las prácticas identificadas en el territorio.

La matriz de valoración del MOGESIT utilizó una escala de cinco niveles: 1, muy deficiente; 2, deficiente; 3, aceptable; 4, bueno; y 5, excelente. Además de la calificación cuantitativa, el instrumento incorporó un espacio para observaciones y recomendaciones cualitativas de los expertos.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos cualitativos

La información procedente de entrevistas y grupos focales fue organizada y sometida a un análisis de contenido temático. Inicialmente se revisaron los registros y transcripciones para identificar unidades de significado relacionadas con el objeto de estudio. Posteriormente se efectuó una codificación abierta, mediante la cual se reconocieron conceptos, experiencias y problemáticas recurrentes.

En una segunda etapa se realizó una codificación axial, agrupando los códigos en categorías y subcategorías vinculadas con coordinación interinstitucional, capacidad logística, tiempos de respuesta, vigilancia epidemiológica, pertinencia cultural, participación y confianza comunitaria. También se consideraron categorías emergentes que no habían sido previstas en la matriz inicial, siempre que guardaran relación con los objetivos de la investigación.

Los resultados se organizaron en matrices de categorización que permitieron comparar las perspectivas de actores institucionales y comunitarios. Para la presentación de testimonios se utilizaron códigos de identificación, con el propósito de proteger la confidencialidad de los participantes.

Los documentos fueron analizados mediante categorías previamente definidas y comparados con la información obtenida en las entrevistas y grupos focales. Este procedimiento permitió reconocer coincidencias y diferencias entre los lineamientos formales y su aplicación en el contexto estudiado.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos cuantitativos

Los datos obtenidos mediante el cuestionario fueron codificados y organizados en una base de datos. Se realizó una revisión inicial para identificar registros incompletos, inconsistencias o errores de digitación. Posteriormente se aplicó estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para cada categoría de respuesta.

Los resultados se presentaron mediante tablas y representaciones gráficas, facilitando la identificación de tendencias relacionadas con la coordinación institucional, los tiempos de respuesta, la pertinencia cultural, la confianza comunitaria y la aceptación del modelo. Asimismo, se efectuaron comparaciones descriptivas entre grupos de participantes cuando la estructura de los datos lo permitió.

Debido al carácter intencional de la muestra y al alcance descriptivo-propositivo de la investigación, no se realizaron inferencias hacia la totalidad de la población ni se atribuyeron relaciones causales entre las variables. Los cruces de información fueron interpretados como tendencias descriptivas y no como asociaciones estadísticamente demostradas.

Las calificaciones otorgadas por los expertos fueron procesadas mediante promedios por criterio y promedio general. Las observaciones cualitativas del panel fueron agrupadas por temas y utilizadas para identificar fortalezas, limitaciones y recomendaciones de ajuste del modelo.

Integración y triangulación de la información

La integración se realizó mediante triangulación de métodos, técnicas, fuentes y actores. Los resultados de entrevistas, grupos focales, encuestas y análisis documental fueron comparados para identificar convergencias, complementariedades y divergencias.

Las convergencias permitieron confirmar problemáticas observadas desde diferentes fuentes; las complementariedades aportaron explicaciones adicionales sobre los resultados cuantitativos; y las divergencias fueron analizadas considerando las diferencias entre las funciones institucionales y las experiencias comunitarias.

La triangulación se desarrolló mediante una matriz que relacionó los objetivos específicos, las categorías de análisis, los resultados cualitativos, los resultados cuantitativos, la evidencia documental y las implicaciones para la propuesta. Este proceso permitió sustentar la caracterización del problema, definir los componentes del MOGESIT y mantener coherencia entre la evidencia obtenida y la solución planteada.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.

El desarrollo de los instrumentos de obtención de datos en la presente investigación responde a la necesidad de captar, de manera rigurosa y contextualizada, la complejidad del fenómeno estudiado. Dado que el objetivo central es diseñar un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial, los instrumentos han sido concebidos no solo como herramientas de recolección de información, sino como medios para comprender las dinámicas reales del territorio, las percepciones de los actores involucrados y las condiciones que inciden en la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas.

En coherencia con el enfoque mixto y el diseño secuencial exploratorio adoptado, el desarrollo de los instrumentos se estructura en dos fases diferenciadas: una fase cualitativa inicial, orientada a la exploración profunda del contexto, y una fase cuantitativa posterior, destinada a la validación de los componentes del modelo propuesto.

<u>Fase cualitativa: construcción de instrumentos exploratorios</u>

En la fase cualitativa, se diseñaron instrumentos orientados a captar información rica en contenido, centrada en experiencias, percepciones y prácticas de los actores clave del territorio. Para ello, se elaboró una guía de entrevista semiestructurada, construida a partir de las dimensiones identificadas en la operacionalización de variables, tales como la capacidad de respuesta institucional, la articulación interinstitucional, la pertinencia cultural y la participación comunitaria.

La guía de entrevista se organiza en bloques temáticos que permiten abordar, de manera flexible, aspectos como: experiencias vividas durante emergencias epidemiológicas, percepción sobre la efectividad de la respuesta institucional, barreras logísticas y culturales, relación entre el sistema de salud y las comunidades, y propuestas de mejora desde la experiencia local. Este instrumento fue diseñado con preguntas abiertas que facilitan el diálogo, evitando respuestas rígidas y promoviendo la reflexión del entrevistado.

Adicionalmente, se desarrolló una guía para grupos focales, orientada a generar discusión colectiva entre miembros de comunidades indígenas. Este instrumento permite identificar consensos, divergencias y percepciones compartidas respecto a la atención en salud, la confianza en las instituciones y la aceptación de posibles modelos de gestión sanitaria. La estructura del grupo focal se planteó en torno a ejes temáticos similares a los de la entrevista, pero adaptados a la dinámica grupal, promoviendo la participación activa de todos los asistentes.

Como complemento, se diseñó una ficha de análisis documental, destinada a sistematizar la información proveniente de normativas, informes institucionales, protocolos de atención y registros comunitarios. Esta ficha permite organizar la información en categorías previamente definidas, facilitando la comparación entre lo normativo y lo operativo en el territorio.

Fase cuantitativa: construcción de instrumentos de validación

A partir de los hallazgos obtenidos en la fase cualitativa, se procedió al diseño de un cuestionario estructurado, cuyo propósito es validar los componentes del modelo de

gestión sanitaria propuesto y medir la percepción de los actores sobre su pertinencia y aplicabilidad.

El cuestionario se construyó utilizando escalas tipo Likert, lo que permite cuantificar variables relacionadas con la capacidad de respuesta institucional, la coordinación entre actores, la pertinencia cultural de las intervenciones y la disposición a participar en procesos de gestión compartida. Los ítems del cuestionario fueron elaborados en correspondencia directa con los indicadores definidos en la operacionalización de variables, garantizando así la coherencia entre el diseño teórico y la medición empírica.

El instrumento incluye preguntas cerradas organizadas por dimensiones, así como algunas preguntas de caracterización general que permiten contextualizar los resultados. Para asegurar su validez, el cuestionario será sometido a un proceso de revisión por juicio de expertos, quienes evaluarán la claridad, pertinencia y coherencia de los ítems en relación con los objetivos de la investigación.

Criterios de calidad de los instrumentos

El desarrollo de los instrumentos se ha orientado por criterios de validez, pertinencia y aplicabilidad en el contexto amazónico. En este sentido, se ha priorizado el uso de un lenguaje claro, accesible y culturalmente adecuado, evitando tecnicismos que puedan dificultar la comprensión por parte de los participantes. Asimismo, se ha considerado la adaptación de los instrumentos a las condiciones del territorio, incluyendo la posibilidad de aplicar entrevistas de manera oral y flexible, respetando los tiempos y dinámicas comunitarias.

En conjunto, los instrumentos diseñados permiten captar tanto la profundidad del fenómeno (a través de la fase cualitativa) como la identificación de patrones y tendencias (a través de la fase cuantitativa), contribuyendo a la construcción de un modelo de gestión sanitaria fundamentado en evidencia y contextualizado a la realidad del cantón Taisha.

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

La elección de la muestra responde al enfoque mixto y al diseño secuencial exploratorio adoptado. Dado que el estudio busca construir y validar un modelo contextualizado, se opta por estrategias de muestreo no probabilístico, adaptadas a cada fase, en función de la accesibilidad, el conocimiento experto y la representatividad sociocultural de los participantes.

Muestra en la fase cualitativa

Tipo de muestreo: intencional y por criterios.

Tamaño estimado:

• 6 a 8 entrevistas semiestructuradas a personal de salud, funcionarios del MSP, técnicos de GADs y sabios comunitarios.

• 2 a 3 grupos focales con entre 6 y 10 personas cada uno, en comunidades distintas del cantón Taisha.

Criterios de inclusión:
• Residir o trabajar en el cantón Taisha.
• Haber participado en respuestas sanitarias ante emergencias epidemiológicas.
• Pertenecer a un grupo representativo: comunidad indígena, institución de salud, autoridad local o actor tradicional.
Criterios de exclusión:

• No residir actualmente en el territorio de estudio.

• No haber tenido experiencia reciente con emergencias sanitarias.

• Mostrar rechazo explícito a participar en procesos de diálogo intercultural.

Esta muestra permitirá construir una visión multifocal del fenómeno, enriqueciendo el diseño del modelo desde diversas perspectivas.

Muestra en la fase cuantitativa

Para la fase cuantitativa se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por criterios, considerando que la investigación se orientó a identificar percepciones, experiencias y valoraciones de actores directamente vinculados con la gestión sanitaria y la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha.

La población objetivo estuvo conformada por profesionales de salud, funcionarios públicos, técnicos relacionados con la gestión sanitaria territorial, líderes comunitarios y representantes de comunidades indígenas que poseen conocimiento directo sobre las dinámicas de respuesta frente a eventos epidemiológicos dentro del territorio estudiado.

La muestra quedó conformada por un total de 50 participantes, distribuidos de la siguiente manera:

- 20 actores institucionales vinculados a procesos de atención, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, gestión sanitaria o coordinación territorial.
- 30 representantes comunitarios, líderes locales y actores sociales pertenecientes a comunidades indígenas del cantón Taisha.

La selección de los participantes respondió a criterios de relevancia y experiencia respecto al fenómeno investigado, priorizando aquellos actores que mantienen una participación activa dentro de los procesos de prevención, vigilancia o respuesta sanitaria.

Criterios de inclusión

Para formar parte del estudio, los participantes debieron cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

- Desempeñar funciones relacionadas con la gestión sanitaria, vigilancia epidemiológica o respuesta institucional dentro del cantón Taisha.
- Ser líder comunitario, dirigente indígena o actor social con participación reconocida dentro de su comunidad.

- Poseer experiencia directa en procesos relacionados con emergencias epidemiológicas, programas de salud o actividades de vigilancia comunitaria.
- Manifestar voluntariamente su interés en participar en la investigación mediante la aceptación del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio:

- Personas sin experiencia o vinculación directa con procesos sanitarios o comunitarios relacionados con el objeto de investigación.
- Participantes que no completaron adecuadamente los instrumentos aplicados.
- Personas que decidieron retirarse voluntariamente durante el proceso de recolección de información.
- Actores cuya participación pudiera generar conflictos de interés que afectaran la objetividad de la información obtenida.

La utilización de una muestra intencional se consideró adecuada debido a la naturaleza aplicada de la investigación y a las características particulares del contexto estudiado. En investigaciones con enfoque mixto orientadas al análisis de procesos institucionales y comunitarios, la selección de participantes basada en experiencia y conocimiento específico permite obtener información más relevante para comprender el fenómeno investigado que una selección aleatoria convencional.

Asimismo, la fase cuantitativa tuvo un propósito principalmente descriptivo y complementario, orientado a identificar tendencias y percepciones que posteriormente fueron trianguladas con la información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas y análisis documental, fortaleciendo la comprensión integral del problema de investigación.

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

3.3.1. Aplicación de los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos en la presente investigación se plantea como un proceso estructurado, pero a la vez flexible, adaptado a las condiciones reales del territorio amazónico y a las dinámicas socioculturales de las comunidades indígenas del cantón Taisha. En este sentido, no se concibe como una fase meramente técnica, sino como un momento clave de interacción entre el investigador y los actores del territorio, en el que la recolección de información se realiza bajo principios de respeto, confianza y pertinencia cultural.

En coherencia con el enfoque metodológico mixto y el diseño secuencial exploratorio, la aplicación de los instrumentos se desarrollará en dos momentos diferenciados pero complementarios: una fase cualitativa inicial y una fase cuantitativa posterior.

Aplicación de instrumentos cualitativos

La fase cualitativa se llevará a cabo en primera instancia, con el objetivo de comprender en profundidad las dinámicas territoriales, institucionales y comunitarias relacionadas con la gestión sanitaria. Para ello, se aplicarán entrevistas semiestructuradas a actores clave, entre los que se incluyen profesionales del sistema de salud, autoridades locales, líderes comunitarios y representantes de organizaciones vinculadas a la salud en el territorio.

Las entrevistas se realizarán de manera presencial, en la medida de lo posible, priorizando espacios que garanticen comodidad y confianza para los participantes. En aquellos casos en los que el acceso físico sea limitado, se considerará el uso de medios alternativos de comunicación, respetando siempre las condiciones del entorno. Las conversaciones serán guiadas por la estructura previamente definida en la guía de entrevista, pero se mantendrá apertura para profundizar en temas emergentes que resulten relevantes durante el diálogo.

De manera complementaria, se desarrollarán grupos focales con miembros de comunidades indígenas, con el propósito de recoger percepciones colectivas sobre la atención en salud, la relación con las instituciones y la aceptación de posibles propuestas de mejora. Estos espacios se organizarán en coordinación con líderes comunitarios, respetando los tiempos, formas de organización y dinámicas propias de cada comunidad. La facilitación de los grupos focales buscará promover la participación equitativa de los asistentes, generando un ambiente de diálogo abierto y respetuoso.

Adicionalmente, se realizará la revisión y análisis de documentos institucionales y comunitarios, tales como informes técnicos, normativas, protocolos de atención y registros relacionados con eventos epidemiológicos recientes. Esta información permitirá contrastar las percepciones de los actores con los lineamientos formales del sistema de salud.

Aplicación de instrumentos cuantitativos

Una vez concluida la fase cualitativa y sistematizados sus principales hallazgos, se procederá a la aplicación del cuestionario estructurado. Este instrumento estará dirigido a una muestra de actores vinculados al sistema de salud y al ámbito comunitario, con el objetivo de validar los componentes del modelo de gestión sanitaria propuesto y medir su nivel de aceptación y pertinencia.

La aplicación del cuestionario se realizará de forma presencial, siempre que las condiciones del territorio lo permitan, o mediante formatos adaptados cuando sea necesario. Se priorizará el acompañamiento directo durante su aplicación, con el fin de aclarar posibles dudas y garantizar la comprensión de cada uno de los ítems, especialmente considerando la diversidad cultural y lingüística del contexto.

Los datos recolectados serán registrados de manera sistemática, asegurando su integridad y confidencialidad. En todo momento, se informará a los participantes sobre los objetivos de la investigación y se solicitará su consentimiento informado, garantizando el uso ético de la información.

Consideraciones éticas y operativas

El proceso de aplicación de los instrumentos se regirá por principios éticos fundamentales, tales como el respeto a la autonomía de los participantes, la confidencialidad de la información y el uso responsable de los datos obtenidos. Asimismo, se procurará que la investigación no interfiera de manera negativa en las dinámicas comunitarias ni en las actividades cotidianas de los participantes.

Desde una perspectiva operativa, se considerarán las limitaciones propias del territorio, como el acceso geográfico, las condiciones climáticas y la disponibilidad de los actores. Estas variables serán gestionadas mediante una planificación flexible, que permita ajustar los tiempos y estrategias de aplicación según las circunstancias.

En conjunto, la aplicación de los instrumentos permitirá obtener información relevante, contextualizada y confiable, que servirá como base para el análisis de la problemática y la validación del modelo de gestión sanitaria propuesto.

3.3.2. Procesamiento de la información.

El procesamiento de la información en la presente investigación se concibe como una fase estructurada y rigurosa, orientada a transformar los datos recolectados en insumos analíticos que permitan comprender la problemática estudiada y sustentar el diseño del modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial. En coherencia con el enfoque metodológico mixto y el diseño secuencial exploratorio adoptado, el procesamiento de la información se desarrollará en dos niveles complementarios: cualitativo y cuantitativo, cada uno con técnicas específicas de organización, sistematización y análisis.

Procesamiento de la información cualitativa

La información obtenida a través de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y análisis documental será sometida a un proceso de organización y codificación que permita identificar patrones, categorías y relaciones relevantes. En una primera etapa, se realizará la transcripción de las entrevistas y la sistematización de los aportes generados en los grupos focales, procurando mantener la fidelidad del discurso de los participantes.

Posteriormente, se llevará a cabo un proceso de codificación abierta, mediante el cual se identificarán unidades de significado presentes en los discursos, agrupándolas en categorías emergentes relacionadas con las dimensiones de análisis previamente definidas, tales como la capacidad de respuesta institucional, la articulación interinstitucional, la pertinencia cultural y la participación comunitaria. Este proceso permitirá no solo organizar la información, sino también descubrir elementos no previstos inicialmente que aporten a la comprensión del fenómeno.

En una fase posterior, se realizará una codificación axial, orientada a establecer relaciones entre las categorías identificadas, permitiendo estructurar una interpretación más profunda de los datos. Este análisis facilitará la identificación de factores críticos que inciden en la problemática, así como la construcción de insumos conceptuales para el diseño del modelo propuesto.

El procesamiento cualitativo se apoyará en matrices de categorización y, de ser posible, en herramientas digitales como software de análisis cualitativo, lo que permitirá sistematizar la información de manera ordenada y trazable. En todo momento, se priorizará una interpretación contextualizada, respetando el significado que los actores otorgan a sus experiencias.

Procesamiento de la información cuantitativa

Los datos obtenidos a través del cuestionario estructurado serán organizados y codificados en una base de datos, permitiendo su análisis mediante técnicas estadísticas descriptivas. En una primera etapa, se realizará la depuración de la información, verificando la consistencia de las respuestas y corrigiendo posibles errores de registro.

Posteriormente, se procederá al cálculo de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, con el fin de identificar patrones en las percepciones de los participantes respecto a las dimensiones evaluadas, tales como la eficiencia operativa, la coordinación institucional, la pertinencia cultural y la aceptación del modelo propuesto.

Adicionalmente, se podrá realizar un análisis comparativo entre grupos de actores (por ejemplo, personal de salud y miembros de la comunidad), con el objetivo de identificar

diferencias o coincidencias en sus percepciones. Este análisis permitirá enriquecer la interpretación de los resultados y validar los hallazgos obtenidos en la fase cualitativa.

Integración de la información (triangulación)

Una vez procesados los datos cualitativos y cuantitativos, se llevará a cabo un proceso de triangulación de la información, con el propósito de integrar los resultados y construir una comprensión más completa del fenómeno estudiado. Esta triangulación permitirá contrastar los hallazgos obtenidos desde distintas fuentes y técnicas, fortaleciendo la validez de la investigación.

La integración de la información se orientará a identificar convergencias y divergencias entre los resultados, así como a validar los componentes del modelo de gestión sanitaria propuesto. De esta manera, el procesamiento de la información no se limita a una etapa técnica, sino que se convierte en un proceso analítico fundamental para la construcción de conocimiento y la formulación de la propuesta.

Rigor metodológico del procesamiento

Para garantizar la calidad del procesamiento de la información, se aplicarán criterios de rigor metodológico, tales como la coherencia entre los instrumentos y las variables de estudio, la trazabilidad del análisis, la consistencia en la categorización de datos y la transparencia en la interpretación de los resultados. Asimismo, se procurará mantener una actitud reflexiva durante todo el proceso, reconociendo posibles sesgos y limitaciones.

En conjunto, el procesamiento de la información permitirá transformar los datos recolectados en evidencia relevante y fundamentada, constituyendo la base para el análisis de resultados y el diseño del modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial propuesto en esta investigación.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

El análisis de los resultados se organizó de acuerdo con la secuencia de aplicación de las técnicas de investigación: entrevistas semiestructuradas, grupos focales, análisis

documental y encuesta estructurada. Esta organización permitió presentar de manera diferenciada la información obtenida de los actores institucionales, las comunidades y las fuentes documentales, para posteriormente identificar convergencias, divergencias y tendencias relacionadas con la capacidad de respuesta sanitaria ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha.

3.4.1. Resultados de las entrevistas semiestructuradas

Las entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales de salud, funcionarios, técnicos, autoridades y actores comunitarios permitieron profundizar en las experiencias relacionadas con la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas. El análisis de contenido permitió identificar cuatro categorías principales: fragmentación institucional, limitaciones logísticas, debilidades en la planificación y necesidad de articulación intercultural.

Tabla 2: Categorías identificadas en las entrevistas semiestructuradas

Categoría	**Hallazgo principal**	**Implicación para la gestión sanitaria**
Fragmentación institucional	Las instituciones intervienen desde sus propias competencias, pero sin mecanismos permanentes de coordinación y planificación conjunta.	Se generan duplicidades, vacíos de atención y dificultades para definir responsabilidades.
Limitaciones logísticas	El acceso a comunidades alejadas depende de transporte terrestre, fluvial o aéreo, cuya disponibilidad no siempre es oportuna.	Los tiempos de respuesta se prolongan y se limita la continuidad de las intervenciones.
Planificación reactiva	Las acciones tienden a organizarse una vez que el evento epidemiológico ya se encuentra en desarrollo.	Disminuye la capacidad preventiva y de detección temprana.
Articulación intercultural insuficiente	Las comunidades y sus autoridades no participan de forma permanente en la planificación y toma de decisiones sanitarias.	Se reduce la pertinencia cultural, la aceptación de las acciones y la confianza comunitaria.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de contenido de las entrevistas semiestructuradas aplicadas a actores institucionales y comunitarios.

Uno de los hallazgos más recurrentes fue la limitada coordinación entre las instituciones involucradas. Un participante manifestó: “Cuando hay una emergencia, cada institución actúa por su lado; no hay una coordinación clara desde el inicio”. Este testimonio refleja que la articulación suele producirse de manera coyuntural y no mediante procedimientos previamente definidos.

También se identificaron dificultades relacionadas con el transporte, la movilización del personal, el abastecimiento de insumos y la comunicación con comunidades alejadas. Desde la perspectiva de los entrevistados, estas condiciones territoriales no siempre son incorporadas de manera suficiente en la planificación previa, lo que contribuye a que la respuesta se desarrolle de manera tardía.

Las entrevistas evidenciaron, además, que la participación comunitaria suele concentrarse en la convocatoria, difusión de mensajes o apoyo logístico, sin que necesariamente exista una intervención vinculante de las autoridades y organizaciones indígenas en la priorización de necesidades y en la toma de decisiones. Los participantes consideraron necesario establecer mecanismos permanentes que articulen la capacidad técnica institucional con el conocimiento territorial y organizativo de las comunidades.

En síntesis, las entrevistas permitieron establecer que las principales dificultades no corresponden únicamente a la disponibilidad de recursos, sino también a la ausencia de una estructura permanente de gobernanza que coordine información, responsabilidades, recursos y decisiones.

3.4.2. Resultados de los grupos focales

Los grupos focales permitieron conocer las experiencias y percepciones colectivas de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la atención recibida durante eventos epidemiológicos. Del análisis de las intervenciones surgieron cuatro categorías:

percepción de distancia institucional, limitada pertinencia cultural, desconfianza acumulada y disposición hacia la participación comunitaria.

Tabla 3: Categorías identificadas en los grupos focales

Categoría	**Percepción comunitaria predominante**	**Implicación**
Distancia institucional	La presencia de los equipos sanitarios es percibida como intermitente, especialmente en comunidades de difícil acceso.	Se incrementa la percepción de abandono y disminuye la continuidad de la atención.
Limitada pertinencia cultural	Los mensajes y las intervenciones no siempre consideran las prácticas, la lengua y las formas de organización comunitaria.	Se dificulta la comprensión y aceptación de las medidas sanitarias.
Desconfianza comunitaria	Experiencias previas de atención tardía o compromisos incumplidos afectan la relación con las instituciones.	Se reduce la disposición a seguir recomendaciones o participar en determinadas intervenciones.
Disposición a participar	Los líderes y miembros de las comunidades expresaron interés en intervenir en la vigilancia, comunicación y planificación sanitaria.	Existe una base social favorable para desarrollar mecanismos de corresponsabilidad.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de contenido de los grupos focales realizados con representantes de las comunidades indígenas.

Una de las expresiones que sintetiza la percepción comunitaria fue: “A veces vienen con soluciones que no entienden cómo vivimos y por eso la gente no confía”. Este planteamiento muestra que la efectividad de una intervención no depende exclusivamente de su contenido técnico, sino también de su adaptación a la realidad sociocultural de la población.

Los participantes señalaron que la comunicación sanitaria resulta más efectiva cuando intervienen líderes, promotores o personas reconocidas por la comunidad. Asimismo, manifestaron que el conocimiento sobre el territorio, los cambios ambientales, la movilidad comunitaria y la aparición de síntomas puede aportar información temprana para la vigilancia epidemiológica.

Los grupos focales también evidenciaron una disposición favorable hacia la participación en mecanismos comunitarios de vigilancia y respuesta, siempre que exista capacitación, comunicación directa con las instituciones y reconocimiento de las formas propias de organización. Por tanto, la comunidad no debe ser considerada únicamente como receptora de servicios, sino como actor capaz de contribuir a la detección, comunicación y manejo inicial de riesgos sanitarios.

3.4.3. Resultados del análisis documental

El análisis documental incluyó normas, lineamientos técnicos, planes, protocolos, informes institucionales y documentos relacionados con la atención intercultural, la vigilancia epidemiológica y la respuesta frente a emergencias. La información fue organizada en las categorías de gobernanza, planificación, vigilancia, interculturalidad, participación y evaluación.

Tabla 4: Principales resultados del análisis documental

Categoría documental	**Hallazgo**	**Brecha identificada**
Gobernanza y coordinación	Los documentos reconocen la necesidad de coordinación intersectorial durante emergencias.	No se identificó una instancia territorial permanente que integre regularmente a instituciones y comunidades en Taisha.
Planificación sanitaria	Existen lineamientos generales para la preparación y respuesta ante eventos sanitarios.	La adaptación a las condiciones geográficas y logísticas específicas del territorio es limitada.
Vigilancia epidemiológica	Los sistemas oficiales establecen mecanismos de notificación y seguimiento de casos.	La información comunitaria, territorial y ambiental no se encuentra plenamente integrada en un sistema local de inteligencia sanitaria.
Interculturalidad	La normativa reconoce el respeto a la diversidad cultural y a los conocimientos ancestrales.	La operacionalización de estos principios en procedimientos concretos de emergencia continúa siendo insuficiente.
Participación comunitaria	Los documentos promueven la participación social y comunitaria.	No siempre se definen responsabilidades, recursos y mecanismos vinculantes para dicha participación.

Evaluación	Se contemplan procedimientos de seguimiento de actividades y resultados.	La evaluación suele desarrollarse por institución y no mediante indicadores territoriales compartidos.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de normas, lineamientos, planes, protocolos e informes institucionales relacionados con el objeto de estudio.

El análisis evidenció una brecha entre el reconocimiento normativo de la interculturalidad, la participación y la coordinación interinstitucional y su aplicación operativa en el territorio. Aunque los documentos revisados contienen principios compatibles con una respuesta territorial e intercultural, estos se encuentran distribuidos en diferentes instrumentos y no conforman una estructura integrada específica para las comunidades indígenas del cantón Taisha.

También se constató que los mecanismos documentados se concentran principalmente en la notificación epidemiológica y en la activación institucional ante eventos confirmados. En comparación, la planificación preventiva compartida, la integración de alertas comunitarias, la identificación territorial de brechas y la coordinación de recursos aparecen menos desarrolladas.

Estos resultados respaldan la necesidad de articular los lineamientos existentes mediante un modelo que no sustituya las competencias institucionales, sino que organice su coordinación y facilite su aplicación territorial.

3.4.4. Resultados de la encuesta estructurada

La encuesta estructurada fue aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios. Los resultados se procesaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes, con el propósito de identificar tendencias relacionadas con la coordinación institucional, los tiempos de respuesta, la pertinencia cultural, la confianza comunitaria y la aceptación de un modelo intercultural.

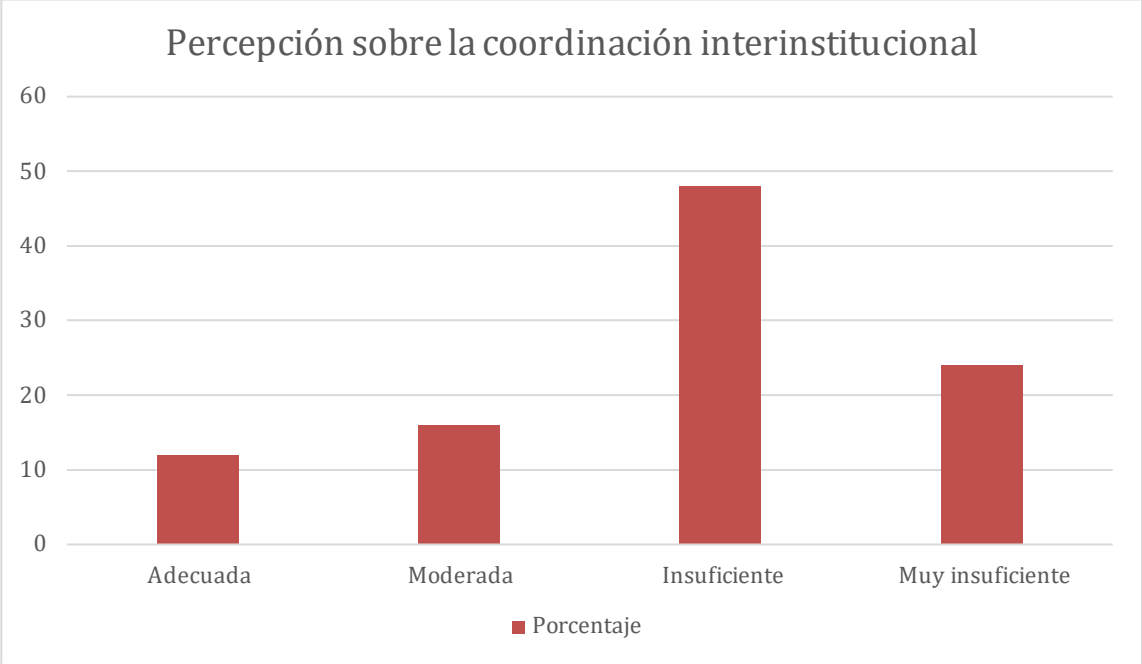
Coordinación interinstitucional

Tabla 5: Percepción sobre la coordinación interinstitucional

Nivel de coordinación	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	6	12 %
Moderada	8	16 %
Insuficiente	24	48 %
Muy insuficiente	12	24 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios.

Figura 1: Percepción sobre la coordinación interinstitucional



Fuente: Encuesta aplicada a actores institucionales y comunitarios.

El 72 % de los participantes calificó la coordinación como insuficiente o muy insuficiente. Esta tendencia coincide con los resultados cualitativos, en los que se señaló que las instituciones actúan de manera fragmentada y que los espacios de articulación se activan principalmente cuando la emergencia ya se encuentra en desarrollo.

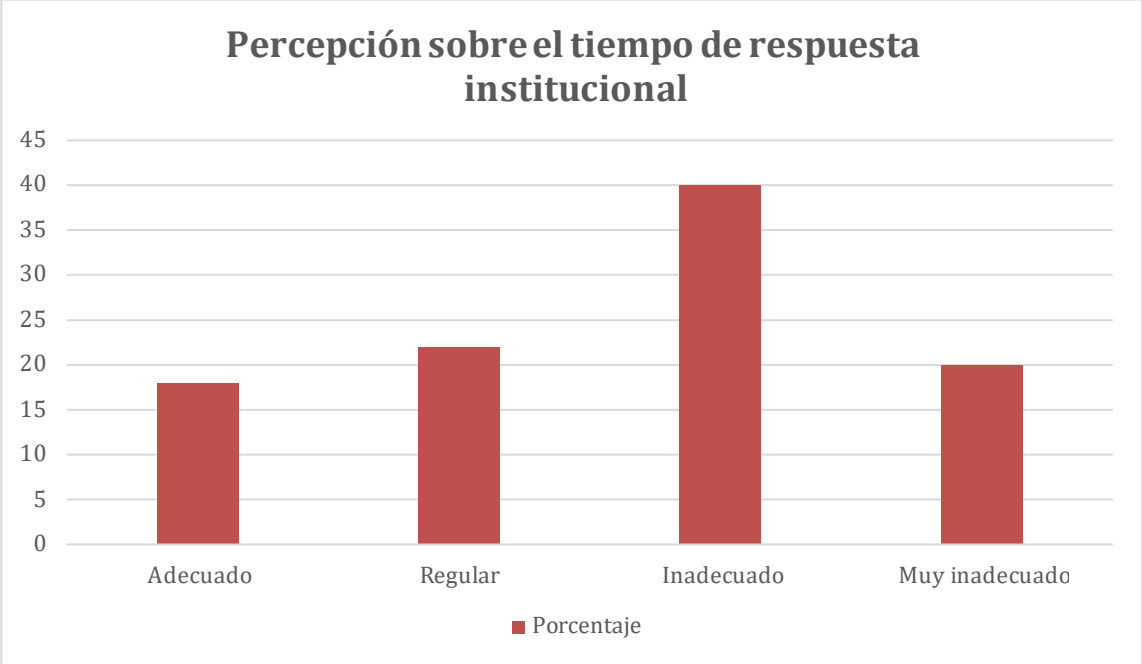
Tiempo de respuesta institucional

Tabla 6: Percepción sobre el tiempo de respuesta

Nivel de respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	9	18 %
Regular	11	22 %
Inadecuado	20	40 %
Muy inadecuado	10	20 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios.

Figura 2: Percepción sobre el tiempo de respuesta institucional



Fuente: Encuesta aplicada a actores institucionales y comunitarios.

El 60 % consideró que el tiempo de respuesta era inadecuado o muy inadecuado. Este resultado refleja la influencia de la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de transporte y la falta de mecanismos anticipados de movilización de recursos. Aunque el 40 % lo valoró como adecuado o regular, predominó una percepción desfavorable sobre la oportunidad de las intervenciones.

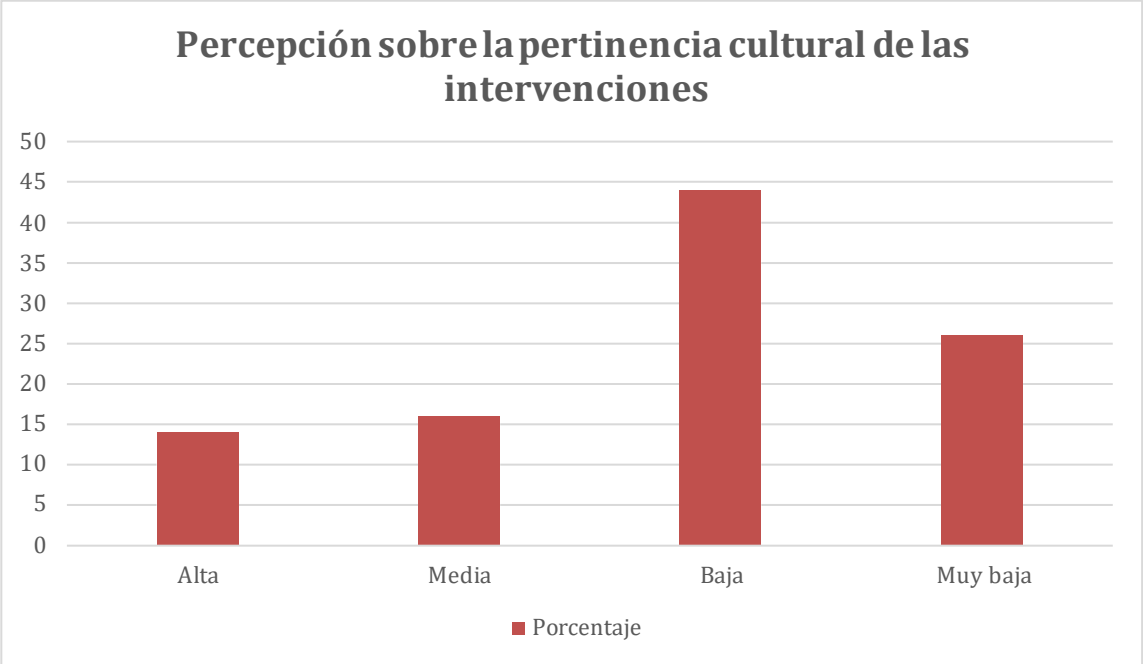
Pertinencia cultural de las intervenciones

Tabla 7: Percepción sobre la pertinencia cultural

Nivel de pertinencia	Frecuencia	Porcentaje
Alta	7	14 %
Media	8	16 %
Baja	22	44 %
Muy baja	13	26 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios.

Figura 3: Percepción sobre la pertinencia cultural de las intervenciones



Fuente: Encuesta aplicada a actores institucionales y comunitarios.

El 70 % de los participantes percibió una pertinencia cultural baja o muy baja. Este hallazgo coincide con las opiniones recogidas en los grupos focales, en los que se señaló

que las intervenciones no siempre consideran suficientemente la lengua, las prácticas, los conocimientos y las formas comunitarias de organización.

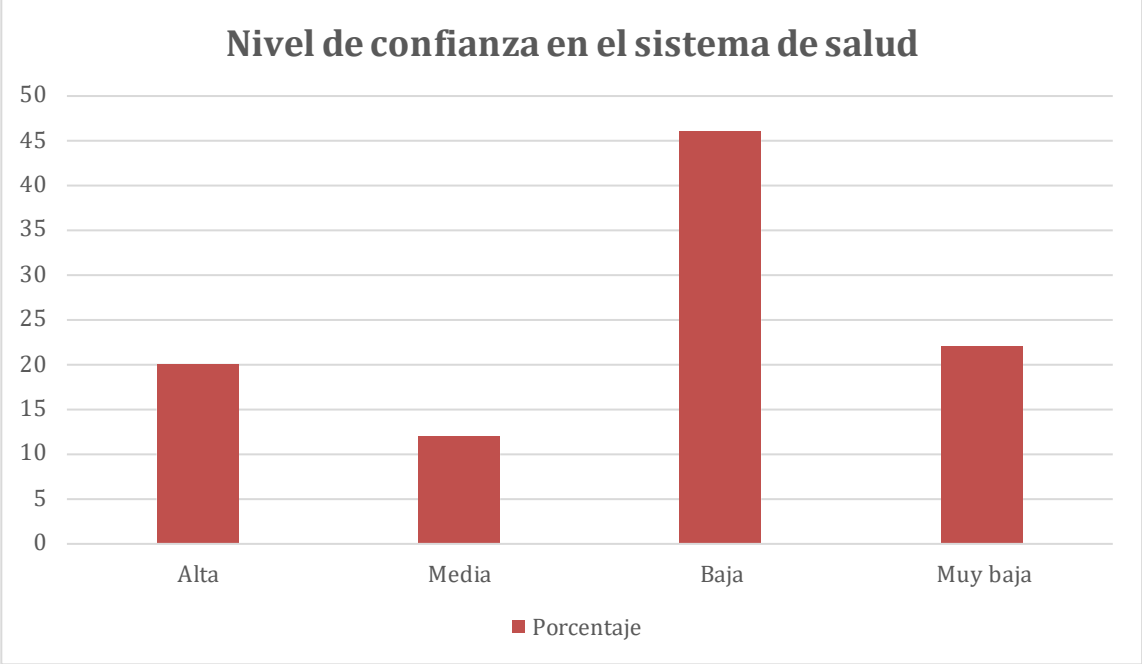
Confianza en el sistema de salud

Tabla 8: Nivel de confianza en el sistema de salud

Nivel de confianza	Frecuencia	Porcentaje
Alta	10	20 %
Media	6	12 %
Baja	23	46 %
Muy baja	11	22 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios.

Figura 4: Nivel de confianza en el sistema de salud



Fuente: Encuesta aplicada a actores institucionales y comunitarios.

El 68 % expresó un nivel de confianza bajo o muy bajo. La información cualitativa permitió comprender que esta percepción se relaciona con experiencias de atención

tardía, presencia institucional intermitente, limitada adaptación cultural y dificultades para mantener una comunicación continua con las comunidades.

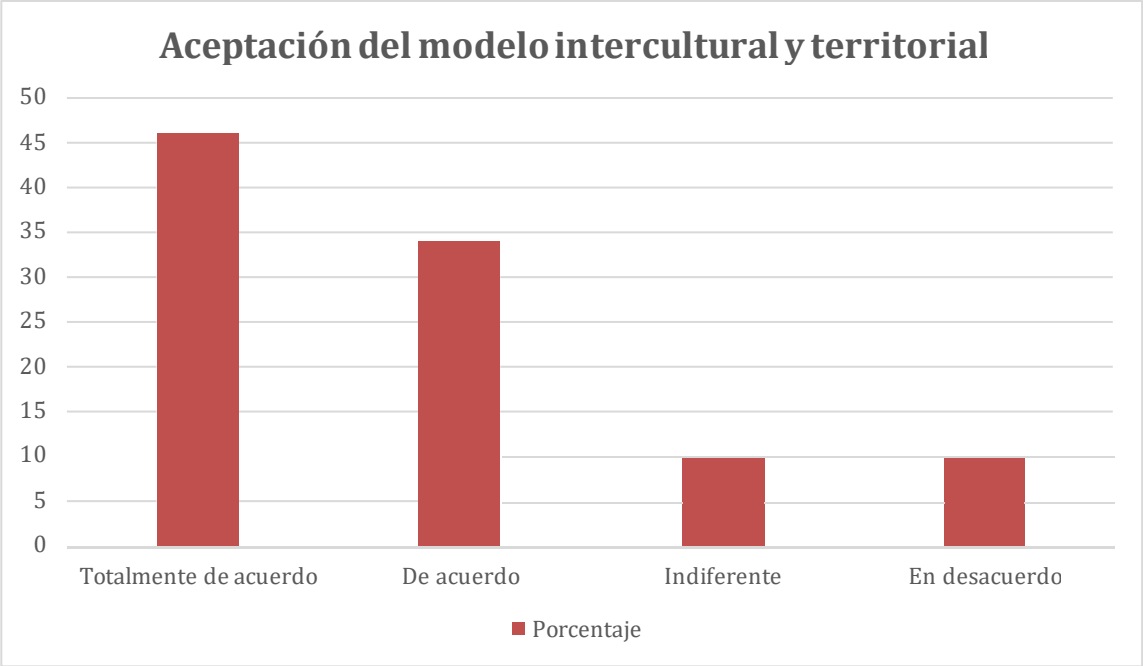
Aceptación del modelo intercultural y territorial

Tabla 9: Aceptación de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial

Nivel de aceptación	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	23	46 %
De acuerdo	17	34 %
Indiferente	5	10 %
En desacuerdo	5	10 %
Total	**50**	**100 %**

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes: 20 actores institucionales y 30 representantes comunitarios.

Figura 5: Aceptación del modelo intercultural y territorial



Fuente: Encuesta aplicada a actores institucionales y comunitarios.

El 80 % manifestó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la implementación de un modelo que integre participación comunitaria, interculturalidad y coordinación

territorial. Este resultado representa una tendencia favorable hacia la propuesta, aunque no demuestra por sí mismo su efectividad, debido a que el modelo todavía no había sido implementado.

3.4.5. Análisis descriptivo de tendencias entre dimensiones

Los cruces descriptivos permitieron observar tendencias entre algunas de las dimensiones estudiadas. Estos resultados no corresponden a pruebas estadísticas de asociación y, por tanto, deben interpretarse con cautela.

Tabla 10: Tendencia descriptiva entre pertinencia cultural y confianza

Pertinencia cultural	Alta o media confianza	Baja o muy baja confianza
Alta o media	70 %	30 %
Baja o muy baja	15 %	85 %

Fuente: Elaboración propia a partir del cruce descriptivo de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes. Los porcentajes representan tendencias descriptivas y no asociaciones estadísticas inferenciales.

Los resultados sugieren que los participantes que percibieron mayor pertinencia cultural tendieron a expresar niveles superiores de confianza. En contraste, entre quienes calificaron la pertinencia como baja o muy baja predominó una valoración desfavorable de la confianza institucional. Esta tendencia coincide con los testimonios comunitarios, aunque no permite establecer causalidad.

Tabla 11: Tendencia descriptiva entre coordinación y tiempo de respuesta

Nivel de coordinación	Tiempo adecuado o regular	Tiempo inadecuado o muy inadecuado
Adecuado o moderado	65 %	35 %
Insuficiente o muy insuficiente	20 %	80 %

Fuente: Elaboración propia a partir del cruce descriptivo de los resultados de la encuesta estructurada aplicada a 50 participantes. Los porcentajes representan tendencias descriptivas y no asociaciones estadísticas inferenciales.

Se observó que una percepción favorable de la coordinación tendió a acompañarse de una mejor valoración del tiempo de respuesta. Por el contrario, entre los participantes que consideraron insuficiente la coordinación predominó la percepción de respuestas

tardías. Este resultado debe interpretarse como una regularidad descriptiva y no como una relación estadísticamente comprobada.

3.4.6. Integración de resultados y regularidades identificadas

La integración de los resultados obtenidos mediante entrevistas, grupos focales, análisis documental y encuesta permitió identificar cuatro regularidades principales.

La primera corresponde a la fragmentación institucional, evidenciada en la ausencia de mecanismos permanentes de coordinación, planificación compartida y delimitación de responsabilidades. Esta regularidad apareció en las entrevistas, en el análisis documental y en el 72 % de percepción desfavorable registrada en la encuesta.

La segunda se relaciona con una respuesta predominantemente reactiva y condicionada por las dificultades logísticas del territorio. Los actores institucionales señalaron limitaciones de transporte, acceso y movilización, mientras que el 60 % de los encuestados consideró inadecuados los tiempos de respuesta.

La tercera regularidad es la insuficiente incorporación de la interculturalidad y la participación comunitaria en los procesos operativos y decisorios. Los grupos focales evidenciaron distancia entre las intervenciones institucionales y las formas comunitarias de comprender la salud. Esta tendencia fue respaldada por el 70 % de percepción negativa sobre la pertinencia cultural y por el 68 % de baja confianza en el sistema sanitario.

La cuarta corresponde a la existencia de condiciones favorables para una propuesta de transformación. Las comunidades cuentan con estructuras organizativas, líderes y conocimientos territoriales que pueden fortalecer la vigilancia y la respuesta. Asimismo, el 80 % de los participantes expresó aceptación hacia un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial.

En conjunto, los resultados muestran que la limitada capacidad institucional de respuesta no deriva de una única deficiencia, sino de la interacción entre fragmentación organizativa, barreras logísticas, debilidades de información, limitada pertinencia

cultural y escasa participación vinculante. Estas regularidades sustentaron la elaboración del MOGESIT y orientaron la definición de sus componentes de gobernanza, inteligencia epidemiológica, planificación territorial, participación comunitaria, respuesta operativa y mejora continua.

3.5. Redacción de resultados y discusión.

La triangulación de los resultados permitió integrar la información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas, grupos focales, análisis documental y encuesta estructurada. Este procedimiento facilitó la comparación de las perspectivas institucionales y comunitarias con la evidencia normativa y cuantitativa, permitiendo identificar convergencias, complementariedades y diferencias en relación con la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.

La integración de los datos no se orientó únicamente a confirmar hallazgos coincidentes, sino también a comprender las razones que explican las percepciones identificadas. Mientras la encuesta permitió reconocer tendencias generales relacionadas con coordinación, oportunidad de respuesta, pertinencia cultural y confianza, las entrevistas y los grupos focales aportaron explicaciones sobre las experiencias que originaron dichas valoraciones. Por su parte, el análisis documental permitió contrastar los lineamientos formales con las prácticas observadas en el territorio.

3.5.1. Matriz de triangulación de resultados

Regularidad identificada	**Entrevistas semiestructuradas**	**Grupos focales**	**Análisis documental**	**Encuesta estructurada**	**Interpretación integrada**
Fragmentación institucional	Los actores señalaron falta de coordinación permanente y claridad de responsabilidades.	Las comunidades percibieron intervenciones aisladas y	Las normas promueven coordinación, pero no se identificó una instancia territorial	El 72 % calificó la coordinación como insuficiente o muy insuficiente.	Existe una brecha entre la coordinación prevista normativamente y su aplicación

		presencia institucional discontinua.	permanente en Taisha.		efectiva en el territorio.
Respuesta reactiva y dificultades logísticas	Se identificaron limitaciones de transporte, comunicación, insumos y movilización de personal.	Las comunidades describieron demoras y atención intermitente en sectores de difícil acceso.	Los documentos contienen lineamientos generales, pero presentan limitada adaptación operativa a las condiciones territoriales.	El 60 % consideró inadecuados o muy inadecuados los tiempos de respuesta.	La accesibilidad geográfica y la falta de planificación anticipada condicionan la oportunidad de las intervenciones.
Insuficiente pertinencia intercultural	Los entrevistados reconocieron una participación comunitaria limitada en la planificación y toma de decisiones.	Los participantes señalaron que las intervenciones no siempre comprenden sus prácticas, lengua y organización.	La normativa reconoce la interculturalidad, pero su operacionalización en emergencias es insuficiente.	El 70 % percibió una pertinencia cultural baja o muy baja.	La interculturalidad permanece principalmente en el plano normativo y no se ha consolidado como práctica transversal de gestión.
Desconfianza comunitaria	Los actores relacionaron la desconfianza con respuestas tardías y limitada continuidad institucional.	Las comunidades manifestaron experiencias acumuladas de atención insuficiente y compromisos	Los documentos reconocen la importancia de participación y comunicación, pero no establecen mecanismos permanentes de retroalimenta	El 68 % expresó confianza baja o muy baja en el sistema de salud.	La confianza se encuentra vinculada con la oportunidad, cumplimiento, comunicación y adecuación cultural de

		incumplidos.	ción territorial.		las intervenciones.
Disposición favorable hacia un modelo participativo	Los entrevistados propusieron fortalecer la coordinación y la participación de actores comunitarios.	Los líderes expresaron interés en contribuir a la vigilancia, comunicación y priorización sanitaria.	Los lineamientos respaldan la participación social y la coordinación intersectorial.	El 80 % manifestó acuerdo o total acuerdo con la implementación de un modelo intercultural y territorial.	Existe una base institucional y comunitaria favorable para la construcción de una propuesta de gobernanza compartida.

Fuente: Elaboración propia a partir de la integración de los resultados de las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales, el análisis documental y la encuesta estructurada.

La matriz evidencia una alta convergencia entre las fuentes utilizadas. Las principales debilidades señaladas por los actores institucionales fueron confirmadas por las experiencias comunitarias, los resultados cuantitativos y las brechas identificadas en los documentos. Asimismo, la disposición hacia un modelo participativo apareció de manera consistente en los testimonios y en la encuesta, lo que aporta sustento empírico a la propuesta formulada.

3.5.2. Fragmentación institucional y debilidad de la gobernanza sanitaria

La primera regularidad identificada corresponde a la fragmentación de la respuesta institucional. Los testimonios recogidos mostraron que las instituciones actúan desde sus competencias particulares, pero sin mecanismos permanentes de planificación, decisión y seguimiento compartido. Esta percepción fue respaldada por el 72 % de los encuestados, quienes calificaron la coordinación como insuficiente o muy insuficiente. El análisis documental, por su parte, evidenció que las normas y lineamientos reconocen la necesidad de coordinación intersectorial, aunque no se identificó una estructura territorial estable que articule de forma continua a instituciones y comunidades en el cantón Taisha.

Estos hallazgos coinciden con los planteamientos de Ansell y Gash (2008), quienes sostienen que la participación de diferentes organizaciones no constituye por sí misma gobernanza colaborativa. Para que exista colaboración efectiva se requieren reglas institucionales, responsabilidades claras, liderazgo facilitador, objetivos compartidos y mecanismos para la ejecución de acuerdos. Desde esta perspectiva, la problemática observada en Taisha no se limita a fallas ocasionales de comunicación, sino que refleja la ausencia de una arquitectura permanente de gobernanza.

Emerson, Nabatchi y Balogh (2012) agregan que la acción conjunta depende de la existencia de capacidades compartidas, confianza, procedimientos y recursos. Esta posición permite explicar por qué la articulación activada únicamente durante una emergencia resulta insuficiente. Cuando los actores no han definido previamente los flujos de información, responsabilidades, mecanismos de convocatoria y criterios de priorización, la respuesta tiende a depender de decisiones coyunturales.

Belrhiti et al. (2024) identifican que las redes sanitarias pueden enfrentar problemas de desalineación estratégica, lentitud en la toma de decisiones y desconfianza entre actores. Los resultados obtenidos en Taisha guardan relación con esta perspectiva, debido a que la fragmentación no solo afecta la coordinación administrativa, sino que también genera duplicidades, vacíos de cobertura y dificultades para movilizar recursos de manera conjunta.

En consecuencia, el fortalecimiento de la respuesta institucional requiere una instancia territorial que permita pasar de la coordinación ocasional a una gobernanza formal, continua y basada en responsabilidades compartidas. Esta necesidad sustenta la creación del Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural dentro del MOGESIT.

3.5.3. Condicionantes territoriales, logística y oportunidad de respuesta

La segunda regularidad corresponde a la influencia de las condiciones geográficas y logísticas sobre los tiempos de respuesta. Las entrevistas identificaron dificultades relacionadas con transporte, conectividad, abastecimiento de insumos y movilización de personal. Los grupos focales confirmaron que la atención es percibida como intermitente

en las comunidades de difícil acceso, mientras que el 60 % de los participantes calificó los tiempos de respuesta como inadecuados o muy inadecuados.

Estos hallazgos permiten concluir que la capacidad institucional no depende exclusivamente de la cantidad de recursos disponibles, sino también de su localización, oportunidad, coordinación y adecuación al territorio. Una ambulancia, brigada o equipo técnico puede existir dentro del sistema, pero resultar insuficiente si no se cuenta con rutas definidas, transporte fluvial o aéreo disponible, mecanismos de activación y planificación previa.

Los resultados se relacionan con la planificación estratégica situacional de Matus (1987), quien plantea que las acciones deben partir de problemas concretos, actores reales y condiciones específicas de viabilidad. La aplicación de planes homogéneos en territorios con características distintas limita la efectividad de las intervenciones, debido a que no considera las restricciones operativas ni los recursos controlados por los diferentes actores.

Testa (1995) complementa esta posición al señalar que la planificación sanitaria debe reconocer las relaciones de poder, la capacidad de decisión y las posibilidades reales de ejecución. Desde este enfoque, la planificación no puede reducirse a una programación técnica de actividades, sino que debe incorporar quiénes participan, qué recursos pueden movilizarse y qué obstáculos dificultan la acción.

Zimmermann et al. (2024) plantean que la resiliencia de los sistemas de salud requiere analizar de manera conjunta la preparación, la aparición de alertas, el manejo del impacto, la recuperación y el aprendizaje. Los resultados de Taisha muestran una mayor concentración en la respuesta una vez ocurrido el evento y una limitada institucionalización de mecanismos anticipatorios. Esto explica el predominio de una lógica reactiva y la necesidad de fortalecer la preparación territorial.

En consecuencia, la respuesta epidemiológica requiere incorporar mapas de accesibilidad, disponibilidad de transporte, ubicación de recursos, tiempos estimados de desplazamiento y comunidades prioritarias. Esta necesidad sustenta los componentes de

planificación territorial, matriz de recursos, identificación de brechas e Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica propuestos en el MOGESIT.

3.5.4. Interculturalidad, participación comunitaria y confianza

La tercera regularidad identificada corresponde a la limitada incorporación de la interculturalidad en los procesos de planificación y respuesta. El 70 % de los participantes percibió una pertinencia cultural baja o muy baja, mientras que los grupos focales señalaron que las intervenciones no siempre consideran las prácticas, lenguas, autoridades y formas comunitarias de comprender la salud. El análisis documental mostró que la interculturalidad se encuentra reconocida en las disposiciones normativas, pero su traducción en procedimientos operativos continúa siendo limitada.

Estos resultados coinciden con Menéndez (2003), quien cuestiona el predominio del modelo biomédico y la subordinación de otras formas de atención. En el contexto estudiado, la baja pertinencia cultural no implica necesariamente la inexistencia de acciones interculturales, sino que estas no se encuentran suficientemente integradas en la planificación, comunicación, vigilancia y toma de decisiones.

Walsh (2009) distingue entre una interculturalidad funcional y una interculturalidad crítica. La primera incorpora elementos culturales sin modificar las relaciones de poder, mientras que la segunda reconoce la legitimidad de diferentes conocimientos y promueve decisiones más horizontales. Los resultados obtenidos sugieren que la gestión sanitaria en Taisha se aproxima principalmente a una interculturalidad funcional, expresada en acciones de traducción, acompañamiento o consulta, pero con limitada participación vinculante de las comunidades.

Segovia-Meza et al. (2025) sostienen que la interculturalidad requiere cambios organizativos, formación del personal, instrumentos de planificación y procesos permanentes de gestión. Esta posición refuerza la idea de que la pertinencia cultural no depende únicamente de la voluntad individual de los profesionales, sino de la existencia de procedimientos institucionales que orienten su aplicación.

La confianza comunitaria constituye una dimensión estrechamente relacionada con la pertinencia cultural. El 68 % de los participantes expresó confianza baja o muy baja en el sistema sanitario. Los testimonios asociaron esta percepción con la tardanza de las intervenciones, la discontinuidad institucional, las dificultades de comunicación y el incumplimiento de compromisos.

Putnam (1993) plantea que la confianza, la reciprocidad y las redes sociales constituyen recursos fundamentales para la cooperación. Sin embargo, la confianza no puede exigirse únicamente a la comunidad; debe construirse mediante respuestas oportunas, cumplimiento de acuerdos, presencia territorial y reconocimiento de las formas locales de organización.

Arnstein (1969) advierte que la consulta no equivale a participación efectiva. En Taisha, la comunidad suele colaborar en actividades de convocatoria, comunicación o apoyo logístico, pero su capacidad de incidir en la priorización y evaluación de las intervenciones es limitada. Esta situación puede contribuir a la percepción de que las decisiones son adoptadas externamente y aplicadas sin suficiente adaptación local.

Los resultados de Samsamshariat et al. (2023) muestran que los trabajadores comunitarios indígenas pueden desempeñar funciones importantes de comunicación, educación y apoyo sanitario durante emergencias, aunque requieren capacitación, recursos y reconocimiento institucional. Este hallazgo coincide con la disposición expresada en los grupos focales de Taisha, donde los participantes manifestaron interés en colaborar con la vigilancia y respuesta, siempre que existan mecanismos claros de participación.

Por tanto, la interculturalidad y la participación comunitaria deben asumirse como componentes operativos del modelo y no como principios exclusivamente declarativos. Esta conclusión sustenta el Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria y la incorporación de representantes indígenas en los espacios de gobernanza del MOGESIT.

3.5.5. Vigilancia epidemiológica e integración de información territorial

La cuarta regularidad corresponde a la fragmentación de la información epidemiológica, comunitaria y territorial. Las entrevistas evidenciaron que algunas alertas llegan cuando el evento ya se encuentra avanzado, mientras que los grupos focales mostraron que las comunidades poseen información temprana sobre aparición de síntomas, mortalidad inusual, cambios ambientales y movilidad de personas.

El análisis documental confirmó que existen sistemas oficiales de notificación epidemiológica, pero la información comunitaria, geográfica, ambiental y logística no se encuentra plenamente integrada dentro de un mecanismo territorial de inteligencia sanitaria. Esto limita la capacidad de anticipar riesgos, priorizar comunidades y movilizar recursos antes de que el evento adquiera mayor magnitud.

La Organización Mundial de la Salud (2024) plantea que la preparación ante emergencias debe incorporar información social, cultural y conductual, además de los indicadores biomédicos tradicionales. Zavaleta-Cortijo et al. (2023) también destacan que los conocimientos indígenas sobre ambiente, movilidad y prácticas comunitarias pueden contribuir a la identificación temprana de riesgos.

La literatura no propone sustituir la vigilancia epidemiológica oficial por reportes comunitarios, sino articular ambos sistemas. La información generada por la comunidad debe ser verificada, procesada y contrastada con registros clínicos y de laboratorio. De esta manera, puede transformarse en evidencia útil para la toma de decisiones.

Los resultados obtenidos sustentan la creación del Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural, encargado de consolidar datos institucionales, comunitarios, geográficos, ambientales y logísticos. Su finalidad consiste en transformar información dispersa en alertas, mapas de riesgo, análisis de vulnerabilidad y recomendaciones para la planificación territorial.

3.5.6. Aceptación de una propuesta de gobernanza intercultural

La quinta regularidad corresponde a la disposición favorable hacia una propuesta de transformación. El 80 % de los participantes manifestó acuerdo o total acuerdo con la

implementación de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial. Las entrevistas y grupos focales también evidenciaron interés en fortalecer la coordinación, participación y vigilancia comunitaria.

Este resultado no demuestra que el modelo será efectivo una vez implementado, pero sí indica que existe una percepción favorable respecto de sus principios y componentes. La aceptación constituye una condición inicial importante, debido a que las propuestas de gobernanza requieren legitimidad, apropiación y disposición de los actores para participar.

Ansell y Gash (2008) señalan que la colaboración depende de la motivación de los participantes y de la existencia de incentivos para la acción conjunta. En Taisha, el reconocimiento compartido de las debilidades actuales puede favorecer la construcción de objetivos comunes. No obstante, la sostenibilidad del modelo dependerá de que esta disposición se traduzca en compromisos institucionales, asignación de recursos y mecanismos vinculantes de participación.

La aceptación identificada también coincide con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud sobre participación comunitaria, que destacan la necesidad de incorporar a las comunidades en la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias. En este sentido, los resultados respaldan la pertinencia de una propuesta que combine gobernanza colaborativa, planificación territorial e interculturalidad.

3.5.7. Tendencias y regularidades derivadas de la triangulación

A partir de la integración de los resultados se identificaron las siguientes tendencias y regularidades:

La respuesta sanitaria se encuentra condicionada por una coordinación interinstitucional insuficiente y por la ausencia de una instancia territorial permanente de gobernanza.

Las intervenciones tienden a organizarse de manera reactiva, una vez que el evento epidemiológico ya se encuentra en desarrollo.

Las condiciones geográficas y logísticas influyen significativamente en la oportunidad de la respuesta, especialmente en comunidades de difícil acceso.

Los principios de interculturalidad y participación comunitaria se encuentran reconocidos en la normativa, pero presentan una aplicación operativa limitada.

La baja pertinencia cultural y la respuesta tardía se relacionan descriptivamente con menores niveles de confianza comunitaria.

Las comunidades poseen conocimientos, liderazgos y redes organizativas que pueden fortalecer la vigilancia y la comunicación de riesgos.

Existe disposición favorable, tanto institucional como comunitaria, hacia la construcción de un modelo de gobernanza compartida.

La información epidemiológica, comunitaria, ambiental y territorial se encuentra dispersa y requiere mecanismos de integración para apoyar la toma de decisiones.

Estas regularidades permiten comprender que la limitada capacidad institucional no responde a una única deficiencia. El problema se configura por la interacción entre fragmentación organizativa, planificación reactiva, barreras territoriales, información dispersa, limitada pertinencia cultural y escasa participación vinculante.

3.5.8. Síntesis del estado del problema en el cantón Taisha

La triangulación y discusión de los resultados permitió establecer que la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha presenta debilidades estructurales que afectan su oportunidad, coordinación, cobertura, pertinencia cultural y legitimidad social.

Aunque existen instituciones, recursos, normas, conocimientos técnicos y estructuras comunitarias con potencial para intervenir, estos elementos funcionan de forma insuficientemente articulada. La principal brecha no corresponde únicamente a la falta de recursos, sino a la ausencia de una estructura que permita integrar información,

decisiones, responsabilidades, logística, participación y evaluación dentro de una misma lógica territorial.

El estado actual del problema muestra, por tanto, un sistema que responde principalmente mediante acciones fragmentadas y reactivas, con limitada capacidad para anticipar riesgos y adaptar las intervenciones a las particularidades de las comunidades shuar y achuar. Al mismo tiempo, se identificaron condiciones favorables para la transformación, entre ellas la disposición de los actores, la existencia de organizaciones comunitarias y el reconocimiento normativo de la interculturalidad y la participación.

Estos resultados justifican la elaboración de un modelo que organice la gobernanza territorial, fortalezca la inteligencia epidemiológica, coordine la planificación y los recursos, incorpore la participación comunitaria y establezca mecanismos permanentes de monitoreo y mejora. En consecuencia, la triangulación realizada constituye el fundamento empírico directo para la construcción del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial desarrollado en el capítulo siguiente.

Capítulo 4: PROPUESTA DE TRANSFORMACIÓN

Los resultados obtenidos en el desarrollo de la presente investigación permiten afirmar que la problemática de la gestión sanitaria en el cantón Taisha no responde a una causa única ni a una falla aislada del sistema, sino a una combinación de factores estructurales, organizativos y socioculturales que, en conjunto, limitan la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas. La evidencia recogida en campo pone de manifiesto que las debilidades en la coordinación interinstitucional, las limitaciones operativas derivadas del contexto territorial y la escasa incorporación de la interculturalidad en la gestión sanitaria no solo afectan la eficiencia de las intervenciones, sino también su legitimidad frente a las comunidades.

En este sentido, los hallazgos de la investigación no solo permiten comprender la magnitud del problema, sino que orientan de manera clara la necesidad de replantear los modelos de gestión existentes. La persistencia de enfoques centralizados, estandarizados

y poco sensibles a las particularidades del territorio amazónico evidencia que las respuestas tradicionales resultan insuficientes frente a contextos complejos como el de Taisha. Esta situación exige avanzar hacia propuestas que integren la dimensión técnica con la dimensión social y cultural, reconociendo que la salud no puede ser gestionada únicamente desde la lógica institucional, sino como un proceso compartido entre el Estado y las comunidades.

A partir de esta comprensión, el presente capítulo tiene como propósito desarrollar una propuesta de transformación orientada al diseño de un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial, concebido como una alternativa estructurada para fortalecer la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas. Este modelo no se plantea como una solución teórica desvinculada de la realidad, sino como una construcción basada en la evidencia obtenida en el territorio, en los aportes de los actores involucrados y en los fundamentos conceptuales analizados en los capítulos previos.

La propuesta se fundamenta en la necesidad de articular de manera efectiva a los distintos actores que intervienen en la gestión sanitaria, promoviendo una lógica de coordinación, corresponsabilidad y participación activa de las comunidades indígenas. Asimismo, incorpora el enfoque intercultural como un eje central, no solo en términos discursivos, sino como un principio operativo que orienta la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones en salud. De esta manera, el modelo busca superar la fragmentación actual, integrando los recursos institucionales con los saberes locales y las dinámicas propias del territorio.

Cabe señalar que el diseño de la propuesta no se limita a la formulación conceptual del modelo, sino que incluye la definición de sus componentes, mecanismos de implementación, criterios de evaluación y condiciones de sostenibilidad, con el objetivo de garantizar su aplicabilidad en contextos reales. En este sentido, el modelo se concibe como una herramienta flexible y adaptable, capaz de responder a las particularidades del territorio amazónico y de ser replicada en otros escenarios con características similares.

En consecuencia, el desarrollo de este capítulo constituye la concreción del proceso investigativo, en la medida en que traduce el análisis realizado en una propuesta de intervención orientada a la transformación de la gestión sanitaria. La propuesta que se presenta a continuación no pretende ser una solución definitiva, sino un punto de partida para la construcción de modelos más integrales, pertinentes y sostenibles, que contribuyan a garantizar el derecho a la salud desde el territorio y con participación activa de las comunidades.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.

La propuesta de un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial surge como respuesta directa a las brechas identificadas en el análisis de resultados, las cuales evidencian que la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha se encuentra limitada por factores que trascienden lo estrictamente operativo. En este sentido, la fundamentación del modelo no se limita a justificar su pertinencia, sino que busca establecer los principios conceptuales, metodológicos y contextuales que lo sustentan como una alternativa viable y necesaria para la transformación de la gestión sanitaria en territorios amazónicos.

En primer lugar, el modelo se fundamenta en el enfoque de gestión sanitaria territorial, el cual reconoce que la planificación y ejecución de las intervenciones en salud deben adaptarse a las características específicas del territorio. Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que la aplicación de esquemas centralizados y estandarizados no responde de manera eficaz a las condiciones del cantón Taisha, donde la dispersión geográfica, las limitaciones de acceso y la diversidad sociocultural configuran un escenario altamente complejo. En este contexto, la gestión territorial no solo implica descentralizar la toma de decisiones, sino también diseñar estrategias diferenciadas que consideren la realidad operativa y social de cada comunidad.

En segundo lugar, el modelo se sustenta en el principio de interculturalidad en salud, entendido no como un componente accesorio, sino como un eje estructural de la gestión sanitaria. La evidencia empírica recogida en el trabajo de campo revela que la baja

pertinencia cultural de las intervenciones constituye uno de los principales factores que afectan la confianza y la participación de las comunidades en los procesos de atención. En este sentido, el modelo propuesto incorpora la interculturalidad como un principio operativo, orientado a reconocer, valorar e integrar los saberes ancestrales en la planificación y ejecución de las acciones en salud. Esta integración no implica sustituir el conocimiento biomédico, sino articularlo con los sistemas de conocimiento locales, promoviendo un enfoque de complementariedad.

Asimismo, la propuesta se fundamenta en el enfoque de gobernanza sanitaria, que plantea la necesidad de articular de manera efectiva a los distintos actores involucrados en la gestión de la salud. Los resultados de la investigación evidencian una débil coordinación interinstitucional, lo que limita la eficiencia de las respuestas ante emergencias. Frente a esta realidad, el modelo propone la creación de mecanismos formales de articulación que permitan establecer roles claros, flujos de comunicación efectivos y espacios de toma de decisiones compartidos. De esta manera, la gobernanza se convierte en un elemento clave para superar la fragmentación institucional y avanzar hacia una gestión más integrada.

Por otro lado, el modelo incorpora el enfoque de participación comunitaria, reconociendo que las comunidades no deben ser consideradas únicamente como beneficiarias de las intervenciones, sino como actores activos en la gestión sanitaria. La evidencia obtenida en campo demuestra que existe una disposición significativa por parte de los actores comunitarios para participar en procesos de mejora, lo que constituye una oportunidad para fortalecer la corresponsabilidad en la gestión de la salud. En este sentido, el modelo plantea mecanismos que permitan incorporar a los líderes comunitarios en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones, promoviendo una relación más horizontal entre el sistema de salud y la comunidad.

Adicionalmente, la propuesta se apoya en la teoría de los sistemas complejos adaptativos, la cual permite comprender la gestión sanitaria como un sistema dinámico, en el que múltiples variables interactúan de manera no lineal. Este enfoque resulta especialmente pertinente en contextos como el de Taisha, donde la incertidumbre, la

diversidad cultural y las limitaciones estructurales requieren soluciones flexibles y adaptativas. En este sentido, el modelo se concibe como una estructura abierta, capaz de ajustarse a las condiciones cambiantes del entorno y de incorporar aprendizajes a partir de la experiencia.

Finalmente, la fundamentación del modelo se sostiene en la evidencia empírica obtenida en la investigación, la cual no solo confirma la existencia de debilidades en la gestión sanitaria actual, sino que también identifica elementos que favorecen la implementación de propuestas de transformación. La alta aceptación de un modelo intercultural por parte de los actores encuestados, la existencia de estructuras comunitarias organizadas y la disposición de los actores institucionales a mejorar los procesos de coordinación constituyen factores que respaldan la viabilidad de la propuesta.

En definitiva, estos elementos configuran una base sólida para el diseño de un modelo de gestión sanitaria intercultural y territorial, orientado a fortalecer la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas. La propuesta no surge, por tanto, como una construcción abstracta, sino como una respuesta fundamentada en la realidad del territorio, en los aportes teóricos analizados y en la evidencia empírica obtenida, lo que le otorga coherencia, pertinencia y potencial de aplicación en contextos similares.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación.

El Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial para la Gestión de Emergencias Epidemiológicas (MOGESIT) constituye la propuesta de transformación derivada de los fundamentos teóricos, los resultados del diagnóstico y la triangulación de la información obtenida en las comunidades indígenas del cantón Taisha. Su formulación responde principalmente a la fragmentación institucional, la planificación reactiva, las dificultades logísticas, la insuficiente integración de información territorial, la limitada pertinencia cultural y la escasa participación comunitaria vinculante identificadas durante la investigación.

La propuesta se concibe como un modelo sistémico, flexible y progresivo que no sustituye las competencias legales ni administrativas de las instituciones participantes. Su función consiste en establecer mecanismos permanentes de coordinación, planificación, participación, producción de información, respuesta operativa y evaluación, con el propósito de articular las capacidades institucionales y comunitarias existentes en el territorio.

El MOGESIT se estructura mediante un componente de dirección estratégica y cinco subsistemas funcionales interdependientes. Su implementación se plantea inicialmente mediante una fase piloto de doce meses en comunidades priorizadas del cantón Taisha. Los resultados de esta fase permitirán valorar su funcionamiento, realizar los ajustes necesarios y determinar las condiciones para su ampliación progresiva.

4.2.1. Denominación, naturaleza y alcance de la propuesta

La propuesta se denomina Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial para la Gestión de Emergencias Epidemiológicas (MOGESIT)**.**

Por su naturaleza, constituye un modelo de gobernanza y gestión sanitaria territorial orientado a organizar las relaciones entre instituciones públicas, gobiernos autónomos descentralizados, organizaciones indígenas, comunidades y otros actores vinculados con la preparación y respuesta ante emergencias epidemiológicas.

Su alcance inicial corresponde al cantón Taisha, provincia de Morona Santiago, con énfasis en comunidades indígenas shuar y achuar que presentan condiciones de dispersión geográfica, dificultades de acceso, limitada cobertura institucional y mayor vulnerabilidad epidemiológica. El modelo posee carácter adaptable, por lo que su aplicación en otros territorios amazónicos requerirá un diagnóstico previo y ajustes relacionados con sus características culturales, epidemiológicas, geográficas e institucionales.

La propuesta no implica la creación inmediata de una nueva estructura administrativa independiente ni la conformación de un fondo presupuestario único. Se basa en la

articulación de competencias, personal, información, infraestructura y recursos existentes, complementados progresivamente con aquellos elementos que resulten necesarios durante su implementación.

4.2.2. Objetivos de la propuesta

- Objetivo general

Fortalecer la capacidad institucional de preparación y respuesta ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha mediante la implementación gradual de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial que articule actores, información, recursos, participación comunitaria y procesos de evaluación continua.

- Objetivos específicos

Institucionalizar mecanismos permanentes de gobernanza y coordinación entre las instituciones públicas, los gobiernos autónomos descentralizados, las organizaciones indígenas y las comunidades del cantón Taisha.

Integrar información epidemiológica, territorial, ambiental, logística, social y comunitaria para facilitar la identificación temprana de riesgos y la toma de decisiones basada en evidencia.

Coordinar la planificación de actividades, inversiones y recursos sanitarios para reducir duplicidades, identificar brechas de cobertura y priorizar las comunidades con mayor vulnerabilidad.

Fortalecer la participación comunitaria y la pertinencia intercultural en los procesos de vigilancia, planificación, comunicación, intervención y evaluación sanitaria.

Organizar mecanismos operativos para la activación oportuna, coordinada y culturalmente pertinente de la respuesta ante alertas y emergencias epidemiológicas.

Implementar un sistema de monitoreo, evaluación y mejora continua que permita valorar el funcionamiento del modelo, incorporar aprendizajes y realizar ajustes progresivos.

4.2.3. Aparato teórico-conceptual y referencial de la propuesta

El aparato teórico-conceptual del MOGESIT integra los enfoques de gobernanza colaborativa, planificación estratégica situacional, gestión territorial, interculturalidad crítica, participación comunitaria, inteligencia epidemiológica, resiliencia sanitaria y sistemas complejos adaptativos. Estos fundamentos no operan de manera independiente, sino que se articulan para explicar la estructura y el funcionamiento de la propuesta.

La gobernanza colaborativa proporciona el fundamento para organizar la interacción entre actores públicos, comunitarios y sociales. Ansell y Gash (2008) sostienen que la colaboración requiere reglas claras, diálogo, construcción de confianza, liderazgo facilitador y objetivos compartidos. Emerson, Nabatchi y Balogh (2012) agregan que la acción conjunta necesita procedimientos, recursos, conocimiento y capacidades institucionales compartidas. Estos planteamientos sustentan la creación del Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural como máxima instancia de dirección estratégica del modelo.

La planificación estratégica situacional permite adaptar las decisiones a los problemas, actores y recursos existentes en el territorio. Matus (1987) plantea que la planificación debe partir de situaciones concretas y considerar la viabilidad política, institucional y operativa de las acciones. Este fundamento se expresa en el Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial en Salud y en sus instrumentos de programación, priorización y coordinación de recursos.

La interculturalidad crítica reconoce que la pertinencia cultural no puede limitarse a la traducción de mensajes o a la incorporación simbólica de representantes indígenas. Walsh (2009) plantea la necesidad de transformar las relaciones desiguales entre instituciones y comunidades, mientras que Menéndez (2003) destaca la articulación existente entre biomedicina, prácticas tradicionales, autocuidado y redes comunitarias. Estos aportes sustentan la participación de autoridades indígenas, líderes, agentes

comunitarios, parteras, sabios y facilitadores interculturales en los procesos de decisión y respuesta.

La participación comunitaria se fundamenta en la necesidad de superar formas exclusivamente informativas o consultivas. Arnstein (1969) diferencia la participación simbólica de aquella que permite influencia efectiva sobre las decisiones. En el MOGESIT, este principio se concreta mediante el Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria, que incorpora a las comunidades en la detección de riesgos, comunicación de alertas, priorización de necesidades, adaptación cultural y evaluación de las intervenciones.

El pensamiento sistémico permite comprender que la gobernanza, la información, la planificación, la respuesta y la evaluación se encuentran interrelacionadas. De Savigny y Adam (2009) señalan que las intervenciones sobre un componente del sistema pueden generar efectos en los demás. Por esta razón, el MOGESIT no se presenta como una suma de estructuras aisladas, sino como un ciclo permanente de información, decisión, planificación, intervención, evaluación y retroalimentación.

La resiliencia sanitaria proporciona el fundamento para que el modelo no se concentre únicamente en la respuesta inmediata. Zimmermann et al. (2024) señalan que los sistemas de salud deben prepararse, detectar alertas, gestionar el impacto, recuperarse y aprender de las perturbaciones. En correspondencia con este enfoque, el MOGESIT incluye preparación territorial, vigilancia comunitaria, mecanismos de respuesta y un sistema de mejora continua.

El aparato referencial y normativo se sustenta en la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, los instrumentos nacionales de vigilancia epidemiológica y gestión de riesgos, y las orientaciones internacionales sobre preparación y respuesta ante emergencias sanitarias. Estos instrumentos respaldan los principios de coordinación

intersectorial, descentralización, participación, interculturalidad, prevención y protección colectiva de la salud.

4.2.4. Principios orientadores del MOGESIT

El funcionamiento del modelo se regirá por los siguientes principios:

Interculturalidad. Reconocimiento y articulación respetuosa de los conocimientos, prácticas, lenguas, autoridades y formas de organización de las comunidades indígenas.

Territorialidad. Adaptación de las decisiones e intervenciones a las condiciones geográficas, epidemiológicas, ambientales, sociales y logísticas de cada comunidad.

Gobernanza colaborativa. Participación coordinada de instituciones y comunidades en la definición de prioridades, responsabilidades y acciones.

Corresponsabilidad. Distribución clara de funciones entre los actores, sin trasladar indebidamente las obligaciones institucionales hacia las comunidades.

Participación vinculante. Incorporación de representantes comunitarios con capacidad efectiva de intervenir en la planificación, ejecución y evaluación.

Equidad territorial. Priorización de comunidades con mayores niveles de vulnerabilidad, barreras de acceso y necesidades sanitarias.

Decisiones basadas en evidencia. Utilización integrada de información epidemiológica, territorial, comunitaria, ambiental y logística.

Transparencia y rendición de cuentas. Registro, seguimiento y comunicación de las decisiones, recursos, acuerdos y resultados.

Adaptabilidad. Capacidad para modificar procedimientos y recursos frente a cambios epidemiológicos o territoriales.

Sostenibilidad. Aprovechamiento coordinado de capacidades existentes y desarrollo progresivo de mecanismos institucionales permanentes.

4.2.5. Aparato estructural del MOGESIT

El modelo se organiza mediante un componente de dirección estratégica y cinco subsistemas funcionales. En conjunto, estos seis componentes permiten articular los procesos de información, decisión, planificación, participación, respuesta y evaluación.

Tabla 12: Tabla de estructura y componentes del MOGESIT

Componente	**Función principal**	**Necesidad diagnóstica a la que responde**	**Productos principales**
Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural — CTGSI—	Dirigir, coordinar y adoptar decisiones estratégicas.	Fragmentación institucional y ausencia de coordinación permanente.	Resoluciones, prioridades territoriales, acuerdos interinstitucionales y planes aprobados.
Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural — CTIEI—	Integrar y analizar información epidemiológica, territorial y comunitaria.	Información dispersa, alertas tardías y planificación reactiva.	Alertas, mapas de riesgo, boletines, sala situacional e ITVE.
Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial en Salud — CTPFTS—	Coordinar actividades, recursos, inversiones y prioridades.	Duplicidad de intervenciones, vacíos de cobertura y limitada coordinación presupuestaria.	Agenda Territorial Integrada de Salud, inventarios, mapas y matriz de brechas.
Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria — SCPVS—	Vincular a las comunidades con la vigilancia, planificación y evaluación.	Participación limitada, baja pertinencia cultural y desconfianza comunitaria.	Reportes comunitarios, alertas, validación cultural y propuestas territoriales.
Equipos Interculturales de Respuesta Epidemiológica — EIRE—	Ejecutar las intervenciones de prevención, control y respuesta.	Tiempos prolongados de respuesta y dificultades de despliegue territorial.	Brigadas, búsqueda activa, comunicación de riesgos, control epidemiológico y reportes operativos.
Sistema de Monitoreo, Evaluación y	Evaluar el desempeño del modelo y generar ajustes.	Seguimiento fragmentado y limitada utilización de	Informes trimestrales, evaluaciones, recomendaciones y planes de mejora.

Mejora Continua —SMEMC—		resultados para el aprendizaje.	

Fuente: Elaboración propia a partir de los fundamentos teóricos y de las necesidades identificadas en el diagnóstico y la triangulación de resultados.

4.2.5.1. Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural

El CTGSI constituye el componente de dirección estratégica y la máxima instancia de coordinación del MOGESIT. Estará integrado por representantes del Ministerio de Salud Pública, gobiernos autónomos descentralizados, instituciones vinculadas con gestión de riesgos, agua, saneamiento, transporte y educación, organizaciones indígenas, líderes comunitarios, representantes de mujeres y jóvenes, organismos de cooperación e instituciones académicas.

Entre sus funciones se encontrarán la aprobación de prioridades territoriales, la coordinación de la respuesta interinstitucional, la revisión de alertas e indicadores, la aprobación de instrumentos de planificación y el seguimiento de los acuerdos establecidos. Mantendrá sesiones ordinarias trimestrales y podrá convocar sesiones extraordinarias frente a alertas o emergencias epidemiológicas.

4.2.5.2. Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural

El CTIEI será responsable de integrar información procedente de establecimientos sanitarios, sistemas de vigilancia, comunidades, instituciones y fuentes territoriales. Incorporará módulos de vigilancia epidemiológica, análisis geográfico, información social e intercultural y generación de alertas.

Sus principales herramientas serán la Sala Situacional Territorial, los mapas de riesgo y accesibilidad, los boletines territoriales y el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica. El ITVE integrará variables epidemiológicas, geográficas, sanitarias, sociales, ambientales y comunitarias. Su fórmula, ponderaciones y puntos de corte deberán ser sometidos a validación técnica durante la fase piloto antes de ser utilizados para decisiones definitivas de asignación de recursos.

4.2.5.3. Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial en Salud

El CTPFTS coordinará la programación de intervenciones, recursos e inversiones sanitarias de las instituciones participantes. No administrará un presupuesto único ni modificará la autonomía financiera de las entidades, sino que consolidará información para identificar complementariedades, duplicidades y brechas.

Sus instrumentos principales serán la Mesa Anual de Planificación Integrada en Salud, la Agenda Territorial Integrada de Salud, el Inventario Territorial de Recursos Sanitarios, el Mapa Integrado de Intervenciones, la Matriz Territorial de Brechas y el Sistema Integrado de Financiamiento Territorial en Salud.

4.2.5.4. Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria

El SCPVS estará constituido por agentes comunitarios, líderes indígenas, promotores, parteras, sabios ancestrales y otros actores reconocidos por las comunidades. Su selección respetará las estructuras organizativas propias y la legitimidad otorgada por cada comunidad.

Sus funciones comprenderán la identificación de eventos inusuales, notificación temprana, comunicación de riesgos, educación sanitaria, participación en la planificación y validación cultural de las intervenciones. La información comunitaria será verificada e integrada por el CTIEI y no sustituirá los procedimientos oficiales de vigilancia epidemiológica.

4.2.5.5. Equipos Interculturales de Respuesta Epidemiológica

Los EIRE constituirán el componente operativo del modelo. Su composición podrá incluir personal médico, enfermería, epidemiología, promoción de la salud, gestión de riesgos, facilitadores interculturales y representantes comunitarios, de acuerdo con la naturaleza del evento.

Operarán mediante tres niveles de activación: vigilancia reforzada, respuesta preventiva y respuesta de emergencia. Cada activación deberá contar con una alerta verificada,

definición del nivel de respuesta, responsables, recursos, ruta logística, actividades, mecanismos de comunicación y reporte posterior.

4.2.5.6. Sistema de Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua

El SMEMC evaluará el funcionamiento de los componentes, el cumplimiento de las actividades y los resultados obtenidos. Utilizará indicadores de gobernanza, inteligencia epidemiológica, planificación, participación comunitaria y respuesta operativa.

El proceso seguirá un ciclo de monitoreo, evaluación, identificación de oportunidades de mejora, implementación de acciones correctivas y nueva valoración. Sus resultados serán presentados al CTGSI y a las comunidades participantes mediante mecanismos accesibles de rendición de cuentas.

4.2.6. Cuerpo operativo-instrumental

El cuerpo operativo-instrumental comprende las herramientas, procedimientos y productos necesarios para convertir los fundamentos del modelo en acciones concretas.

Tabla 13: Tabla del cuerpo operativo-instrumental

Componente	**Instrumentos operativos**
CTGSI	Acta de constitución, reglamento de funcionamiento, matriz de responsabilidades, formato de acuerdos y tablero de seguimiento.
CTIEI	Ficha de alerta comunitaria, protocolo de verificación, base territorial integrada, sala situacional, mapas de riesgo e ITVE.
CTPFTS	Agenda Territorial Integrada de Salud, inventario de recursos, mapa de intervenciones, matriz de brechas y reporte de inversiones.
SCPVS	Registro comunitario de alertas, ruta de comunicación, guía de vigilancia, material intercultural y ficha de retroalimentación.
EIRE	Protocolo de activación, lista de integrantes, matriz logística, niveles de respuesta, informe de intervención y cierre operativo.
SMEMC	Matriz de indicadores, tablero de control, informes trimestrales, evaluación participativa y plan de mejora.

Fuente: Elaboración propia con base en la estructura, las funciones y los instrumentos operativos propuestos para el MOGESIT.

4.2.7. Fases de implementación

La implementación piloto del MOGESIT se desarrollará durante doce meses mediante cinco fases progresivas.

Fase 1. Preparación e institucionalización

Duración**:** meses 1 y 2.

Esta fase comprenderá la socialización del modelo, identificación de actores, suscripción de compromisos, constitución del CTGSI, designación de la secretaría técnica y aprobación de un reglamento básico de funcionamiento.

Sus principales productos serán el acta de conformación del Consejo, la matriz de actores y responsabilidades, el cronograma general y los acuerdos iniciales de cooperación.

Fase 2. Diagnóstico operativo y planificación territorial

Duración: meses 2 al 4.

Se actualizará la línea de base epidemiológica, territorial, comunitaria y logística. Se elaborará el inventario de recursos, el mapa de accesibilidad, la matriz de brechas, la versión inicial del ITVE y la selección de comunidades donde se desarrollará el pilotaje.

Esta fase finalizará con la aprobación de la Agenda Territorial Integrada de Salud y del plan operativo del piloto.

Fase 3. Fortalecimiento de capacidades y organización operativa

Duración**:** meses 4 al 6.

Se seleccionarán y capacitarán los agentes comunitarios, se establecerán rutas de comunicación, se organizarán los EIRE, se adaptarán los instrumentos al contexto cultural y se pondrá en funcionamiento la Sala Situacional Territorial.

También se desarrollará al menos un ejercicio de simulación para comprobar la comunicación, verificación de alertas, toma de decisiones y despliegue operativo.

Fase 4. Implementación piloto

Duración**:** meses 7 al 11.

Los componentes del modelo funcionarán de manera articulada en las comunidades priorizadas. Se recibirán y verificarán alertas, se actualizará la información territorial, se activarán respuestas cuando corresponda y se realizará seguimiento de las actividades mediante los indicadores establecidos.

La implementación piloto no implicará suspender ni sustituir los procedimientos oficiales del sistema sanitario, sino probar los mecanismos complementarios de coordinación y participación propuestos.

Fase 5. Evaluación, ajuste y decisión de escalamiento

Duración: mes 12.

Se evaluará el cumplimiento del plan, funcionamiento de los componentes, participación de los actores, oportunidad de los procesos y factibilidad de sostenimiento. Los resultados serán discutidos con instituciones y comunidades para definir ajustes y determinar la conveniencia de mantener, ampliar o reformular el modelo.

4.2.8. Plan de intervención de la propuesta

Tabla 14: Tabla del plan de intervención

Actividad	**Responsables principales**	**Período**	**Producto o indicador verificable**
Socialización institucional y comunitaria del MOGESIT	MSP, GAD y organizaciones indígenas	Mes 1	Actores informados y actas de socialización.
Constitución del CTGSI y aprobación de su reglamento	Instituciones y representantes comunitarios	Meses 1–2	Consejo constituido y reglamento aprobado.

Designación de equipos técnicos y responsables	CTGSI e instituciones participantes	Mes 2	Responsables y funciones formalmente definidos.
Actualización de línea de base e inventario territorial	CTIEI y CTPFTS	Meses 2–3	Base territorial e inventario de recursos.
Elaboración de mapas, matriz de brechas e ITVE preliminar	CTIEI	Meses 3–4	Comunidades caracterizadas y priorización preliminar.
Elaboración de la Agenda Territorial Integrada de Salud	CTPFTS y CTGSI	Mes 4	Agenda aprobada.
Selección y capacitación de agentes comunitarios	SCPVS, MSP y organizaciones indígenas	Meses 4–6	Agentes capacitados y red comunitaria constituida.
Adaptación de instrumentos y materiales interculturales	SCPVS y CTIEI	Meses 4–6	Materiales y formularios validados culturalmente.
Organización y capacitación de los EIRE	MSP, gestión de riesgos y CTGSI	Meses 5–6	Equipos conformados y protocolo aprobado.
Ejercicio de simulación territorial	EIRE, CTIEI, SCPVS y CTGSI	Mes 6	Simulación ejecutada e informe de lecciones aprendidas.
Funcionamiento piloto de los componentes	Todos los subsistemas	Meses 7–11	Alertas, reuniones, intervenciones e informes registrados.
Monitoreo trimestral y evaluación participativa	SMEMC y CTGSI	Meses 3, 6, 9 y 12	Informes trimestrales y medidas correctivas.
Evaluación final y ajuste del modelo	CTGSI, expertos y comunidades	Mes 12	Informe final, versión ajustada y decisión de escalamiento.

Fuente: Elaboración propia con base en las fases, actividades, responsables, períodos y productos previstos para la implementación piloto del MOGESIT.

4.2.9. Recursos necesarios

- Recursos humanos

Se requerirá la participación de representantes institucionales, personal de epidemiología, salud pública, medicina, enfermería, promoción de la salud, planificación, gestión de riesgos, análisis de información, georreferenciación,

administración y evaluación. También participarán facilitadores interculturales, dirigentes indígenas, líderes, agentes comunitarios y otros actores seleccionados por las comunidades.

La propuesta prioriza la utilización del personal institucional existente mediante asignación formal de responsabilidades. La incorporación de personal adicional deberá justificarse después de la evaluación de capacidades y carga laboral realizada durante la fase inicial.

- Recursos tecnológicos

Se necesitarán equipos informáticos, medios de comunicación, acceso a internet cuando exista disponibilidad, herramientas de almacenamiento seguro, sistemas de georreferenciación, tablero de indicadores y soporte para la Sala Situacional Territorial. Se priorizarán programas institucionales o aplicaciones de código abierto para reducir costos.

- Recursos materiales y logísticos

Se requerirán formularios, material educativo, señalética, insumos para capacitación, equipos de protección, materiales básicos para vigilancia, espacios de reunión y medios de transporte terrestre, fluvial o aéreo de acuerdo con las condiciones de cada intervención.

- Recursos institucionales

La implementación necesitará acuerdos de cooperación, acceso autorizado a información, designación de responsables, disponibilidad de espacios, coordinación logística y reconocimiento formal de la participación comunitaria.

- Recursos financieros

Los recursos financieros podrán provenir de asignaciones institucionales existentes, presupuestos de los gobiernos autónomos descentralizados, convenios de cooperación,

proyectos específicos y aportes no monetarios de las instituciones participantes. La coordinación financiera no supondrá la pérdida de autonomía presupuestaria de ninguna entidad.

4.2.10. Presupuesto referencial para la fase piloto

El presupuesto presenta una estimación inicial para doce meses y deberá ser actualizado mediante cotizaciones, disponibilidad institucional y número definitivo de comunidades priorizadas. No incluye remuneraciones ordinarias del personal institucional, adquisición de ambulancias, aeronaves, embarcaciones ni costos clínicos correspondientes a las competencias regulares del sistema de salud.

Tabla 15: Tabla del presupuesto referencial

Rubro	**Valor estimado en USD**
Socialización, reuniones y funcionamiento inicial del CTGSI	2.500
Actualización diagnóstica, georreferenciación e ITVE	5.000
Equipamiento tecnológico básico y conectividad	8.000
Capacitación de actores institucionales y comunitarios	7.000
Elaboración, traducción y validación de materiales interculturales	3.000
Simulación, movilización y operación logística del piloto	12.000
Monitoreo, evaluación participativa y ajuste del modelo	4.000
Subtotal	**41.500**
Contingencia técnica y logística, 10 %	4.150
Total referencial	**45.650**

Fuente: Elaboración propia. Los valores son referenciales, están expresados en dólares estadounidenses y corresponden a la estimación inicial de una fase piloto de doce meses.

Los aportes en especie, como personal, oficinas, vehículos institucionales, equipos existentes, bases de datos y espacios comunitarios, deberán registrarse para determinar el costo real de implementación y la contribución de cada actor.

4.2.11. Resultados esperados de la fase piloto

Al finalizar el período piloto se espera contar con:

El Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural formalmente constituido y en funcionamiento.

Una línea de base territorial, un inventario de recursos y una versión técnicamente revisada del ITVE.

Una Agenda Territorial Integrada de Salud aprobada por los actores participantes.

Una red comunitaria de vigilancia constituida en las comunidades priorizadas.

Equipos interculturales organizados y sometidos al menos a un ejercicio de simulación.

Rutas de comunicación, verificación y respuesta ante alertas claramente establecidas.

Informes trimestrales de monitoreo y una evaluación participativa final.

Una versión ajustada del MOGESIT y una decisión sustentada sobre su continuidad o ampliación.

La fase piloto permitirá valorar la aplicabilidad del modelo, pero no será suficiente por sí sola para demostrar impactos epidemiológicos de largo plazo. La reducción de incidencia, mortalidad o vulnerabilidad requerirá períodos de seguimiento posteriores y diseños de evaluación específicos.

4.2.12. Sostenibilidad de la propuesta

La sostenibilidad institucional dependerá de la formalización del CTGSI, la asignación de responsabilidades dentro de las funciones regulares de las entidades y la incorporación de las actividades prioritarias en sus instrumentos de planificación.

La sostenibilidad financiera se apoyará en la coordinación de recursos existentes, la reducción de duplicidades y la formulación de proyectos conjuntos, sin depender exclusivamente de una fuente extraordinaria de financiamiento.

La sostenibilidad comunitaria requerirá reconocer formalmente a los actores participantes, evitar la sobrecarga de funciones no remuneradas, proporcionar

capacitación y recursos básicos, y garantizar que los reportes comunitarios produzcan respuestas y retroalimentación institucional.

La sostenibilidad técnica estará vinculada con la actualización periódica de la información, la capacitación continua, la utilización de herramientas accesibles y la documentación de procedimientos. De esta manera, el MOGESIT podrá mantenerse como un sistema flexible, sujeto a evaluación y adaptación permanente.

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

4.3.1 Fundamentación de la estrategia de validación de la propuesta

Toda propuesta de transformación derivada de un proceso de investigación requiere mecanismos que permitan valorar su coherencia, pertinencia, aplicabilidad y potencial de impacto antes de su implementación. En este sentido, la validación constituye una fase fundamental dentro del proceso investigativo, ya que permite determinar si la solución diseñada responde efectivamente a las necesidades identificadas en el diagnóstico y si posee las condiciones necesarias para convertirse en una alternativa viable dentro del contexto estudiado.

En el caso de la presente investigación, la propuesta desarrollada corresponde al Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), diseñado con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha. Debido a que la implementación integral del modelo requiere procesos institucionales, administrativos y financieros que exceden los tiempos de ejecución de una tesis de maestría, la validación de la propuesta se orienta hacia la valoración de su consistencia teórica, pertinencia contextual, factibilidad de aplicación y potencial transformador.

Desde una perspectiva metodológica, diversos autores coinciden en que las propuestas derivadas de investigaciones aplicadas pueden ser sometidas a procesos de validación previos a su implementación mediante procedimientos de análisis de expertos, evaluación de factibilidad y contrastación con los resultados obtenidos durante la

investigación. Este enfoque permite valorar rigurosamente la calidad de la propuesta sin necesidad de ejecutar completamente el modelo dentro del período de investigación.

La estrategia de validación adoptada en este estudio se fundamenta en tres criterios complementarios. El primero corresponde a la validación por coherencia interna, entendida como el grado de correspondencia existente entre el problema investigado, los resultados obtenidos y la solución propuesta. Bajo este criterio, se analiza si cada uno de los componentes del MOGESIT responde directamente a las debilidades identificadas durante el diagnóstico y si existe una relación lógica entre los hallazgos empíricos y los mecanismos planteados para su solución.

El segundo criterio corresponde a la validación mediante juicio de expertos. Este procedimiento permite someter la propuesta a la valoración de profesionales con experiencia en salud pública, epidemiología, gestión sanitaria, planificación territorial e interculturalidad, quienes analizan aspectos relacionados con la pertinencia, innovación, viabilidad y aplicabilidad del modelo. La inclusión de este mecanismo resulta particularmente relevante debido a que incorpora una mirada externa especializada, fortaleciendo la objetividad del proceso de evaluación.

El tercer criterio corresponde al análisis de factibilidad, orientado a determinar las condiciones reales para la implementación del modelo dentro del contexto institucional y territorial del cantón Taisha. Este análisis considera aspectos técnicos, organizacionales, financieros, normativos y socioculturales, permitiendo identificar fortalezas, oportunidades y posibles limitaciones para la puesta en marcha de la propuesta.

La combinación de estos tres mecanismos de validación responde a la naturaleza aplicada de la investigación. Mientras la coherencia interna permite verificar la consistencia científica del modelo, el juicio de expertos aporta una valoración especializada y el análisis de factibilidad permite determinar la viabilidad práctica de su implementación. En conjunto, estos procedimientos proporcionan una evaluación integral que fortalece la credibilidad de la propuesta y sustenta su potencial de aplicación en escenarios reales.

Adicionalmente, la estrategia de validación se encuentra alineada con el enfoque mixto utilizado durante la investigación. La construcción del modelo no surge exclusivamente de la revisión bibliográfica o del análisis conceptual, sino que integra los hallazgos obtenidos mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos y cualitativos, incorporando la percepción de actores institucionales y comunitarios. Esta característica fortalece la pertinencia contextual del MOGESIT y constituye un elemento clave dentro de su proceso de validación.

Por otra parte, la propuesta presenta un nivel importante de innovación al incorporar componentes que tradicionalmente operan de manera separada dentro de los sistemas de salud. La articulación entre inteligencia epidemiológica, planificación territorial, coordinación presupuestaria, participación comunitaria e interculturalidad configura un modelo integral que busca responder a problemas estructurales identificados en el territorio. En consecuencia, la validación no se limita a verificar la factibilidad técnica del modelo, sino también su capacidad para generar transformaciones significativas en los procesos de gestión sanitaria.

Finalmente, la estrategia de validación adoptada reconoce que la efectividad definitiva de cualquier propuesta solo puede demostrarse plenamente mediante su implementación y evaluación en escenarios reales. No obstante, la aplicación de procedimientos de validación teórica, técnica y contextual permite establecer con suficiente rigor científico que el MOGESIT constituye una alternativa pertinente, coherente y potencialmente viable para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas. Bajo esta premisa, los siguientes apartados desarrollan la valoración específica de la propuesta mediante criterios de evaluación, juicio de expertos y análisis de factibilidad, con el propósito de determinar su potencial de aplicación dentro del contexto objeto de estudio.

4.3.2 Criterios de evaluación de la propuesta

La evaluación de una propuesta de transformación requiere la definición previa de criterios que permitan valorar de manera objetiva su calidad, pertinencia y potencial de aplicación. En el ámbito de las investigaciones aplicadas, particularmente aquellas

orientadas al diseño de modelos de gestión, la evaluación no debe limitarse únicamente al análisis conceptual de la propuesta, sino que debe considerar aspectos relacionados con su coherencia interna, capacidad de respuesta al problema identificado, viabilidad de implementación y sostenibilidad en el tiempo.

Considerando la naturaleza del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), se definieron seis criterios fundamentales para su valoración: pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad e impacto potencial. Estos criterios fueron seleccionados por su capacidad para evaluar integralmente la propuesta desde dimensiones técnicas, organizacionales y estratégicas.

La selección de dichos criterios se fundamenta en la necesidad de garantizar que el modelo no solo responda adecuadamente a las necesidades identificadas durante la investigación, sino que además pueda ser implementado en contextos reales, generar mejoras significativas en la gestión sanitaria y mantenerse operativo a largo plazo.

Pertinencia

La pertinencia evalúa el grado en que la propuesta responde a las problemáticas identificadas durante el diagnóstico realizado en el cantón Taisha. Este criterio permite determinar si los componentes, estrategias y mecanismos planteados guardan relación directa con las debilidades encontradas en la gestión sanitaria territorial.

Dentro de este criterio se analiza si el modelo aborda efectivamente aspectos como la fragmentación institucional, las limitaciones de coordinación intersectorial, la insuficiente participación comunitaria, las dificultades de acceso a la información estratégica y la ausencia de mecanismos integrados de planificación territorial.

Una propuesta pertinente debe demostrar que sus componentes responden de manera específica a las necesidades del contexto investigado y que no constituyen soluciones genéricas desvinculadas de la realidad local.

Coherencia

La coherencia se refiere al nivel de correspondencia lógica existente entre los diferentes elementos que conforman la investigación. Este criterio permite verificar que exista una relación consistente entre el planteamiento del problema, los objetivos, los resultados obtenidos y la propuesta desarrollada.

La evaluación de la coherencia busca determinar si los componentes del MOGESIT se encuentran adecuadamente articulados y si cada uno de ellos contribuye al cumplimiento del objetivo general de fortalecer la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas.

Asimismo, este criterio permite analizar la relación entre los fundamentos teóricos utilizados y los mecanismos planteados dentro del modelo, garantizando que la propuesta se sustente en bases conceptuales sólidas.

Factibilidad

La factibilidad constituye uno de los criterios más relevantes dentro de la validación de propuestas de transformación. Su finalidad es determinar la posibilidad real de implementar el modelo en el contexto institucional, territorial y normativo del cantón Taisha.

La evaluación de este criterio considera aspectos relacionados con la disponibilidad de recursos humanos, capacidades institucionales, infraestructura existente, condiciones organizativas y posibilidades de coordinación entre actores.

De igual manera, se analiza la compatibilidad del modelo con el marco normativo vigente y con las competencias de las instituciones involucradas.

Una propuesta técnicamente sólida, pero imposible de implementar dentro de las condiciones reales del territorio, tendría una utilidad limitada. Por ello, la factibilidad constituye un elemento esencial para determinar la viabilidad práctica del modelo.

Innovación

La innovación evalúa el grado de originalidad y aporte que la propuesta incorpora respecto a los mecanismos tradicionales de gestión sanitaria.

Este criterio permite identificar si el modelo introduce nuevas herramientas, procesos o formas de organización que contribuyan a resolver problemas previamente identificados.

Dentro del MOGESIT, la innovación se refleja principalmente en la integración de componentes que habitualmente operan de manera independiente, tales como la inteligencia epidemiológica territorial, la planificación presupuestaria integrada, la participación comunitaria vinculante y la utilización del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica como herramienta de priorización.

La valoración de este criterio permitirá determinar el potencial del modelo para generar mejoras significativas respecto a las prácticas actualmente existentes.

Sostenibilidad

La sostenibilidad analiza la capacidad del modelo para mantenerse operativo a mediano y largo plazo.

Este criterio considera factores relacionados con la permanencia institucional, la disponibilidad de recursos, la apropiación por parte de los actores involucrados y la capacidad de adaptación a cambios contextuales.

La evaluación de la sostenibilidad resulta particularmente importante en territorios donde los cambios administrativos, políticos o presupuestarios pueden afectar la continuidad de las iniciativas implementadas.

Por esta razón, se analizará si los mecanismos propuestos pueden integrarse a las estructuras existentes y mantenerse operativos sin depender exclusivamente de recursos extraordinarios o de circunstancias temporales.

Impacto potencial

El impacto potencial se refiere a la capacidad estimada del modelo para generar mejoras en la gestión sanitaria territorial y fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas.

Este criterio permite valorar los beneficios esperados derivados de la implementación de la propuesta, tanto en términos de eficiencia institucional como de fortalecimiento de la participación comunitaria, optimización de recursos y mejora en los procesos de vigilancia y respuesta.

Si bien el impacto definitivo solo podrá determinarse mediante la implementación práctica del modelo, su valoración preliminar permite estimar el alcance potencial de las transformaciones planteadas.

Matriz de criterios para la evaluación de la propuesta

Criterio	**Aspecto evaluado**	**Propósito de la evaluación**
Pertinencia	Correspondencia con los problemas identificados	Determinar si el modelo responde a las necesidades del territorio
Coherencia	Relación entre problema, resultados y propuesta	Verificar consistencia interna
Factibilidad	Posibilidad real de implementación	Evaluar viabilidad técnica e institucional
Innovación	Grado de aporte respecto a modelos tradicionales	Identificar valor agregado de la propuesta
Sostenibilidad	Capacidad de mantenerse en el tiempo	Determinar permanencia y continuidad

Impacto potencial	Beneficios esperados de la implementación	Estimar capacidad transformadora

Fuente: Elaboración propia con base en los criterios establecidos para la valoración teórica y práctica del MOGESIT.

La aplicación de estos criterios permitirá desarrollar una valoración integral del MOGESIT, proporcionando elementos objetivos para determinar su calidad y potencial de aplicación dentro del contexto estudiado. Asimismo, estos criterios constituirán la base para el proceso de validación mediante juicio de expertos y para el análisis de factibilidad desarrollado en los apartados siguientes.

4.3.3 Validación de la propuesta mediante juicio de expertos

La validación mediante juicio de expertos constituye uno de los procedimientos más utilizados en investigaciones aplicadas orientadas al diseño de modelos, estrategias y propuestas de intervención. Su finalidad consiste en obtener una valoración especializada sobre la calidad, pertinencia y viabilidad de una propuesta antes de su implementación, permitiendo identificar fortalezas, limitaciones y oportunidades de mejora desde la perspectiva de profesionales con experiencia en el área de estudio.

En la presente investigación, la validación del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT) se realizó mediante un proceso de valoración teórica por expertos vinculados a las áreas de salud pública, epidemiología, gestión sanitaria, planificación territorial, gestión de riesgos e interculturalidad. La selección de este procedimiento responde a la naturaleza de la propuesta, cuya implementación integral requiere procesos institucionales posteriores que exceden el alcance temporal de la investigación.

La utilización del juicio de expertos permitió evaluar el modelo desde diferentes perspectivas técnicas y estratégicas, fortaleciendo la objetividad del proceso de validación y proporcionando evidencia adicional sobre la calidad de la propuesta desarrollada.

Selección de expertos

Para el proceso de validación se consideró la participación de ocho profesionales con experiencia comprobada en áreas relacionadas con el objeto de estudio.

Los criterios considerados para su selección incluyeron:

- Formación académica de cuarto nivel.
- Experiencia profesional mínima de cinco años.
- Participación en procesos de gestión sanitaria, epidemiología o planificación territorial.
- Conocimiento del contexto sanitario ecuatoriano.
- Experiencia en trabajo con poblaciones vulnerables o comunidades interculturales.

La composición del panel de expertos fue la siguiente:

Tabla 16: Composición del panel de expertos

Área de experiencia	**Número de expertos**
Salud pública	2
Epidemiología	2
Gerencia sanitaria	2
Gestión territorial e interculturalidad	1
Gestión de riesgos	1
Total	**8**

Fuente: Elaboración propia a partir de la caracterización profesional de los ocho expertos participantes en la valoración del MOGESIT.

La diversidad de perfiles permitió obtener una valoración multidimensional de la propuesta.

Instrumento de validación

Para la valoración del modelo se diseñó una matriz de evaluación basada en los criterios definidos en el apartado anterior:

- Pertinencia.
- Coherencia.
- Factibilidad.
- Innovación.
- Sostenibilidad.
- Impacto potencial.

Cada criterio fue valorado mediante una escala tipo Likert de cinco niveles:

Valor	**Interpretación**
1	Muy deficiente
2	Deficiente
3	Aceptable
4	Bueno
5	Excelente

Los expertos analizaron la propuesta y emitieron una calificación individual para cada criterio.

Resultados de la validación

Los resultados obtenidos evidenciaron una valoración altamente favorable del modelo propuesto.

Tabla 17: Valoración promedio por criterio

Criterio	**Promedio**
Pertinencia	4,9
Coherencia	4,8
Factibilidad	4,6
Innovación	4,9
Sostenibilidad	4,5
Impacto potencial	4,8
Promedio general	**4,75**

Fuente: Elaboración propia a partir de las calificaciones otorgadas por los ocho expertos participantes en la valoración del MOGESIT.

Los resultados reflejan una aceptación global del 95%, lo que evidencia un alto nivel de concordancia entre los especialistas respecto a la calidad de la propuesta.

La mayor puntuación se obtuvo en los criterios de pertinencia e innovación, lo que sugiere que los expertos consideran que el modelo responde adecuadamente a las problemáticas identificadas y aporta elementos novedosos para la gestión sanitaria territorial.

Por otra parte, la factibilidad y sostenibilidad presentaron puntuaciones ligeramente inferiores, aunque igualmente altas, debido a que algunos expertos señalaron la necesidad de fortalecer determinados mecanismos de coordinación institucional para garantizar una implementación sostenida en el tiempo.

Análisis cualitativo de las observaciones de los expertos

Además de las valoraciones cuantitativas, los especialistas emitieron observaciones y recomendaciones relacionadas con el fortalecimiento del modelo.

Entre los principales aspectos destacados se encuentran:

Fortalezas identificadas

Los expertos coincidieron en señalar que el modelo presenta una adecuada articulación entre los componentes de gobernanza, vigilancia epidemiológica, planificación territorial y participación comunitaria.

Asimismo, destacaron como elementos innovadores:

- La creación del Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural.
- La incorporación del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica.
- El Sistema Integrado de Planificación y Financiamiento Territorial.
- La participación comunitaria vinculante dentro de la toma de decisiones.

Varios expertos consideraron que estas herramientas podrían contribuir significativamente a mejorar la coordinación institucional y optimizar el uso de recursos en territorios amazónicos.

Recomendaciones formuladas

Entre las recomendaciones emitidas se destacan:

- Fortalecer los mecanismos normativos que respalden la institucionalización del modelo.
- Incorporar procesos permanentes de capacitación para actores comunitarios.
- Desarrollar protocolos específicos para la activación de alertas epidemiológicas.
- Establecer mecanismos de seguimiento anual del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica.

Estas observaciones fueron consideradas durante el proceso final de ajuste y consolidación de la propuesta.

Interpretación de los resultados de validación

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial presenta un alto nivel de aceptación técnica y conceptual. La valoración favorable obtenida en los diferentes criterios demuestra que la propuesta posee coherencia interna, pertinencia contextual y potencial de aplicación dentro del escenario estudiado.

Particularmente relevante resulta la valoración obtenida en el criterio de innovación, debido a que confirma que la propuesta incorpora mecanismos diferenciadores respecto a los modelos tradicionales de gestión sanitaria. Del mismo modo, la elevada puntuación alcanzada en pertinencia evidencia que los componentes desarrollados responden directamente a las problemáticas identificadas durante la investigación.

Si bien los expertos reconocieron desafíos relacionados con la sostenibilidad institucional y financiera, coincidieron en que estos aspectos pueden ser abordados mediante procesos progresivos de implementación y fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.

En términos generales, los resultados del juicio de expertos permiten concluir que el MOGESIT constituye una propuesta técnicamente sólida, pertinente y potencialmente viable para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas.

4.3.4 Análisis de factibilidad de implementación de la propuesta

La validación de una propuesta de transformación no puede limitarse únicamente a la valoración de su calidad conceptual o a la opinión de expertos. Resulta igualmente necesario analizar las condiciones reales que podrían favorecer o limitar su implementación dentro del contexto donde se pretende aplicar. En este sentido, el análisis de factibilidad constituye un componente esencial de la evaluación de la propuesta, ya que permite determinar el grado de viabilidad del modelo en función de las capacidades institucionales, técnicas, financieras y socioculturales existentes.

En el caso del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), el análisis de factibilidad adquiere especial relevancia debido a las particularidades geográficas, culturales e institucionales del cantón Taisha. Se trata de un territorio caracterizado por una amplia dispersión poblacional, presencia mayoritaria de comunidades indígenas, limitaciones de conectividad y desafíos históricos relacionados con el acceso a servicios públicos. Sin embargo, también presenta fortalezas importantes, tales como la existencia de estructuras comunitarias organizadas, presencia institucional permanente y experiencias previas de coordinación intersectorial que constituyen una base favorable para la implementación del modelo.

Para efectos de esta investigación, la factibilidad fue analizada desde cuatro dimensiones complementarias: técnica, institucional, financiera y sociocultural.

Factibilidad técnica

Desde el punto de vista técnico, la propuesta presenta un alto nivel de viabilidad debido a que sus componentes se apoyan principalmente en capacidades ya existentes dentro del sistema sanitario y de los actores territoriales.

La implementación del Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural no requiere la creación de nuevas estructuras complejas, sino el fortalecimiento y articulación de mecanismos de vigilancia epidemiológica, análisis de información y

gestión territorial que actualmente funcionan de manera dispersa. De igual manera, la utilización de herramientas de georreferenciación, tableros de control, indicadores epidemiológicos y sistemas de monitoreo resulta compatible con las capacidades técnicas presentes en los diferentes niveles del sistema de salud.

Por otra parte, la creación del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica puede desarrollarse utilizando información ya disponible en registros institucionales, censos, sistemas de vigilancia epidemiológica y bases de datos territoriales. Esto reduce significativamente los requerimientos técnicos para su construcción inicial y actualización periódica.

Asimismo, la propuesta incorpora mecanismos de implementación progresiva que permiten desarrollar sus componentes por etapas, evitando la necesidad de cambios abruptos o inversiones tecnológicas de gran magnitud durante las fases iniciales.

En consecuencia, se considera que la factibilidad técnica del modelo es alta, debido a que la mayoría de los procesos propuestos pueden desarrollarse mediante la optimización y articulación de capacidades existentes.

Factibilidad institucional

La dimensión institucional constituye uno de los elementos más relevantes para la implementación del modelo.

Los resultados de la investigación evidenciaron que actualmente existe una presencia significativa de actores vinculados a la gestión sanitaria dentro del territorio, incluyendo instituciones del Ministerio de Salud Pública, gobiernos autónomos descentralizados, organismos de gestión de riesgos, organizaciones comunitarias y entidades de cooperación.

Esta diversidad institucional, que en ocasiones ha generado procesos fragmentados de intervención, representa al mismo tiempo una oportunidad para la construcción de mecanismos permanentes de gobernanza territorial.

El modelo propuesto no plantea la creación de nuevas competencias institucionales ni modifica las atribuciones legales de las entidades participantes. Por el contrario, se fundamenta en principios de coordinación, complementariedad y corresponsabilidad que son compatibles con el marco normativo vigente.

La creación del Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural y del Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial responde precisamente a la necesidad de generar espacios formales de articulación que permitan optimizar la interacción entre actores ya existentes.

Desde esta perspectiva, la implementación institucional del modelo presenta condiciones favorables, especialmente considerando la creciente necesidad de fortalecer la coordinación intersectorial frente a los desafíos sanitarios presentes en territorios amazónicos.

No obstante, se reconoce que uno de los principales desafíos estará relacionado con la consolidación de compromisos sostenidos entre instituciones con diferentes dinámicas organizacionales y prioridades operativas. Por esta razón, la institucionalización progresiva de los mecanismos de coordinación constituye un elemento clave para garantizar la viabilidad del modelo.

Factibilidad financiera

Uno de los aspectos que con mayor frecuencia limita la implementación de nuevas propuestas en el sector público es la disponibilidad de recursos financieros. Sin embargo, los resultados de la presente investigación sugieren que gran parte de las dificultades observadas en la gestión sanitaria territorial no obedecen exclusivamente a la insuficiencia de recursos, sino a la falta de mecanismos que permitan coordinar y optimizar los recursos existentes.

Precisamente por esta razón, el Sistema Integrado de Financiamiento Territorial en Salud constituye uno de los componentes centrales del modelo.

La propuesta no contempla la creación de estructuras altamente costosas ni la necesidad de incrementar significativamente los presupuestos institucionales. Su principal objetivo consiste en mejorar la eficiencia de la inversión mediante procesos de planificación compartida, identificación de duplicidades y priorización basada en evidencia.

La consolidación de información relacionada con recursos provenientes del Ministerio de Salud Pública, gobiernos autónomos descentralizados, organismos de cooperación internacional y otros actores estratégicos permitirá visualizar de manera integral la capacidad financiera disponible en el territorio.

Asimismo, la utilización del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica contribuirá a orientar las inversiones hacia comunidades con mayores necesidades, fortaleciendo la equidad y el impacto de los recursos asignados.

En consecuencia, la factibilidad financiera del modelo puede considerarse moderada-alta, debido a que su implementación se fundamenta principalmente en la optimización de recursos existentes más que en la generación de nuevas obligaciones presupuestarias.

Factibilidad sociocultural e intercultural

La dimensión sociocultural constituye uno de los aspectos más sensibles dentro de cualquier propuesta orientada a territorios indígenas amazónicos.

Los resultados obtenidos durante la investigación evidenciaron que muchas de las limitaciones identificadas en la gestión sanitaria se relacionan con la insuficiente incorporación de las comunidades dentro de los procesos de planificación y toma de decisiones. Esta situación ha contribuido históricamente a generar percepciones de distancia institucional y limitada apropiación de algunas intervenciones sanitarias.

Frente a esta realidad, el modelo incorpora mecanismos específicos orientados a fortalecer la participación comunitaria y la integración de los saberes locales dentro de la gestión sanitaria.

La creación del Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria permite que las comunidades asuman un rol activo dentro del proceso de identificación de riesgos, vigilancia epidemiológica, priorización de necesidades y evaluación de resultados.

De igual manera, la participación de representantes comunitarios dentro del Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural fortalece la legitimidad social del modelo y favorece la construcción de relaciones más horizontales entre instituciones y comunidades.

Estas características incrementan significativamente la aceptabilidad sociocultural de la propuesta y reducen los riesgos asociados a procesos de implementación verticales o desvinculados de la realidad territorial.

Por lo tanto, se considera que la factibilidad sociocultural del modelo es alta, debido a que sus principios de funcionamiento se encuentran alineados con las necesidades y expectativas identificadas durante el trabajo de campo.

Valoración integral de la factibilidad

El análisis realizado permite concluir que el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial presenta condiciones favorables para su implementación dentro del contexto del cantón Taisha. La propuesta demuestra viabilidad técnica al aprovechar capacidades existentes; viabilidad institucional al fundamentarse en mecanismos de coordinación compatibles con las competencias de los actores participantes; viabilidad financiera al priorizar la optimización de recursos antes que la generación de nuevas estructuras de gasto; y viabilidad sociocultural al incorporar mecanismos efectivos de participación e interculturalidad.

Si bien su implementación requerirá procesos progresivos de fortalecimiento institucional, capacitación y consolidación de acuerdos intersectoriales, los resultados del análisis sugieren que las condiciones necesarias para su puesta en marcha son alcanzables dentro del contexto territorial estudiado.

En consecuencia, la factibilidad identificada constituye un elemento adicional que respalda la pertinencia y potencial aplicación del MOGESIT como estrategia para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas.

4.3.5 Valoración integral de la propuesta de transformación

La construcción de propuestas de transformación en el ámbito de la gestión sanitaria implica un desafío que trasciende el diseño de soluciones teóricas. Su verdadero valor radica en la capacidad de responder de manera efectiva a problemas reales, considerando las particularidades del contexto donde se pretende intervenir y las condiciones que determinan su posible implementación. En este sentido, la valoración integral del Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT) permite analizar de manera conjunta los resultados obtenidos durante el proceso de validación y determinar el alcance de su contribución frente a la problemática investigada.

Los hallazgos obtenidos durante el diagnóstico evidenciaron que la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha se encuentra condicionada por factores estructurales que afectan la coordinación entre actores, la planificación territorial, la utilización de recursos y la incorporación de las comunidades dentro de los procesos de gestión sanitaria. Estas limitaciones no responden exclusivamente a la falta de recursos o infraestructura, sino a la ausencia de mecanismos permanentes que permitan integrar las capacidades existentes bajo una visión territorial compartida.

A partir de esta comprensión, la propuesta desarrollada se orientó a intervenir precisamente sobre aquellos elementos identificados como críticos dentro del sistema actual. La creación del Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural busca fortalecer la coordinación estratégica entre instituciones y comunidades; el Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural permite transformar información dispersa en evidencia para la toma de decisiones; el Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial incorpora mecanismos para optimizar recursos y reducir duplicidades; el Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia

Sanitaria fortalece la participación activa de las comunidades; y los Equipos Interculturales de Respuesta Epidemiológica permiten traducir la planificación en acciones concretas sobre el territorio.

Esta relación directa entre las debilidades identificadas y los componentes diseñados constituye uno de los principales elementos que sustentan la pertinencia de la propuesta. La coherencia observada entre el diagnóstico, los objetivos de investigación, los resultados obtenidos y la estructura del modelo permite afirmar que la propuesta mantiene una lógica interna consistente y responde de manera específica al problema planteado.

Los resultados de la validación mediante juicio de expertos fortalecen esta apreciación. La alta valoración obtenida en criterios como pertinencia, coherencia, innovación e impacto potencial refleja un consenso favorable respecto a la calidad técnica de la propuesta y a su capacidad para generar mejoras en la gestión sanitaria territorial. Particularmente significativa resulta la valoración obtenida en el criterio de innovación, debido a que confirma que el modelo incorpora mecanismos diferenciadores respecto a las prácticas tradicionales de gestión sanitaria, especialmente en lo relacionado con la integración de inteligencia epidemiológica territorial, planificación presupuestaria coordinada y participación comunitaria vinculante.

Por otra parte, el análisis de factibilidad permitió identificar condiciones favorables para su implementación dentro del contexto estudiado. La propuesta aprovecha capacidades institucionales ya existentes, se ajusta al marco normativo vigente y prioriza la coordinación de recursos antes que la creación de estructuras paralelas de alto costo. Estas características incrementan considerablemente las posibilidades de aplicación práctica del modelo y fortalecen su sostenibilidad potencial.

Uno de los aspectos más relevantes de la valoración integral corresponde al enfoque intercultural incorporado en la propuesta. A diferencia de otros modelos de gestión sanitaria que abordan la interculturalidad como un componente complementario o exclusivamente discursivo, el MOGESIT la incorpora como un eje transversal que

influye en los procesos de vigilancia, planificación, toma de decisiones y evaluación. Esta característica resulta particularmente importante en un territorio donde la población indígena constituye un actor central dentro de la dinámica social y sanitaria.

Asimismo, la propuesta introduce una visión innovadora de la planificación territorial al incorporar el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica (ITVE) como herramienta para la priorización objetiva de intervenciones y recursos. Este mecanismo permite reducir la discrecionalidad en la toma de decisiones, fortalecer la transparencia institucional y orientar las inversiones hacia comunidades con mayores necesidades, contribuyendo a mejorar la equidad territorial.

Desde una perspectiva estratégica, el principal aporte del modelo no radica únicamente en la creación de nuevos espacios de coordinación o herramientas técnicas, sino en la construcción de un sistema integrado de gobernanza sanitaria capaz de articular información, recursos, actores y procesos dentro de una misma lógica de gestión territorial. Esta articulación constituye una respuesta directa a la fragmentación identificada durante la investigación y representa una oportunidad para fortalecer la capacidad institucional frente a escenarios epidemiológicos complejos.

No obstante, es importante reconocer que la efectividad definitiva del modelo solo podrá ser comprobada mediante procesos posteriores de implementación, monitoreo y evaluación en condiciones reales. Como toda propuesta de transformación, su desempeño dependerá de factores relacionados con el compromiso institucional, la continuidad de los procesos de coordinación, la disponibilidad de recursos y la participación activa de las comunidades. Sin embargo, los resultados obtenidos durante el proceso de validación permiten afirmar que el modelo reúne condiciones suficientes de pertinencia, coherencia, factibilidad y potencial transformador para ser considerado una alternativa viable dentro del contexto objeto de estudio.

En consecuencia, la valoración integral realizada permite concluir que el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial constituye una propuesta técnicamente sólida, contextualizada y alineada con las necesidades identificadas durante la

investigación. Su diseño responde a las características particulares del territorio amazónico, fortalece los principios de gobernanza e interculturalidad y proporciona herramientas concretas para mejorar la planificación, coordinación y respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas. Por estas razones, el MOGESIT se configura como una alternativa con potencial para contribuir al fortalecimiento de la gestión sanitaria territorial, no solo en el cantón Taisha, sino también en otros contextos amazónicos que enfrentan desafíos similares.

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió analizar la capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, identificando factores estructurales, organizacionales y territoriales que condicionan la efectividad de las acciones desarrolladas por los diferentes actores involucrados en la gestión sanitaria. A partir de los resultados obtenidos, se establecen las siguientes conclusiones:

Primera. El análisis de los fundamentos teóricos, conceptuales, normativos e interculturales permitió determinar que la respuesta ante emergencias epidemiológicas en territorios amazónicos indígenas requiere una visión integral que articule gobernanza sanitaria, planificación territorial, vigilancia epidemiológica, participación comunitaria y pertinencia cultural. La literatura revisada evidencia que los modelos centralizados y exclusivamente biomédicos resultan insuficientes en contextos caracterizados por dispersión geográfica, diversidad cultural y limitaciones de acceso. Asimismo, el marco normativo nacional e internacional reconoce el derecho de los pueblos indígenas a participar en las decisiones relacionadas con su salud y a recibir intervenciones respetuosas de sus prácticas, conocimientos y formas de organización. Estos fundamentos sustentaron conceptualmente la construcción del modelo propuesto.

Segunda. La caracterización del estado actual de la respuesta sanitaria institucional en las comunidades indígenas del cantón Taisha durante el período 2023–2025 evidenció limitaciones operativas, organizativas, logísticas, institucionales y socioculturales que

afectan su efectividad. El 72 % de los participantes calificó la coordinación interinstitucional como insuficiente o muy insuficiente; el 60 % consideró inadecuados los tiempos de respuesta; el 70 % percibió una baja o muy baja pertinencia cultural de las intervenciones; y el 68 % manifestó un nivel reducido de confianza en el sistema de salud. Los hallazgos cualitativos confirmaron que estas dificultades se relacionan con la fragmentación institucional, las barreras de acceso territorial, la limitada integración de la información epidemiológica y comunitaria y la escasa participación de los actores indígenas en la planificación y toma de decisiones.

Tercera. A partir de los fundamentos analizados y de las necesidades identificadas se elaboró el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), orientado a fortalecer la articulación entre actores comunitarios, institucionales y gubernamentales. El modelo se estructura mediante una instancia central de dirección estratégica, representada por el Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural, y cinco subsistemas funcionales relacionados con inteligencia epidemiológica, planificación y financiamiento territorial, participación y vigilancia comunitaria, respuesta operativa y mejora continua. Entre sus principales aportes se encuentran el Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural, el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica y los mecanismos de planificación integrada, concebidos para mejorar la priorización territorial, la coordinación de recursos y la oportunidad de las intervenciones.

Cuarta. La valoración del MOGESIT mediante el juicio de ocho expertos y el análisis de factibilidad permitió establecer una apreciación favorable de su pertinencia, coherencia, innovación, sostenibilidad y aplicabilidad. El modelo obtuvo un promedio general de 4,75 sobre 5, equivalente a una valoración positiva del 95 %. Los criterios mejor evaluados fueron pertinencia e innovación, mientras que la factibilidad y la sostenibilidad, aunque alcanzaron resultados favorables, evidenciaron la necesidad de fortalecer el respaldo normativo, los compromisos interinstitucionales, la capacitación de los actores comunitarios y los mecanismos de financiamiento y seguimiento. El análisis realizado permite considerar que la propuesta posee condiciones técnicas, institucionales y socioculturales favorables para una implementación progresiva.

Quinta. De manera integral, se concluye que el diseño del MOGESIT responde a la necesidad de superar la gestión fragmentada de las emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha y ofrece una alternativa contextualizada para articular información, actores, recursos y procesos de decisión. En consecuencia, el objetivo general de la investigación fue cumplido en el nivel de diseño y valoración de la propuesta. No obstante, debido a que el modelo no fue implementado durante el desarrollo de la investigación, sus efectos reales sobre los tiempos de respuesta, la coordinación institucional, la pertinencia cultural y la confianza comunitaria deberán comprobarse posteriormente mediante una aplicación piloto, monitoreo de indicadores y evaluación de resultados. Su posible adaptación a otros territorios amazónicos dependerá del análisis de las particularidades geográficas, institucionales y culturales de cada contexto.

RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista metodológico

Se recomienda que futuras investigaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión sanitaria en territorios amazónicos profundicen en la aplicación de diseños mixtos que permitan integrar de manera equilibrada la evidencia cuantitativa y cualitativa. La experiencia desarrollada en este estudio demostró que la comprensión de problemáticas complejas relacionadas con emergencias epidemiológicas requiere no solamente el análisis de indicadores sanitarios, sino también la incorporación de las percepciones, experiencias y conocimientos de los actores involucrados en el territorio.

Asimismo, se recomienda ampliar el alcance metodológico mediante estudios comparativos entre diferentes cantones amazónicos o territorios con características interculturales similares, con el propósito de identificar patrones comunes, factores diferenciadores y elementos transferibles que contribuyan al fortalecimiento de los modelos de gobernanza sanitaria territorial.

De igual manera, resulta pertinente promover investigaciones longitudinales que permitan evaluar la evolución de los procesos de coordinación institucional,

participación comunitaria y respuesta epidemiológica a lo largo del tiempo. Este tipo de estudios facilitaría la generación de evidencia más robusta sobre los efectos de las intervenciones implementadas y permitiría identificar factores que favorecen o limitan su sostenibilidad.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones incorporen procesos de validación mediante implementación piloto, permitiendo contrastar los resultados teóricos obtenidos con evidencia práctica generada en escenarios reales de aplicación. Esto contribuiría al perfeccionamiento progresivo de los modelos de gestión sanitaria orientados a contextos amazónicos e interculturales.

Desde el punto de vista académico

Se recomienda fortalecer la producción científica relacionada con gobernanza sanitaria territorial, interculturalidad aplicada a la gestión de salud y respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en contextos amazónicos, considerando que estos temas aún presentan un desarrollo limitado dentro de la literatura científica regional.

Igualmente, se considera importante promover la incorporación de enfoques interdisciplinarios en los programas de formación de cuarto nivel vinculados a salud pública, gerencia hospitalaria, gestión de riesgos y desarrollo territorial, debido a que las problemáticas sanitarias actuales demandan una comprensión integral de factores epidemiológicos, sociales, culturales, ambientales y organizacionales.

Se recomienda además fomentar espacios académicos que permitan la vinculación entre universidades, instituciones de salud, gobiernos autónomos descentralizados y organizaciones comunitarias, favoreciendo la generación de investigaciones aplicadas que respondan a necesidades concretas de los territorios y contribuyan a la formulación de políticas públicas basadas en evidencia.

De manera particular, se considera pertinente que futuras investigaciones profundicen en el estudio de herramientas innovadoras de inteligencia sanitaria territorial, sistemas de alerta temprana, georreferenciación epidemiológica y modelos de priorización de

recursos, debido al potencial que estas herramientas poseen para fortalecer la toma de decisiones en contextos caracterizados por alta vulnerabilidad y limitaciones de acceso.

Asimismo, se recomienda continuar desarrollando estudios relacionados con la integración de los saberes comunitarios y los enfoques interculturales dentro de los sistemas de gestión sanitaria, contribuyendo a generar modelos más inclusivos, pertinentes y adaptados a las realidades de los pueblos indígenas amazónicos.

Recomendaciones prácticas

Se recomienda a las instituciones responsables de la gestión sanitaria en el cantón Taisha fortalecer los mecanismos permanentes de coordinación interinstitucional, promoviendo espacios de planificación conjunta que permitan optimizar recursos, evitar duplicidades y mejorar la cobertura de las intervenciones desarrolladas en territorio.

A la Dirección Provincial de Salud de Morona Santiago y a los diferentes niveles operativos del Ministerio de Salud Pública se recomienda fortalecer progresivamente los sistemas de análisis territorial de información epidemiológica, incorporando herramientas de georreferenciación, monitoreo de riesgos y generación de alertas tempranas que contribuyan a mejorar la capacidad de anticipación frente a eventos epidemiológicos.

A los gobiernos autónomos descentralizados provinciales, municipales y parroquiales se recomienda consolidar mecanismos de articulación con el sector salud, incorporando criterios sanitarios dentro de los procesos de planificación territorial y priorización de inversiones, especialmente en aspectos relacionados con agua segura, saneamiento, conectividad y gestión de riesgos.

Se recomienda promover la participación activa de las comunidades indígenas dentro de los procesos de vigilancia, planificación y evaluación de las acciones sanitarias, fortaleciendo mecanismos de corresponsabilidad que permitan mejorar la legitimidad y sostenibilidad de las intervenciones desarrolladas.

Asimismo, se recomienda valorar la implementación progresiva de los componentes propuestos en el Modelo de Gobernanza Sanitaria Intercultural y Territorial (MOGESIT), iniciando por aquellos relacionados con la coordinación interinstitucional, la consolidación de información territorial y la planificación integrada de intervenciones sanitarias. Esta implementación gradual permitiría generar aprendizajes institucionales, ajustar procedimientos y fortalecer las capacidades locales antes de avanzar hacia niveles más complejos de desarrollo del modelo.

Finalmente, se recomienda que las instituciones involucradas consideren la utilización de criterios objetivos de priorización territorial, como los propuestos mediante el Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica, con el fin de fortalecer la transparencia, equidad y eficiencia en la asignación de recursos destinados a la prevención y respuesta ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas.

BIBLIOGRAFÍA

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners, 35*(4), 216–224.

Asamblea Nacional Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2002). *Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Registro Oficial No. 670.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud*. Registro Oficial Suplemento No. 423.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3.ª ed.). SAGE Publications.

Fassin, D. (2007). *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa*. University of California Press.

Flick, U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 8*(1), 185–207.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del Ecuador*. Ministerio de Salud Pública.

Organización Internacional del Trabajo. (1989). *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)*. Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *International Health Regulations (2005)* (3.ª ed.). World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. World Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública en grupos de población en situación de vulnerabilidad*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Guía de diálogos interculturales en salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.

Secretaría de Gestión de Riesgos. (2017). *Manual del Comité de Operaciones de Emergencia*. Secretaría de Gestión de Riesgos.

Secretaría de Gestión de Riesgos. (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante Desastres: RESPONDE Ec*. Secretaría de Gestión de Riesgos.

Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso de salud*. Lugar Editorial.

United Nations. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. United Nations.

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations.

Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar / Abya-Yala.

Casanova, A. O., Marchon-Silva, V., Suárez-Mutis, M., Cunha, M. L. S., Souza, M. S., Peiter, P. C., Gomes, M. F., & Cruz, M. M. (2024). Vigilancia en salud entre los pueblos indígenas en el enfrentamiento a la COVID-19: una

revisión del alcance. *Ciência & Saúde Coletiva, 29*(12), e09392024. doi: 10.1590/1413-812320242912.09392024

Chicmana-Zapata, V., Arotoma-Rojas, I., Anza-Ramírez, C., Ford, J., Galappaththi, E. K., Pickering, K., Sacks, E., Togarepi, C., Perera, C. D., van Bavel, B., Hyams, K., Akugre, F. A., Nkalubo, J., Dharmasiri, I., Nakwafila, O., Mensah, A., Miranda, J. J., & Zavaleta-Cortijo, C. (2023). Justice implications of health and food security policies for Indigenous peoples facing COVID-19: A qualitative study and policy analysis in Peru. *Health Policy and Planning, 38*(Supplement_2), ii36–ii50. doi: 10.1093/heapol/czad051

Garza, M., & Abascal Miguel, L. (2025). Health disparities among indigenous populations in Latin America: A scoping review. *International Journal for Equity in Health, 24*, 119. doi: 10.1186/s12939-025-02495-2

Organización Mundial de la Salud. (2023). *The health of Indigenous Peoples: Resolution WHA76.16*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental. (2024). *Strategic action framework for strengthening community engagement and resilience to health emergencies in the WHO South-East Asia Region 2025–2029*. Organización Mundial de la Salud.

Pickering, K., Galappaththi, E. K., Ford, J. D., Singh, C., Zavaleta-Cortijo, C., Hyams, K., Miranda, J. J., Arotoma-Rojas, I., Togarepi, C., & Kaur, H. (2023). Indigenous peoples and the COVID-19 pandemic: A systematic scoping review. *Environmental Research Letters, 18*(3), 033001. doi: 10.1088/1748-9326/acb804

Samsamshariat, T., Madhivanan, P., Reyes Fernández Prada, A., Moya, E. M., Meza, G., Reinders, S., & Blas, M. M. (2023). Hear my voice: Understanding how community health workers in the Peruvian Amazon expanded their roles to

mitigate the impact of the COVID-19 pandemic through community-based participatory research. *BMJ Global Health, 8*(10), e012727. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012727

Segovia-Meza, G., Medina-Ibañez, A., Bartolo-Marchena, M., & Monteza-Facho, B. (2025). Investigación-acción en la construcción del modelo de gestión de cambio para fortalecer intervenciones sanitarias con enfoque intercultural, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 42*(2), 203–211. doi: 10.17843/rpmesp.2025.422.14134

Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory, 18*(4), 543–571. doi: 10.1093/jopart/mum032

Belrhiti, Z., Bigdeli, M., Lakhal, A., Dib, K., Zbiri, S., & Belabbes, S. (2024). Unravelling collaborative governance dynamics within healthcare networks: A scoping review. *Health Policy and Planning, 39*(4), 412–428. doi: 10.1093/heapol/czae005

Copeland, S., Hinrichs-Krapels, S., Fecondo, F., Ralon Santizo, E., Bal, R., & Comes, T. (2023). A resilience view on health system resilience: A scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Services Research, 23*, 1297. doi: 10.1186/s12913-023-10022-8

De Savigny, D., & Adam, T. (Eds.). (2009). *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.

Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory, 22*(1), 1–29. doi: 10.1093/jopart/mur011

Organización Mundial de la Salud. (2024a). *WHO competency framework, risk communication and community engagement: For stronger and more inclusive health emergency programmes*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2024b). *Strategic action framework for strengthening community engagement and resilience to health emergencies in the WHO South-East Asia Region 2025–2029*. World Health Organization.

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ, 323*(7313), 625–628. doi: 10.1136/bmj.323.7313.625

Samsamshariat, T., Madhivanan, P., Reyes Fernández Prada, A., Moya, E. M., Meza, G., Reinders, S., & Blas, M. M. (2023). Hear my voice: Understanding how community health workers in the Peruvian Amazon expanded their roles to mitigate the impact of the COVID-19 pandemic through community-based participatory research. *BMJ Global Health, 8*(10), e012727. doi: 10.1136/bmjgh-2023-012727

Segovia-Meza, G., Medina-Ibañez, A., Bartolo-Marchena, M., & Monteza-Facho, B. (2025). Investigación-acción en la construcción del modelo de gestión de cambio para fortalecer intervenciones sanitarias con enfoque intercultural, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 42*(2), 203–211. doi: 10.17843/rpmesp.2025.422.14134

Vidal-Cuellar, C. L., Chicmana-Zapata, V., Arotoma-Rojas, I., Meza, G., Ford, J. D., Rodríguez Ferruchi, H., et al. (2024). Pathways to strengthen the climate resilience of health systems in the Peruvian Amazon by working with Indigenous leaders, communities and health officers. *BMJ Global Health, 8*(Suppl. 3), e014391. doi: 10.1136/bmjgh-2023-014391

Zimmermann, J., McKee, C., Karanikolos, M., Cylus, J., & OECD Health Division. (2024). *Strengthening health systems: A practical handbook for resilience testing*. World Health Organization Regional Office for Europe and OECD Publishing.

Zavaleta-Cortijo, C., Ford, J. D., Galappaththi, E. K., Namanya, D. B., et al. (2023). Indigenous knowledge, community resilience, and health emergency preparedness. *The Lancet Planetary Health, 7*(8), e641–e643. doi: 10.1016/S2542-5196(23)00140-7

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de congruencia científica metodológica

Elemento	Descripción
Tema	Modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago.
Problema de investigación	Limitada capacidad de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas amazónicas, asociada a debilidades de coordinación, planificación territorial, pertinencia intercultural y articulación de recursos.
Pregunta científica	¿Cómo contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas mediante un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial en las comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago, a partir de las limitaciones identificadas durante el período 2023–2025?
Objetivo general	Diseñar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial que contribuya al fortalecimiento de la capacidad institucional de respuesta ante emergencias epidemiológicas, mediante la articulación de actores comunitarios, institucionales y gubernamentales, en las comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago, a partir del análisis del período 2023–2025.

Hipótesis	El diseño de un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial, fundamentado en evidencia, participación comunitaria y articulación interinstitucional, constituye una propuesta pertinente, factible y aplicable para contribuir al fortalecimiento de la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en las comunidades indígenas del cantón Taisha.

Fuente: Elaboración propia a partir de los elementos científicos y metodológicos de la investigación.

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada

Objetivo del instrumento:

Recoger percepciones y experiencias de actores institucionales sobre la capacidad de respuesta ante emergencias epidemiológicas, coordinación interinstitucional, pertinencia cultural y viabilidad de un modelo de gobernanza sanitaria territorial.

Preguntas:

1. ¿Cómo describiría la capacidad actual de respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en el cantón Taisha?
2. ¿Qué limitaciones logísticas, técnicas o institucionales dificultan una respuesta oportuna?
3. ¿Cómo valora la coordinación actual entre MSP, GAD, comunidades y otros actores territoriales?
4. ¿Considera que las intervenciones sanitarias incorporan adecuadamente el enfoque intercultural?
5. ¿Qué papel deberían tener las comunidades indígenas en la vigilancia y respuesta ante emergencias epidemiológicas?
6. ¿Qué mecanismos permitirían evitar duplicidades o vacíos en la planificación de recursos?

7. ¿Qué elementos debería incluir un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial?
8. ¿Qué condiciones serían necesarias para implementar progresivamente el MOGESIT?

Anexo 3. Guía de grupo focal comunitario

Objetivo del instrumento:

Identificar percepciones colectivas de miembros comunitarios sobre atención sanitaria, confianza institucional, barreras culturales y participación en procesos de vigilancia y respuesta.

Preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo ha sido la experiencia de la comunidad cuando ocurre una emergencia sanitaria?
2. ¿Qué dificultades existen para recibir atención oportuna?
3. ¿La comunidad siente confianza hacia las instituciones de salud? ¿Por qué?
4. ¿Las acciones de salud respetan las formas de vida, organización y saberes de la comunidad?
5. ¿Qué deberían mejorar las instituciones cuando llegan al territorio?
6. ¿Qué papel podrían cumplir los líderes comunitarios en la vigilancia de enfermedades?
7. ¿La comunidad estaría dispuesta a participar en un sistema de alerta temprana y vigilancia sanitaria?
8. ¿Qué recomendaciones daría la comunidad para mejorar la respuesta ante emergencias?

Anexo 4. Cuestionario estructurado

Escala:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Ítem	**Afirmación**	**Escala**
1	La coordinación entre instituciones ante emergencias epidemiológicas es adecuada.	1 2 3 4 5
2	Los tiempos de respuesta ante emergencias sanitarias son oportunos.	1 2 3 4 5
3	Las intervenciones sanitarias consideran la realidad cultural de las comunidades indígenas.	1 2 3 4 5
4	Existe confianza comunitaria hacia los servicios de salud.	1 2 3 4 5
5	Las comunidades participan activamente en la planificación de acciones sanitarias.	1 2 3 4 5
6	La falta de coordinación genera duplicidad de acciones o vacíos de cobertura.	1 2 3 4 5
7	Es necesario implementar un modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial.	1 2 3 4 5
8	La participación de líderes comunitarios mejoraría la respuesta ante emergencias.	1 2 3 4 5

9	La planificación integrada de recursos ayudaría a mejorar la cobertura sanitaria.	1 2 3 4 5
10	Un sistema de alertas tempranas comunitarias fortalecería la vigilancia epidemiológica.	1 2 3 4 5

Fuente: Instrumento de elaboración propia diseñado para la recolección de información cuantitativa de actores institucionales y representantes comunitarios.

Anexo 5. Consentimiento informado utilizado

Yo, _____, declaro haber sido informado/a sobre los objetivos de la investigación titulada: "Modelo de gobernanza sanitaria intercultural y territorial para fortalecer la respuesta institucional ante emergencias epidemiológicas en comunidades indígenas del cantón Taisha, Morona Santiago".

Entiendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme en cualquier momento y que la información proporcionada será utilizada únicamente con fines académicos, garantizando confidencialidad y anonimato.

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Anexo 6. Matriz de validación por expertos

Criterio	**Descripción**	**Escala 1–5**	**Observaciones**
Pertinencia	El modelo responde al problema identificado.		

Coherencia	Existe relación entre objetivos, resultados y propuesta.		
Factibilidad	El modelo puede implementarse progresivamente.		
Innovación	La propuesta aporta elementos nuevos a la gestión sanitaria.		
Sostenibilidad	El modelo puede mantenerse en el tiempo.		
Impacto potencial	Puede fortalecer la respuesta ante emergencias epidemiológicas.		

Fuente: Instrumento de elaboración propia diseñado para valorar la pertinencia, coherencia, factibilidad, innovación, sostenibilidad e impacto potencial del MOGESIT.

Anexo 7. Figuras explicativas del MOGESIT

Figura 1. Arquitectura general del MOGESIT

Consejo Territorial de Gobernanza Sanitaria Intercultural

↓

Centro Territorial de Inteligencia Epidemiológica e Intercultural

↓

Comité Técnico de Planificación y Financiamiento Territorial

↓

Sistema Comunitario de Participación y Vigilancia Sanitaria

↓

Equipos Interculturales de Respuesta Epidemiológica

↓

Sistema de Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua

Figura 2. Funcionamiento sistémico del MOGESIT

Comunidad

→ Vigilancia comunitaria

→ Inteligencia epidemiológica territorial

→ Toma de decisiones

→ Planificación y financiamiento

→ Respuesta operativa

→ Evaluación

→ Retroalimentación comunitaria

Figura 3. Ciclo de planificación y financiamiento territorial

CTIEI

→ ITVE

→ MAPIS

→ ATIS

→ SIFTS

→ Intervenciones coordinadas

→ Evaluación de resultados

→ Actualización de planificación

Figura 4. Construcción del Índice Territorial de Vulnerabilidad Epidemiológica

Incidencia epidemiológica

- Accesibilidad geográfica
- Cobertura de servicios de salud
- Agua segura y saneamiento
- Vulnerabilidad socioeconómica
- Riesgos ambientales

= ITVE

Figura 5. Proceso de activación de respuesta ante emergencia epidemiológica

Detección comunitaria

→ Reporte al SCPVS

→ Validación por CTIEI

→ Informe técnico

→ Decisión del CTGSI

→ Activación de EIRE

→ Intervención territorial

→ Evaluación por SMEMC

Anexo 8. Ficha de análisis documental

Documento revisado	**Institución emisora**	**Año**	**Contenido relevante**	**Relación con la tesis**
Constitución de la República del Ecuador	Estado ecuatoriano	2008	Derecho a la salud, plurinacionalidad, derechos colectivos	Sustento legal
Ley Orgánica de Salud	Asamblea Nacional	2006	Principios del sistema sanitario	Sustento normativo
MAIS-FCI	MSP	2012	Atención familiar, comunitaria e intercultural	Sustento técnico
Convenio 169 OIT	OIT	1989	Derechos de pueblos indígenas	Sustento intercultural
Declaración ONU sobre pueblos indígenas	ONU	2007	Autodeterminación y participación	Sustento internacional

Fuente: Instrumento de elaboración propia diseñado para sistematizar la información obtenida de las fuentes documentales revisadas.