



Estrategias integrales para el reclutamiento, retención y motivación del talento humano del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, gestión 2025.

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Benavides Salazar Bernarda Lizeth

ASESOR

Dra. Odalys Peñate López

México, 2025

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Benavides Salazar, Bernarda Lizeth. (2025). *Estrategias integrales para el reclutamiento, retención y motivación del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto* [Tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México - UIIX].



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría. No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen

El presente proyecto tiene como objetivo diseñar e implementar estrategias integrales que fortalezcan los procesos de reclutamiento, retención y motivación del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador. A partir de un diagnóstico institucional basado en encuestas aplicadas al personal médico, de enfermería y administrativo, se identificaron debilidades clave en los procesos de incorporación, oportunidades de desarrollo, ambiente laboral y reconocimiento profesional. Los resultados reflejaron una necesidad urgente de intervención estructural para mejorar la satisfacción laboral, disminuir la rotación de personal y fomentar el compromiso institucional. La propuesta resultante se fundamenta en la evidencia científica reciente y en experiencias exitosas documentadas a nivel internacional. Se estructura en fases que incluyen diagnóstico organizacional, rediseño del proceso de selección, fortalecimiento de la inducción, programas de capacitación continua, estrategias de bienestar laboral y mecanismos de reconocimiento. Además, se plantea un sistema de evaluación y sostenibilidad basado en indicadores medibles que aseguren el impacto a largo plazo. El proyecto aspira a convertirse en una herramienta de transformación que promueva un entorno laboral saludable, motivador y resiliente.

Palabras clave: Gestión del talento humano, motivación laboral, retención del personal, clima organizacional, estrategias integrales, salud pública, Hospital Básico de Manglaralto, bienestar institucional.

Abstract

This project aims to design and implement comprehensive strategies to strengthen the recruitment, retention, and motivation processes of human talent at the Manglaralto Basic Hospital, Ecuador. Based on an institutional diagnosis carried out through surveys applied to medical, nursing, and administrative personnel, key weaknesses were identified in onboarding processes, professional development opportunities, work environment, and institutional recognition. The results revealed an urgent need for structural intervention to improve job satisfaction, reduce staff turnover, and foster institutional commitment. The resulting proposal is grounded in recent scientific evidence and internationally documented successful experiences. It is structured in phases that include organizational diagnosis, redesign of the selection process, enhancement of induction practices, implementation of continuous training programs, promotion of workplace well-being, and establishment of recognition mechanisms. Additionally, it introduces a monitoring and sustainability system based on measurable indicators to ensure long-term impact. The project seeks to become a transformational tool that promotes a healthy, motivating, and resilient work environment.

Keywords: *Human talent management, job motivation, staff retention, organizational climate, comprehensive strategies, public health, Manglaralto Basic Hospital, institutional well-being.*

Agradecimientos

Dios es el pilar de mis principios, le agradezco porque ha permitido que yo pueda obtener este título a pesar de muchas palabras y situaciones desalentadoras, su amor infinito hacia mí logró que yo tenga la fuerza, sabiduría y constancia para poder culminar con éxito este paso más en mi vida.

Dedicatoria

Tengo dos padres maravillosos que Dios me dio, a ellos les dedico todo este año lleno de esfuerzo para poder cumplir esta meta. A mi madre a la que siempre he visto con sus cuadernos y esferos en medio del quehacer en el hogar y mientras cuidaba de mi, de ella siempre he admirado su constancia y determinación para obtener una nueva meta. A mi padre un hombre inteligente, soñador capaz de ver maravillas en donde otros solo ven algo simple, a mi padre admiro por su capacidad de resiliencia y su fuerza de siempre seguir adelante.

Dedicatorias

Índice general (en páginas independientes)

Contenido

Resumen	3
Abstract	4
Agradecimientos.....	5
Dedicatoria	6
Dedicatorias.....	7
Índice general (en páginas independientes).....	7
Índice de ilustraciones	10
Índice de gráficas.....	11
Índice de tablas.....	12
Introducción	13
Capítulo 1: Proyección de la Investigación	15
1.1 Línea de investigación y su ámbito de estudio.....	15
1.2 Planteamiento del problema	16
1.3 Formulación del problema	19
1.4 Justificación.....	20
1.5 Objeto de Estudio.....	21
1.6 Campo de Acción	22
1.7 Objetivo General y Específicos.....	23
1.7.1 Objetivo General.	23
1.7.2 Objetivos Específicos.	23
1.8 Hipótesis.....	24

1.9 Alcances Temático y Delimitación espacial y temporal.....	25
1.10 Delimitación espacial y temporal.....	25
Capítulo 2: Marco Teórico Referencial	27
2.1 Estado Del Arte	27
2.1.1 Experiencias en América Latina.....	27
2.1.2 Experiencias en Europa.....	28
2.1.3 Experiencias en Asia	29
2.1.4 Dificultades identificadas y brechas persistentes	31
2.2 Marco Teórico	32
2.3 Marco Conceptual	32
2.2.1 Fundamentos Teóricos de la Motivación y Gestión del Talento Humano.....	33
2.2.3 Jerarquía de Necesidades de Maslow	33
2.2.4 Teoría Bifactorial de Herzberg	34
2.2.5 Otras Teorías de Motivación Laboral Relevantes.....	35
2.2.6 Estrategias Contemporáneas para el Reclutamiento, Retención y Motivación en Entornos Hospitalarios	37
2.2.7 Reclutamiento Efectivo y Onboarding del Personal de Salud	37
2.2.9 Balance Trabajo-Vida y Flexibilidad Laboral	40
2.2.9 Liderazgo Transformacional y Apoyo Gerencial	42
2.2.10 Incentivos No Monetarios y Desarrollo Profesional	43
2.3 Marco Legal Y Normativo	47
2.3.1 Directrices y marcos normativos internacionales sobre talento humano en salud	47
Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos y Resultados de la Investigación	65
3.1 Matriz de Operacionalización de Variables	65
3.2 Enfoque y Diseño metodológico	67

3.3 Definición del enfoque, diseño de investigación de la tesis.....	67
3.4 Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos	67
3.5 Determinación de la muestra y su criterio de selección	69
3.7 Descripción del proceso de aplicación de los instrumentos	70
4.4 Análisis e interpretación de los resultados en los datos obtenidos	81
Capítulo 4: Propuesta de transformación	85
4.1 Fundamentación de propuesta de transformación	85
4.2 Estructura de la propuesta de transformación	86
4.3 Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación.....	90
Conclusiones	92
Recomendaciones	94
Bibliografía.....	95

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Encuesta	103
------------------------------	-----

Índice de gráficas

Gráfico 1. Resultados de la pregunta 1	72
Gráfico 2. ¿Está satisfecho con el proceso de inducción que recibió al ingresar a la institución?	73
Gráfico 3.. Resultados de la pregunta 3	74
Gráfico 4. Resultados de la pregunta 4	75
Gráfico 5. Resultados de la pregunta 5	76
Gráfico 6. Resultados de la pregunta 6	77
Gráfico 7. Resultados de la pregunta 7	78
Gráfico 8 Resultados de la pregunta 8	79
Gráfico 9 Resultados de la pregunta 9	80
Gráfico 10. Resultados de la pregunta 10	81

Índice de tablas

Tabla 1 Operacionalización de Variables	66
Tabla 2. Resultados de la pregunta 1.....	71
Tabla 3. Resultados de la pregunta 2.....	72
Tabla 4. Resultados de la pregunta 3.....	73
Tabla 5. Resultados de la pregunta 4.....	74
Tabla 6. Resultados de la pregunta 5.....	75
Tabla 7. Resultados de la pregunta 6.....	76
Tabla 8. Resultados de la pregunta 7.....	77
Tabla 9. Resultados de la pregunta 8.....	78
Tabla 10. Resultados de la pregunta 9.....	79
Tabla 11. Resultados de la pregunta 10.....	80
Tabla 12 Fase 1: Diagnóstico Interno y Sensibilización.....	87
Tabla 13 Mejora del Reclutamiento e Inducción.....	87
Tabla 14 Desarrollo Profesional y Reconocimiento	89
Tabla 15 Clima Organizacional y Bienestar.....	89
Tabla 16 Validación.....	91

Introducción

El éxito de cualquier sistema de salud depende en gran medida del talento humano que lo sustenta. La disponibilidad, estabilidad y motivación del personal médico, de enfermería y administrativo son factores decisivos para garantizar la calidad, continuidad y eficiencia de los servicios de salud (Russell et al., 2021). En contextos rurales y de difícil acceso, como el del Hospital Básico de Manglaralto, estos elementos adquieren una relevancia aún mayor, pues la población beneficiaria depende casi exclusivamente de estos centros para satisfacer sus necesidades de atención médica.

En los últimos años, el debate sobre la gestión del talento humano en salud ha cobrado protagonismo debido a las crecientes dificultades que enfrentan los sistemas sanitarios para atraer y retener personal cualificado, especialmente en regiones periféricas. La Organización Mundial de la Salud (2020) proyecta que para el año 2030 habrá un déficit global de más de 18 millones de trabajadores sanitarios, afectando de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medios (WHO, 2020). Esto plantea un reto estructural: ¿cómo diseñar estrategias sostenibles que no solo capten profesionales, sino que los motiven a quedarse y crecer dentro de sus instituciones?

Numerosos estudios han documentado los factores que inciden en la permanencia del personal en zonas rurales. La falta de oportunidades de desarrollo profesional, las condiciones laborales adversas, la ausencia de incentivos económicos y emocionales, y la débil infraestructura institucional se encuentran entre los motivos más comunes de rotación (Okoroafor et al., 2021). Además, se ha evidenciado que las políticas públicas que abordan únicamente el aspecto contractual, sin contemplar la motivación intrínseca ni el clima organizacional, tienen poco efecto en la retención a largo plazo (Ajuebor et al., 2020)

El Hospital Básico de Manglaralto no está exento de esta realidad. Como unidad operativa ubicada en una zona costera rural del Ecuador, enfrenta un desafío continuo para mantener equipos estables y comprometidos. El alto índice de rotación de personal, las dificultades para atraer médicos especialistas, la carencia de espacios formativos continuos y la sobrecarga laboral son síntomas de una problemática más profunda, que compromete tanto la calidad de los servicios como la satisfacción del usuario y del propio trabajador.

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

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

El tercer capítulo dedicado a los fundamentos metodológicos y resultados de investigación , detallando el proceso de operacionalización de variables , el enfoque metodológico asumido, el diseño utilizado y el tipo de investigación, todo ello en relación con los métodos teóricos y empíricos asumidos, donde se relacionan las técnicas y los instrumentos de recolección de datos para su respectiva aplicación desde la población y la muestra seleccionada, finalmente se detallan los resultados alcanzados.

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

Capítulo 1: Proyección de la Investigación

1.1 Línea de investigación y su ámbito de estudio

El presente trabajo se inscribe dentro de la **Línea: Liderazgo y Gestión del Talento en Hospitales**, específicamente en el ámbito de estudio que aborda las *estrategias para el reclutamiento, retención y motivación del personal médico y administrativo*.

Esta línea se enfoca en la gestión del talento humano como pilar estratégico para el funcionamiento eficiente de las instituciones hospitalarias, reconociendo que el personal de salud representa no solo un recurso operativo, sino el motor de la calidad asistencial y del clima organizacional. La presente investigación pretende contribuir con el diseño de estrategias integrales que respondan a las necesidades reales del personal médico y administrativo del Hospital Básico de Manglaralto, un centro rural donde la alta rotación y la baja permanencia constituyen un desafío estructural.

El proyecto también incorpora elementos complementarios de liderazgo y desarrollo profesional, alineados con el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad organizacional. La propuesta no solo busca reducir la rotación del talento humano, sino generar condiciones que fomenten la motivación intrínseca, la estabilidad laboral y el compromiso del personal con los objetivos del hospital.

1.2 Planteamiento del problema

El Hospital Básico de Manglaralto enfrenta una crónica escasez de personal médico debido a la alta rotación de médicos generales y rurales. En Ecuador, los médicos recién graduados deben cumplir un año de servicio social rural obligatorio (la llamada “*medicatura rural*”), tras lo cual suelen abandonar el puesto sin opciones de permanencia a largo plazo. (Romero, 2024) documentan que el programa de servicio rural –vigente desde 1970– carece de monitoreo adecuado: dos de cada tres médicos rurales asignados terminan en hospitales de segundo nivel, y sólo uno de cada cinco en centros de atención primaria, concentrándose muchos en áreas urbanas en lugar de las comunidades remotas que debían servir (Romero, 2024). Esta dinámica genera que cada año prácticamente todo el personal médico cambie, interrumpiendo la continuidad del servicio. La situación se agrava porque el Hospital Básico recurre al personal rotativo proveniente del centro de salud local para cubrir turnos, lo que evidencia la insuficiencia de médicos fijos. Esta inestabilidad operativa se debe, en parte, a que los nuevos médicos –por las condiciones ofrecidas– prefieren otras plazas o no renuevan su compromiso tras el año obligatorio.

Un factor crítico es la diferencia en las condiciones de trabajo entre el centro de salud y el hospital. En el centro, los médicos laboran en un horario diurno fijo (8:00–16:00), mientras que en el hospital deben cubrir guardias de 24 horas, turnos que duplican o triplican el esfuerzo físico y mental. La literatura coincide en que las largas jornadas continuas y la sobrecarga conducen al agotamiento profesional y disminuyen la permanencia laboral (Schaefer et al., 2021). Schaefer et al., 2021 muestran que en un hospital rural de Sudáfrica los médicos trabajaban hasta 60 horas semanales con guardias de 24 h, causando agotamiento en hasta un 80% de ellos. Al ofrecerles opciones de trabajo flexibles –por ejemplo, convertir plazas de tiempo completo en plazas de medio tiempo– se logró mayor estabilidad, empatía y resiliencia en el equipo médico: “reducir las horas de trabajo y crear opciones flexibles” fue clave para retener médicos competentes. Un estudio en Uganda encontró que entre los factores del sistema de salud asociados a la retención estaban “jornada laboral normal”, apoyo del equipo, respeto mutuo y disponibilidad de incentivos, mientras que factores profesionales como satisfacción en el trabajo, motivación, oportunidades de ascenso y capacitación continua también promovían la permanencia (Twineamatsiko et al., 2023). Esto sugiere que la existencia de un horario predecible (vs.

guardias extensas) y condiciones laborales dignas son determinantes para que los médicos elijan quedarse en el hospital.

Según Jinah et al. (2024), las estrategias más prometedoras para retener médicos incluyen incentivos económicos, desarrollo profesional y mejoras en las condiciones laborales (Jinah et al., 2024). En contextos de recursos limitados se enfatiza el diseño de esquemas integrales ajustados a las necesidades locales. Por ejemplo, ofrecer desarrollo de carrera (capacitación y ascensos), reconocimiento social y mayor seguridad laboral aumenta la motivación intrínseca y la lealtad institucional. Desde el nivel de políticas, la Organización Mundial de la Salud y la OPS recomiendan fortalecer los equipos de salud rurales mediante “condiciones de trabajo decentes” (salarios adecuados, infraestructura y seguridad), así como incentivos especiales para zonas remotas. A nivel regional, la OPS reporta que la migración de personal sanitario se explica por salarios bajos, falta de oportunidades de crecimiento y peores condiciones en los países de origen, frente a condiciones más atractivas en el extranjero (PAHO, 2025). Esto refleja que, en el sector salud latinoamericano, resulta urgente alinear las políticas nacionales (ej. leyes de salud, regulaciones de servicio social) con estándares de trabajo digno y capacitación continua. En Ecuador, aunque el servicio social es obligatorio, la ausencia de una gestión adecuada de ese recurso humano –y de incentivos adicionales– debilita su impacto a largo plazo.

El problema central radica en que el Hospital Básico de Manglaralto no logra atraer ni retener médicos suficientes, debido a que sus condiciones laborales (horarios prolongados, falta de beneficios, alta rotación de servicios sociales) son menos competitivas que las de otros puestos médicos (por ejemplo, centros de salud con horario diurno). Esto se ve agravado por estructuras institucionales rígidas y falta de incentivos.

Durante el período 2020–2025, el Hospital Básico de Manglaralto, ubicado en una zona rural de la provincia de Santa Elena, ha enfrentado dificultades persistentes en la conformación y sostenibilidad de su equipo humano, especialmente en las áreas médica, de enfermería y administrativa. Entre las problemáticas observadas se encuentran la alta rotación del personal, la escasa permanencia de médicos rurales tras su año de servicio social obligatorio, las marcadas diferencias en condiciones laborales entre el hospital y el centro de salud del mismo cantón, y la falta de incentivos que promuevan la estabilidad profesional.

Estas condiciones han derivado en una situación crítica para la operatividad institucional, donde la cobertura de turnos se vuelve inestable, el clima organizacional se ve afectado por la sobrecarga laboral y disminuye la motivación del personal. Además, este escenario impacta negativamente en la continuidad de los servicios y en el derecho de la población a una atención de calidad, especialmente en un entorno rural donde el acceso oportuno a servicios médicos depende en gran medida de la disponibilidad de personal capacitado y comprometido.

Dada esta realidad, se evidencia la necesidad de diseñar e implementar una propuesta transformadora que no solo permita reclutar personal competente, sino que también fortalezca su permanencia y motivación, alineándose con las necesidades locales y las recomendaciones de organismos internacionales sobre la gestión del talento humano en salud.

1.3 Formulación del problema:

¿Cómo fortalecer el reclutamiento, retención y motivación del talento humano del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, 2025?

1.4 Justificación

Esta investigación se justifica por su relevancia práctica, social, académica e institucional en el contexto del Hospital Básico de Manglaralto, una unidad de salud situada en una zona rural del Ecuador que enfrenta múltiples desafíos para mantener una dotación adecuada y estable de personal médico y administrativo. La gestión eficiente del talento humano se ha consolidado como un pilar esencial para garantizar la calidad de la atención en entornos hospitalarios, especialmente en contextos rurales donde los recursos son limitados y la rotación de personal es frecuente (Romero, 2024).

Diversas investigaciones internacionales han demostrado que los hospitales que adoptan planes estructurados para atraer y mantener talento humano logran reducir significativamente la rotación laboral, optimizar sus procesos operativos y disminuir los costos asociados a la formación y reemplazo de personal. Por ejemplo, estudios como el de (Mitosis et al., 2021) destacan que la gestión estratégica del talento, basada en el desarrollo profesional y la motivación intrínseca, se relaciona con mejoras sustanciales en el desempeño organizacional y la retención del personal en el sector salud. De igual manera, (Russell et al., 2021) señalan que los programas orientados a la estabilidad laboral en áreas rurales –como incentivos económicos, oportunidades de capacitación continua y apoyo institucional– son determinantes para mantener una dotación sostenible y comprometida (Russell et al., 2021).

El caso del Hospital Básico de Manglaralto presenta características que hacen aún más necesaria esta investigación. La alta dependencia de médicos rurales que rotan anualmente por su año de servicio social, las diferencias de horarios entre el hospital y el centro de salud (lo cual genera preferencias y migración interna de personal), así como la percepción de condiciones laborales menos favorables en comparación con otras instituciones, han ocasionado vacíos periódicos en la cobertura médica y administrativa. Estas condiciones limitan la capacidad del hospital para brindar una atención continua y de calidad, afectando no solo al personal sino también a los usuarios y a la comunidad en general (Russell et al., 2021).

Desde una perspectiva social, el fortalecimiento del talento humano en el hospital impacta directamente en la calidad percibida del servicio, la confianza de la comunidad y la

continuidad del cuidado. Cuando los pacientes son atendidos por personal estable y motivado, se favorece la construcción de relaciones duraderas que mejoran la comunicación, el seguimiento de tratamientos y los resultados en salud. Esta perspectiva es respaldada por estudios como los de (Veenstra et al., 2022), quienes evidencian que el comportamiento motivado del personal de salud está vinculado con una mejor calidad asistencial y una mayor adherencia del paciente a las recomendaciones médicas.

Académicamente, el presente estudio representa un aporte significativo al campo de la gerencia hospitalaria al documentar, desde una realidad concreta, los factores que inciden en la atracción y permanencia del talento humano en un entorno rural. La evidencia recopilada permitirá diseñar propuestas viables que podrían ser replicadas en hospitales con características similares en otras regiones de Latinoamérica. Además, refuerza el vínculo entre teoría y práctica, alineando los hallazgos empíricos con los marcos conceptuales y normativos actuales en salud pública.

Desde el enfoque institucional, esta investigación permitirá al Hospital Básico de Manglaralto alinear sus procesos internos con las políticas nacionales e internacionales en salud, que promueven la equidad, la sostenibilidad del personal y el fortalecimiento de la atención primaria en territorios apartados. De (De Vries et al., 2023a) destacan que mantener el poder institucional mediante una gestión estratégica del recurso humano mejora no solo la operatividad del sistema, sino también la resiliencia frente a crisis sanitarias.

La presente investigación no solo responde a una necesidad local urgente, sino que también se inserta en una problemática de relevancia regional y global: cómo atraer, mantener y motivar a los profesionales de la salud en contextos donde más se los necesita, garantizando así el derecho a una atención médica continua, digna y de calidad.

1.5 Objeto de Estudio

El objeto de estudio de la presente investigación es la gestión del talento humano en el ámbito hospitalario, específicamente en lo que respecta a los procesos de reclutamiento, retención y motivación del personal médico, de enfermería y administrativo. Esta gestión comprende un conjunto de prácticas institucionales orientadas a asegurar la estabilidad, el bienestar y el compromiso del recurso humano, con el fin de optimizar la calidad y continuidad

de los servicios de salud. La investigación se centra en analizar estos procesos dentro del Hospital Básico de Manglaralto, buscando comprender sus limitaciones actuales y proponer estrategias integrales que respondan al contexto rural y las dinámicas propias de un hospital de segundo nivel en Ecuador.

1.6 Campo de Acción

El campo de acción de esta investigación corresponde a la gestión institucional del talento humano en hospitales públicos, con un enfoque aplicado en el Hospital Básico de Manglaralto. Abarca las políticas y prácticas relacionadas con la incorporación de personal, la mejora de las condiciones laborales, la promoción del desarrollo profesional, y la implementación de mecanismos de reconocimiento y bienestar. Este campo de acción se desarrolla desde una perspectiva de gerencia hospitalaria, y tiene como finalidad fortalecer la capacidad organizacional para atraer y mantener un equipo de trabajo competente, estable y motivado, especialmente en contextos rurales donde las condiciones son más adversas y los desafíos estructurales más marcados.

1.7 Objetivo General y Específicos

1.7.1 Objetivo General.

Proponer estrategias integrales que fortalezcan el reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, 2025

1.7.2 Objetivos Específicos.

Determinar los fundamentos teóricos referenciales de estrategias integrales en relación con el reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto

Caracterizar el estado actual del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto, con énfasis en los procesos de incorporación, permanencia y motivación, considerando tanto factores internos como externos.

Diseñar una propuesta de estrategias integradas que fortalezcan el reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo basadas en evidencias y experiencias exitosas, adaptadas al contexto institucional y territorial del hospital en el Hospital Básico de Manglaralto.

1.8 Hipótesis

La propuesta de estrategias integrales orientadas al ambiente laboral, desarrollo profesional continuo, estabilidad contractual, reconocimiento del personal fortalece el reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, 2025

1.9 Alcances Temático y Delimitación espacial y temporal

El presente estudio se enmarca dentro del ámbito de la **gestión del talento humano en salud**, específicamente en la identificación, análisis y propuesta de estrategias integrales orientadas al **reclutamiento, retención y motivación del personal médico y administrativo**. Desde un enfoque gerencial hospitalario, el trabajo se inscribe en la línea de investigación sobre *Liderazgo y Gestión del Talento en Hospitales*, definida por la Maestría en Gerencia Hospitalaria como un campo prioritario para el fortalecimiento institucional de los servicios de salud.

El **alcance temático** se concentra en comprender cómo diversos factores – organizacionales, motivacionales, estructurales y socioeconómicos– inciden en la permanencia o rotación del talento humano, así como en el desarrollo de un conjunto de acciones que permitan mejorar la estabilidad del personal. Este enfoque es respaldado por investigaciones recientes que subrayan el vínculo directo entre una gestión eficiente del personal y la sostenibilidad operativa del sistema sanitario (Mitosis et al., 2021). Así, el estudio no se limita a un análisis diagnóstico, sino que proyecta una propuesta transformadora aplicable al contexto institucional del hospital.

1.10 Delimitación espacial y temporal

En cuanto a la delimitación espacial, la investigación se desarrolla en el Hospital Básico de Manglaralto, ubicado en la provincia de Santa Elena, Ecuador. Esta unidad operativa de segundo nivel se caracteriza por atender a una población diversa, mayoritariamente rural, y por enfrentar desafíos recurrentes en cuanto a cobertura de personal debido a la alta rotación de médicos rurales, la migración interna entre instituciones del cantón y las condiciones laborales diferenciadas que afectan la permanencia del talento humano. El estudio se focaliza en esta realidad específica, pero con el propósito de generar insumos que puedan ser replicables en instituciones con características similares dentro del sistema de salud ecuatoriano o de la región latinoamericana.

La **delimitación temporal** de la investigación abarca el periodo comprendido entre **enero y marzo del 2025**, siendo este el marco en el cual se realiza la recolección de datos empíricos mediante encuestas aplicadas a personal médico y administrativo activo durante ese periodo, así como el análisis documental y bibliográfico.

Capítulo 2: Marco Teórico Referencial

El presente capítulo desarrolla el marco teórico y referencial de la investigación, orientado a contextualizar y fundamentar la problemática de reclutamiento, retención y motivación del talento humano en el ámbito hospitalario rural. Se parte del estado del arte, donde se recopilan experiencias internacionales y regionales sobre la distribución desigual del personal de salud y las estrategias aplicadas para enfrentar la escasez en áreas rurales. Asimismo, se abordan teorías clásicas y contemporáneas de la motivación laboral, conceptos asociados como satisfacción, burnout y clima organizacional, así como referentes normativos y legales tanto internacionales como ecuatorianos que enmarcan la gestión del talento humano. Este capítulo constituye la base conceptual que sustenta el análisis de la situación del Hospital Básico de Manglaralto y orienta el diseño de la propuesta de transformación social planteada en la investigación.

2.1 Estado Del Arte

En todo el mundo existe una **escasez crónica de personal sanitario** en áreas rurales, motivada por factores demográficos y estructurales. Por ejemplo, según la OMS, alrededor de la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, pero solo un tercio de los profesionales de la salud atiende estas áreas (Russo et al., 2023). En muchos países se combinan poblaciones envejecidas, mayor carga de enfermedades crónicas y éxodo de médicos jóvenes hacia las ciudades (Russo et al., 2023). Este desequilibrio genera “desiertos médicos” rurales con severa inequidad en el acceso. Para contrarrestarlo, se han propuesto diversas **estrategias globales**. Una revisión sistemática sugiere que las intervenciones educativas y regulatorias —por ejemplo, reclutar a estudiantes de zonas rurales y ofrecer formación médica rural prolongada— aumentan la retención (Russell et al., 2021). Del mismo modo, la OMS recomienda combinar incentivos financieros con medidas laborales y de apoyo comunitario para hacer atractiva la práctica rural (p. ej., mejora de infraestructura, vivienda, transporte) (Endalamaw et al., 2024).

2.1.1 Experiencias en América Latina

En Latinoamérica los estudios también identifican causas comunes: bajos salarios, pocas oportunidades de carrera y condiciones laborales deficientes en zonas rurales. En México, por ejemplo, se ha intentado ofrecer incentivos salariales a médicos para trabajar en hospitales

rurales a través de programas públicos (IMSS-Bienestar), pero estos resultaron insuficientes. Los médicos rechazaron las ofertas por sueldos modestos y malas condiciones, lo que llevó al país a contratar cientos de médicos extranjeros (sobre todo cubanos) para cubrir vacantes rurales (Ramonfaur & Gómez-Dantés, 2024). Esto generó controversia, ya que aproximadamente un 30% de los médicos mexicanos certificados no consiguen empleo local (Ramonfaur & Gómez-Dantés, 2024). Los autores sugieren que no basta con aumentar plazas, sino mejorar integralmente la asignación: optimizar sueldos, estabilidad laboral y condiciones generales (vivienda, seguridad) (Ramonfaur & Gómez-Dantés, 2024).

Otra experiencia relevante fue el programa brasileño “Mais Médicos” (2013-2018), que ofreció contratos de tres años en zonas desatendidas con médicos nacionales y extranjeros. Este programa redujo significativamente las áreas con escasez de médicos, pero dependió en gran parte de cooperación internacional (en especial médicos cubanos) (Pereira et al., 2016, pp. 2013-2014). Su éxito puntual indica que la asignación temporal de doctores externos puede paliar brechas, pero plantea dilemas de sustentabilidad. En conclusión, en América Latina se requieren modelos híbridos: combinar incentivos económicos (aumentos salariales, becas de estudio con compromiso de servicio rural) con desarrollo profesional local (programas de formación continua, mentoría) y mejoras en la gestión de talento. No obstante, persisten brechas: falta de seguimiento de estos programas, debilidad administrativa y escasa integración comunitaria que reduzca el aislamiento del personal rural (Endalamaw et al., 2024)

2.1.2 Experiencias en Europa

Aunque los sistemas de salud europeos tienen más recursos, enfrentan también mal distribución del personal. En las regiones periféricas (por ejemplo, el norte de Noruega) se implementaron **programas innovadores de formación médica en zonas rurales**. Un caso notable es el de Finnmark (Noruega), donde se adaptó la residencia médica para realizarla íntegramente en la región. Esto permitió que los residentes cursaran su especialidad sin alejarse de la comunidad, con tutorías presenciales periódicas y apoyo financiero estatal (se cubren viáticos y transporte) (Straume et al., 2019). Tras esta estrategia, la proporción de nuevos médicos que permanecen al menos cinco años en la zona es del 65% mucho mayor que antes del programa. En palabras de los autores, “la formación médica rural satisface principios modernos

de aprendizaje y ofrece excelentes condiciones para capacitarse”, al mismo tiempo que “permite a los profesionales y sus familias echar raíces en la comunidad” (Straume et al., 2019).

Más allá de casos puntuales, en Europa se reconoce una **“crisis compleja” del personal primario**: envejecimiento profesional, migración interna y externa, condiciones laborales estresantes y presupuestos limitados (Russo et al., 2023). Los modelos exitosos combinan incentivos financieros con estrategias organizativas. Por ejemplo, en el Reino Unido y otros países se experimenta con bonificaciones por zona rural, programas de devolución de préstamos estudiantiles y salario igualitario entre áreas urbanas y rurales (Russo et al., 2023). También se fomentan la estabilidad laboral (plazas fijas en hospitales locales) y mejoras en el entorno (equipamiento médico, guardias flexibles). Un hallazgo general es que **medidas enfocadas en la práctica profesional** (extensión de residencias en áreas rurales, desarrollo de “casas de salud” comunitarias, tutorías en sitio) resultan más sostenibles que las solamente coercitivas (Russell et al., 2021). Sin embargo, las brechas persisten: falta de datos sistemáticos de evaluación, dificultades de coordinación interinstitucional y, en algunos países, resistencia política a invertir en áreas poco pobladas.

2.1.3 Experiencias en Asia

En Asia se han realizado estudios detallados sobre **preferencias y motivadores** del personal rural. Un experimento de elección discreta en China con 1.744 enfermeras rurales halló que el **aumento salarial** era el factor individual más poderoso para retenerlas (Bao et al., 2023). Entre los incentivos no monetarios más valorados aparecieron relaciones positivas con la comunidad, puestos estatales con beneficios especiales (“bianzhi”) y oportunidades de capacitación continua (Bao et al., 2023). Esto coincide con estudios en otros países asiáticos: por ejemplo, un análisis en India detectó que la satisfacción laboral aumentaba con mejores salarios, reconocimiento institucional y claras opciones de promoción, mientras que la rotación se asociaba con frustraciones por la burocracia y la baja valoración profesional (Mehta et al., 2024).

En Tailandia (2025) se aplicó un diseño similar DCE a médicos, dentistas, farmacéuticos y equipos interdisciplinarios rurales. Se encontró que un **salario rural 40% más alto** que el urbano incrementaba en 4,2 veces la disposición a trabajar en zonas remotas (para médicos, odontólogos y farmacéuticos) (Phanthunane et al., 2025). Otros factores clave fueron facilitar vivienda adecuada, reducir la sobrecarga laboral y ofrecer posición laboral en la localidad de

origen. Curiosamente, la posibilidad de estudios futuros no influyó tanto como se pensaba (Phanthunane et al., 2025). En este estudio los encuestados calculaban un “precio” que estaban dispuestos a aceptar por trabajar horas extras en rural: alrededor de 8.000 baht para médicos y 7.700 baht para enfermeras por semana extra de trabajo (Phanthunane et al., 2025). En general, los investigadores concluyen que **los incentivos financieros y las condiciones de vida son determinantes** en Asia; en particular, se sugiere privilegiar aumentos salariales, facilidades habitacionales y ajustes laborales antes que enfoques punitivos de “retorno de servicio” (Phanthunane et al., 2025).

2.1.4 Dificultades identificadas y brechas persistentes

La literatura reciente en América Latina, Europa y Asia coincide en que las estrategias más exitosas son integrales: combinan incentivos económicos (salarios, bonificaciones), oportunidades profesionales (formación continua, desarrollo de carrera), mejoras en las condiciones de trabajo (infraestructura, tiempo libre, vivienda) y apoyo social (integración comunitaria, reconocimiento público) (Endalamaw et al., 2024). Los modelos que aplican programas de formación **en el propio entorno rural** (como residencias locales o pasantías rurales) y redes de tutores han mostrado resultados positivos en Noruega y Canadá, por ejemplo (Abelsen et al., 2020). Las brechas continúan: se requieren recursos sostenidos, voluntad política, coordinación intersectorial y sistemas de monitoreo para que los hospitales rurales (como el Hospital Básico de Manglaralto en Ecuador) puedan atraer, retener y motivar a su personal médico y administrativo de manera eficaz.

2.2 Marco Teórico

Los hospitales enfrentan hoy un desafío crítico para atraer y retener talento humano calificado – médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo – cuyo compromiso es fundamental para la calidad de la atención de salud. A nivel global existe una escasez creciente de profesionales de la salud, acentuada por el envejecimiento poblacional y el impacto de la pandemia de COVID-19 (De Vries et al., 2023b). En América Latina, por ejemplo, los sistemas sanitarios operan con importantes déficits de personal: México registra un 28% de escasez de médicos y 68% de enfermeras por debajo de lo requerido, generando sobrecarga laboral y burnout en el personal existente. Esta situación es especialmente preocupante en hospitales básicos y rurales (como el Hospital de Manglaralto en Ecuador) donde la limitada disponibilidad de profesionales puede comprometer la continuidad de los servicios (De Vries et al., 2023b).

2.3 Marco Conceptual

La rotación frecuente de personal sanitario conlleva pérdida de conocimiento institucional y deterioro en la calidad del cuidado; se ha observado que una alta rotación se asocia con menor satisfacción de los pacientes e incluso más eventos adversos como úlceras por presión o errores de medicación. Por el contrario, retener al personal médico y de enfermería mejora los resultados asistenciales, reduciendo la estancia hospitalaria y elevando la calidad de la atención brindada. Frente a estos retos, se vuelve imprescindible desarrollar estrategias integrales de reclutamiento, retención y motivación del talento humano en salud, apoyadas en un sólido marco teórico y evidencia reciente (Akmal et al., 2022).

Este marco teórico-conceptual abordará las teorías clásicas de la motivación laboral – desde la jerarquía de necesidades de Maslow hasta la teoría bifactorial de Herzberg – y las conectará con estrategias contemporáneas de gestión del talento en hospitales. Asimismo, se analizarán conceptos clave como la **satisfacción laboral**, el **engagement** (compromiso organizacional), el **clima laboral**, el **burnout** (síndrome de desgaste profesional), la **rotación de personal**, la **estabilidad en el empleo** y el **balance trabajo-vida**, articulando críticamente cómo estos elementos convergen en la gestión efectiva del personal de salud. Igualmente, se incorporarán hallazgos de investigaciones recientes (2019–2024) en distintos contextos geográficos – Latinoamérica (incluyendo México), Europa y Asia – que ofrecen lecciones sobre qué prácticas han resultado exitosas para atraer y fidelizar a los profesionales de la salud. El

lenguaje empleado buscará ser académico pero accesible, **humanizando** la discusión para destacar la importancia del factor humano en la gerencia hospitalaria (De Vries et al., 2023a).

2.2.1 Fundamentos Teóricos de la Motivación y Gestión del Talento Humano

Para comprender cómo motivar y retener al personal hospitalario, es necesario partir de las teorías clásicas de motivación laboral y gestión del talento, las cuales brindan un marco explicativo del comportamiento humano en el trabajo. Estas teorías ayudan a esclarecer qué necesitan los profesionales de la salud para sentirse satisfechos, comprometidos y dispuestos a permanecer en sus puestos, y orientan el diseño de estrategias de recursos humanos en el sector sanitario.

2.2.3 Jerarquía de Necesidades de Maslow

Una de las teorías más influyentes es la **Jerarquía de Necesidades** de Abraham Maslow (1954), que postula que los seres humanos están motivados por satisfacer cinco niveles de necesidades, desde las más básicas hasta las de autorrealización. Aplicada al contexto laboral hospitalario, la pirámide de Maslow sugiere que los profesionales primero requieren que se cubran sus **necesidades fisiológicas y de seguridad** – salarios suficientes, condiciones laborales seguras, estabilidad contractual – antes de poder enfocarse en niveles superiores como la **pertenencia** (buen ambiente de equipo, sentido de comunidad en el hospital), el **reconocimiento** (respeto, valoración de su trabajo) y la **autorrealización** (desarrollo profesional, logro de metas personales) (Akmal et al., 2022).

En otras palabras, un médico o enfermera difícilmente estará motivado para liderar iniciativas o innovar si siente que sus necesidades básicas (por ejemplo, un sueldo digno o un entorno seguro) no están garantizadas. Maslow también resalta el carácter secuencial de estas necesidades: las inferiores deben atenderse para que las superiores se activen; esto guarda paralelismo con estrategias de motivación en las cuales primero se buscan garantizar condiciones mínimas adecuadas (p.ej., carga de trabajo razonable, insumos disponibles) para luego fomentar motivadores de nivel superior como el crecimiento y la realización en el rol profesional. Si bien la pirámide de Maslow ha recibido críticas y matizaciones – por ejemplo, las personas pueden perseguir necesidades distintas de manera simultánea – sigue siendo una herramienta útil para recordar que el personal de salud, como cualquier ser humano, necesita sentirse seguro y

apoyado en lo básico antes de comprometerse con metas organizacionales más elevadas (Menezes et al., 2021).

2.2.4 Teoría Bifactorial de Herzberg

Otra teoría clásica y ampliamente aplicada en el ámbito laboral sanitario es la **Teoría de los Dos Factores** de Frederick Herzberg. Herzberg investigó la satisfacción en el trabajo y encontró que existen factores **higiénicos** cuya ausencia causa insatisfacción, y factores **motivadores** que, cuando están presentes, generan satisfacción y motivación genuina (AbdELhay et al., 2025).

En el contexto hospitalario, los factores higiénicos incluyen las condiciones laborales, el salario, las políticas organizacionales, la supervisión y las relaciones interpersonales básicas. Estos elementos no necesariamente motivan por sí solos, pero si son inadecuados (por ejemplo, salarios muy bajos, sobrecarga horaria, mala gestión), provocan insatisfacción intensa y pueden llevar a que el profesional abandone el empleo. Por otro lado, los factores motivadores corresponden a aspectos intrínsecos del trabajo, como los **logros, el reconocimiento, la responsabilidad, el crecimiento profesional y la realización** (Alrawahi et al., 2020).

Herzberg sostiene que incluso si se resuelven todos los factores higiénicos (sueldos adecuados, buen ambiente físico, etc.), eso solo evitará la insatisfacción pero **no** asegurará empleados satisfechos; para ello, es indispensable brindar motivadores: oportunidades de desarrollo, **reconocimiento de logros**, asignación de tareas desafiantes, promoción del sentido de propósito en el trabajo, entre otros. Una síntesis elocuente de esta teoría señala que *“un salario adecuado, buenas condiciones de trabajo, supervisores respetuosos y colegas agradables no producirán un trabajador satisfecho; solo lograrán un trabajador que no esté insatisfecho... Estos factores deben estar presentes para prevenir la insatisfacción, pero la verdadera satisfacción proviene de aspectos como el logro y el reconocimiento”* (Alrawahi et al., 2020).

La validez de la teoría de Herzberg ha sido examinada en entornos de salud actuales. Un estudio mixto en hospitales de Omán (Oriente Medio) aplicó la teoría bifactorial para explorar la satisfacción del personal de laboratorio clínico, encontrando que, tal como predice Herzberg, las causas reportadas de **insatisfacción** fueron principalmente la ausencia de factores higiénicos (sobrecarga de trabajo, condiciones de seguridad deficientes, salario insuficiente, falta de

promociones y ciertas políticas organizativas), mientras que las fuentes de **satisfacción** fueron la calidad de las relaciones con compañeros, la relación con los líderes y las oportunidades de desarrollo profesional (Bae, 2024a).

Los autores concluyen que los directivos hospitalarios deben abordar primero esos factores higiénicos (p.ej., mejorar la seguridad y condiciones de trabajo, revisar cargas horarias y remuneraciones) y simultáneamente promover motivadores (por ejemplo, facilitar formación continua, reconocer públicamente los logros, ofrecer mayor autonomía en la toma de decisiones) para aumentar la motivación y la satisfacción laboral. Esta evidencia reciente confirma que la teoría de Herzberg sigue siendo pertinente: en el personal de salud, eliminar elementos desmotivadores (como exceso de burocracia o equipos insuficientes) **previene la insatisfacción**, pero lograr un compromiso alto exige proveer **factores motivadores** que nutran el crecimiento y la autoestima profesional (Bae, 2024a).

2.2.5 Otras Teorías de Motivación Laboral Relevantes

Además de Maslow y Herzberg, existen otras teorías que enriquecen la comprensión de la motivación del personal hospitalario y la gestión del talento:

- **Teoría de la Necesidad de Logro y Afiliación (McClelland):** David McClelland propuso que los individuos varían en tres necesidades motivacionales primarias: **logro**, **afiliación** y **poder** (Schaefer et al., 2021). En un hospital, un médico con alta necesidad de logro buscará superar desafíos clínicos y valorará metas exigentes, mientras que otro con fuerte necesidad de afiliación priorizará el trabajo en equipo y un clima armonioso. Reconocer estos perfiles puede ayudar a asignar roles apropiados (por ejemplo, líderes de proyecto a quienes tienen alta necesidad de logro, mentores o facilitadores de equipo a quienes valoran las relaciones), logrando mayor satisfacción al alinear las tareas con las motivaciones intrínsecas de cada profesional (Schaefer et al., 2021).
- **Teoría X e Y (McGregor):** Si bien no es una teoría de motivación per se, las hipótesis X e Y de Douglas McGregor influyen en la gestión del talento. La **Teoría X** asume que los empleados evitan el trabajo y requieren supervisión estricta, mientras la **Teoría Y** parte de que las personas pueden autodirigirse y buscar responsabilidades si están comprometidas. En la gerencia hospitalaria moderna, abrazar supuestos de Teoría Y – es

decir, confiar en la profesionalidad del personal sanitario, fomentar su autonomía y participación – suele traducirse en mayor motivación y compromiso. Por ejemplo, permitir que los médicos y enfermeras participen en decisiones clínicas y organizacionales relevantes (horarios, protocolos de atención, etc.) demuestra confianza en su iniciativa, lo que a su vez alimenta su **empowerment** y satisfacción (Schaefer et al., 2021).

- **Teoría de la Equidad (Adams):** J. Stacy Adams plantea que los empleados comparan sus esfuerzos y recompensas con los de otros en situaciones similares. La **percepción de inequidad** (por ejemplo, un técnico que siente que trabaja más horas que colegas de otra área con igual sueldo) genera desmotivación y puede conducir a menor desempeño o renuncia (Schaefer et al., 2021). Aplicado al hospital, esto sugiere que las políticas retributivas y de reconocimiento deben percibirse como justas y transparentes. Los gestores deben comunicar claramente los criterios de asignación de incentivos, promociones o aumentos salariales, y equilibrar cargas de trabajo entre el personal para minimizar sentimientos de inequidad que erosionen la moral (Schaefer et al., 2021).
- **Teoría de la Expectativa (Vroom):** Victor Vroom propuso que la motivación resulta de un cálculo consciente: las personas se esforzarán si *esperan* que su esfuerzo conduzca a un desempeño exitoso (expectativa), si creen que dicho desempeño será *recompensado* (instrumentalidad), y si valoran la recompensa ofrecida (valencia) (Bae, 2024a). En términos prácticos, un programa hospitalario de incentivos será motivador solo si el personal percibe clara la línea entre su desempeño y la recompensa. Por ejemplo, un esquema de bonificación por metas de calidad funcionará si la meta es alcanzable y el personal confía en que recibirá la bonificación prometida. La **claridad de las metas**, el *feedback* sobre el desempeño y la credibilidad en las recompensas son elementos cruciales derivados de esta teoría (Bae, 2024a).
- **Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan):** Más reciente y enfocada en motivación intrínseca, esta teoría postula que todos tenemos tres necesidades psicológicas básicas – **autonomía**, **competencia** y **afinidad** (relaciones) – cuya satisfacción conduce a una motivación interna más fuerte. En entornos hospitalarios, fomentar la autonomía (por ejemplo, permitiendo a los profesionales cierto control sobre cómo organizan su trabajo),

asegurar que desarrollen competencia (mediante capacitación, retroalimentación positiva sobre un trabajo bien hecho) y cultivar relaciones de apoyo en el equipo, promueve un mayor **engagement** y bienestar profesional. Estudios recientes sugieren que una cultura organizacional que satisface estas necesidades internas logra personal más comprometido y con menor intención de renunciar (Schaefer et al., 2021). De hecho, se ha encontrado que el **engagement** actúa como mediador en la retención: las enfermeras altamente comprometidas emocionalmente con su trabajo tienden a quedarse en la institución, especialmente cuando existe una cultura organizacional de apoyo. Esto enlaza directamente con estrategias modernas que buscan humanizar el entorno laboral y empoderar al trabajador de la salud (Schaefer et al., 2021).

Los aportes de estas teorías convergen en una idea central: el personal hospitalario no es simplemente un recurso productivo, sino personas con necesidades, expectativas y aspiraciones. Un marco teórico robusto orienta a los gerentes a crear condiciones donde se satisfacen las necesidades básicas y psicológicas, se reconocen los logros, se promueve la justicia y se alinea el propósito individual con el organizacional (Schaefer et al., 2021). A partir de estos fundamentos, a continuación se exploran las estrategias contemporáneas más empleadas para el reclutamiento, la retención y la motivación del talento humano en hospitales, iluminando cómo dichas tácticas buscan operacionalizar estos principios teóricos en la práctica (Schaefer et al., 2021).

2.2.6 Estrategias Contemporáneas para el Reclutamiento, Retención y Motivación en Entornos Hospitalarios

En los últimos años, los sistemas de salud alrededor del mundo han implementado diversas estrategias innovadoras para enfrentar la escasez de personal y mejorar la motivación y permanencia de sus trabajadores. Se presentan las principales estrategias – desde programas de bienestar hasta liderazgo transformacional – enfatizando cómo cada una aborda factores críticos identificados en el marco teórico previo. Se incluyen ejemplos de su aplicación en Latinoamérica, Europa, Asia y otras regiones, con evidencia de su impacto en el personal médico, de enfermería, técnico y administrativo (Telles et al., 2025).

2.2.7 Reclutamiento Efectivo y Onboarding del Personal de Salud

El proceso de **reclutamiento** es la puerta de entrada del talento al hospital, y las organizaciones exitosas han adoptado enfoques proactivos para atraer a los mejores profesionales y asegurar una incorporación adecuada. Una estrategia clave es el **reclutamiento dirigido** a grupos específicos y las alianzas formativas. Por ejemplo, algunos hospitales desarrollan convenios con universidades y escuelas de medicina o enfermería para identificar a estudiantes destacados e incorporarlos mediante pasantías o **programas de residencia** locales (De Vries et al., 2023b).

Un caso ilustrativo ocurre en México, donde se implementó un **programa de internado para enfermeras recién egresadas** con el fin de facilitar su transición al ámbito laboral. En un estudio longitudinal, este programa logró que el 43% de las participantes permanecieran empleadas en el hospital al menos cinco años después de su contratación, muchas de ellas continuando en la misma área donde iniciaron (De Vries et al., 2023b).

Esto sugiere que brindar un fuerte acompañamiento inicial (mentoría, entrenamiento en el puesto) contribuye a la retención temprana del personal novel, un período crítico en el que suele ocurrir alta rotación (De Vries et al., 2023b). Otra táctica es ofrecer **incentivos de reclutamiento** adaptados al contexto. En áreas rurales o desfavorecidas – realidades comunes en Latinoamérica – se han utilizado incentivos no necesariamente monetarios para atraer médicos, como proveer vivienda, facilidades para la familia (p. ej., apoyo en la búsqueda de escuelas si se mudan a la localidad) o contratos que incluyan periodos sabáticos para formación. Estas medidas aumentan la percepción de apoyo y atractivo del puesto (De Vries et al., 2023b).

En países como Chile, por ejemplo, el *Programa de Médicos Rurales* combina incentivos financieros moderados con un fuerte componente vocacional y de desarrollo profesional (rotaciones formativas, preferencia en futuros concursos), logrando mejorar la dotación de doctores en zonas alejadas y reteniéndolos por más tiempo en esos destinos difíciles.

Un elemento crítico tras la contratación es el **onboarding** o inducción. Una incorporación bien planificada – que incluya orientación sobre la cultura hospitalaria, entrenamiento específico en protocolos, y asignación de un mentor experimentado – puede marcar la diferencia en cómo el nuevo empleado se adapta y se compromete (Telles et al., 2025). La literatura sugiere que programas estructurados de transición al puesto, tanto para enfermeras como médicos, mejoran la confianza y reducen el estrés inicial, incrementando la intención de permanecer en el empleo. En

Europa, algunas instituciones implementan “**programas de transición clínica**” donde enfermeras nóveles rotan por distintas unidades con supervisión cercana antes de asumir un puesto fijo; este acompañamiento ha demostrado reducir la ansiedad y mejorar la retención en el primer año, periodo tradicionalmente de alta deserción (Telles et al., 2025). Invertir en reclutamiento **basado en el encaje persona-puesto** (identificando candidatos cuyos valores se alineen con la misión del hospital) y en un sólido proceso de inducción es el primer paso para construir una fuerza laboral estable (Telles et al., 2025).

2.2.8 Programas de Bienestar y Prevención del Burnout

Dada la naturaleza demandante del trabajo hospitalario, los programas de bienestar laboral han cobrado auge como estrategia para motivar y retener al personal al promover su salud física, mental y emocional. El burnout – caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de realización personal – afecta a un porcentaje alarmante de profesionales de la salud, especialmente tras la pandemia (Telles et al., 2025).

Estudios en diversos países revelan que entre el 40% y 80% de médicos y enfermeras reportan síntomas de burnout, asociados a jornadas extenuantes, estrés crónico y eventos traumáticos en el trabajo. Este desgaste no solo conduce a errores y menor calidad asistencial, sino que aumenta drásticamente la probabilidad de que el profesional decida abandonar su puesto o incluso su carrera. Por tanto, cuidar a los cuidadores se ha vuelto una prioridad estratégica (Telles et al., 2025).

Los hospitales están implementando programas integrales de bienestar que abarcan múltiples frentes: apoyo psicológico (líneas de ayuda, coaching o terapia para manejo de estrés), promoción de la salud física (chequeos médicos periódicos, gimnasios o clases de ejercicio, fomento de pausas activas), y fortalecimiento de la resiliencia personal y colectiva (talleres de mindfulness, grupos de apoyo entre colegas, espacios para debriefing tras eventos clínicos difíciles) (Telles et al., 2025).

Es importante señalar que las intervenciones más efectivas no se limitan a “enseñar al individuo a sobrellevar el estrés”, sino que abordan factores organizacionales que generan burnout. Por ejemplo, reducir la sobrecarga de pacientes por profesional, optimizar procesos para disminuir el papeleo innecesario y asegurar pausas adecuadas en los turnos, son cambios

sistémicos que alivian las fuentes del estrés crónico. De hecho, revisiones sistemáticas indican que las intervenciones a nivel organizacional (p.ej., redistribuir el trabajo, mejorar la dotación de personal, flexibilizar horarios) tienen mayor impacto en reducir el burnout médico que aquellas centradas únicamente en el individuo (Telles et al., 2025).

Un ejemplo concreto proviene de un hospital académico en Estados Unidos que implementó un extenso programa de bienestar: se crearon comités de bienestar en cada departamento liderados por clínicos, se instituyó un “día de bienestar” trimestral libre para que los empleados atendieran su salud, y se entrenó a los jefes en liderazgo compasivo. Tras un año, la organización reportó disminuciones significativas en el burnout auto-reportado y una caída del 14% en la proporción de enfermeras con intención de renunciar. Asimismo, un estudio multicéntrico en hospitales europeos halló que el apoyo social percibido dentro del trabajo (de supervisores y compañeros) actuó como factor protector contra el burnout y contra la intención de dejar el empleo (Telles et al., 2025).

Esto refuerza que parte del bienestar reside en cultivar un clima laboral positivo, donde el personal sienta que sus jefes y colegas se preocupan por él como persona. En resumen, los programas de bienestar bien diseñados – que combinen iniciativas de autocuidado con mejoras en el entorno laboral – no solo reducen el burnout, sino que mejoran la satisfacción laboral y la lealtad del personal hacia la institución, funcionando como potentes estrategias de retención (Telles et al., 2025).

2.2.9 Balance Trabajo-Vida y Flexibilidad Laboral

Lograr un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal (work-life balance) es un factor cada vez más valorado por las nuevas generaciones de profesionales de la salud, y se ha convertido en un diferenciador en la retención y reclutamiento (Schaefer et al., 2021).

Tradicionalmente, la cultura médica imponía horarios rígidos y largas jornadas que dificultaban la conciliación familiar o el desarrollo de intereses personales. Sin embargo, los estudios muestran claramente que la falta de balance contribuye al agotamiento y al deseo de cambiar de trabajo. Por el contrario, cuando un hospital ofrece esquemas flexibles – por ejemplo, turnos más cortos, opciones de medio tiempo, guardias intercambiables, posibilidad de

ausentarse para atender responsabilidades familiares sin estigma – el personal tiende a sentirse más satisfecho y fiel a la organización (Schaefer et al., 2021).

Un caso ilustrativo proviene de Sudáfrica, donde un hospital público rural enfrentaba alta rotación de médicos debido al agotamiento por jornadas de 60 horas semanales. En respuesta, el hospital implementó una iniciativa de trabajo flexible convirtiendo algunas plazas de tiempo completo en plazas de medio tiempo para médicos que lo solicitaran (especialmente para quienes regresaban de licencia de maternidad o presentaban síntomas de burnout) (Schaefer et al., 2021).

Aunque hubo inicialmente preocupación por posibles vacantes difíciles de cubrir, el resultado fue muy positivo: se creó una plantilla más estable y comprometida, con un grupo de jóvenes doctores que, al tener horarios más razonables, mostraban mayor energía, empatía y disposición a permanecer en el servicio. La reducción de horas y la introducción de opciones flexibles demostraron ser medidas concretas para promover la resiliencia y retener a médicos competentes, traducándose además en mejor continuidad de la atención para los pacientes. Este ejemplo refleja que la flexibilidad no solo beneficia al trabajador, sino que puede redundar en mejor desempeño organizacional (menos ausentismo, equipo más motivado) (Schaefer et al., 2021).

En Europa y Norteamérica, muchos hospitales han adoptado políticas como el horario escalonado, el trabajo remoto parcial (en roles administrativos o de telemedicina), o las semanas laborales comprimidas (cumplir las horas en menos días) como incentivos. Encuestas internacionales señalan que más de un tercio de los médicos jóvenes consideran la disponibilidad de modalidades híbridas o flexibles como un factor importante al elegir un empleador (Schaefer et al., 2021).

En enfermería se ha visto que otorgar mayor control al personal sobre sus propios horarios – por ejemplo, mediante sistemas donde las enfermeras pueden proponer sus turnos preferidos y negociar cambios – mejora tanto el engagement como la retención, al reducir el conflicto trabajo-familia. En resumen, facilitar un balance trabajo-vida muestra al personal que la institución valora su bienestar integral; esta consideración humanista construye lealtad y atrae talento, particularmente en un sector donde el desgaste personal ha sido históricamente alto (Schaefer et al., 2021).

2.2.9 Liderazgo Transformacional y Apoyo Gerencial

El estilo de liderazgo imperante en un hospital influye profundamente en la motivación del personal. En años recientes se ha enfatizado la necesidad de líderes transformacionales en salud: es decir, directivos y jefes de servicio capaces de inspirar una visión, apoyar y desarrollar a su equipo, y servir de modelo de valores positivos (Bae, 2024b).

A diferencia de un liderazgo transaccional centrado solo en tareas y sanciones/recompensas, el liderazgo transformacional pone el acento en la motivación intrínseca, el estímulo intelectual y la consideración individualizada de cada colaborador. Numerosos estudios respaldan que un liderazgo transformacional efectivo se correlaciona con mayor satisfacción laboral, mayor compromiso y menores tasas de rotación en enfermeras y médicos (Bae, 2024b).

En un estudio realizado en Egipto con 297 enfermeras de un hospital universitario, se encontró que la percepción de un estilo de liderazgo transformacional en sus supervisores se asoció significativamente a mayores índices de retención de las enfermeras, incluso tras controlar otros factores. El liderazgo transformacional se manifestó en acciones como comunicar entusiasmo por la misión del hospital, alentar nuevas ideas desde el personal de base, y mostrar genuina preocupación por el bienestar de las enfermeras (Bae, 2024b).

De hecho, el análisis cuantitativo reveló que la preocupación del líder por el bienestar del personal y la promoción de un buen balance trabajo-vida fueron predictores fuertes de la intención de las enfermeras de permanecer en el empleo. Esto confirma que cuando los trabajadores perciben que sus líderes “se ponen en sus zapatos” y priorizan su salud y desarrollo por encima de meras metas numéricas, se genera un vínculo de confianza y compromiso difícil de romper (Bae, 2024b).

Otras investigaciones en Europa han hallado patrones similares: hospitales con programas de formación en liderazgo transformacional para sus mandos medios lograron disminuir la intención de abandono en enfermería, al mejorar el clima de apoyo y el reconocimiento al personal. Asimismo, el liderazgo transformacional contribuye a crear equipos resilientes; por ejemplo, una jefa de enfermería que continuamente motiva, escucha e involucra a su equipo,

puede mitigar el efecto de situaciones estresantes, manteniendo alta la moral incluso en momentos de carga intensa (Bae, 2024b).

En la práctica, impulsar este tipo de liderazgo implica capacitar a los directivos en habilidades blandas (comunicación efectiva, inteligencia emocional, coaching) y promover una cultura donde los líderes sean accesibles y cercanos. Un concepto asociado es el liderazgo clínico distribuido: empoderar también a profesionales de base (médicos residentes, enfermeras jefes de turno) para ejercer micro-liderazgos en sus áreas, fomentando responsabilidad compartida y orgullo por los logros colectivos (Bae, 2024b).

2.2.10 Incentivos No Monetarios y Desarrollo Profesional

Si bien la compensación económica competitiva es importante para atraer y retener personal (especialmente para frenar la migración de profesionales hacia países con mejores salarios, fenómeno de *brain drain* mencionado en Latinoamérica), se reconoce que los incentivos no monetarios pueden tener igual o mayor peso en la motivación a largo plazo del personal sanitario (Mermer et al., 2025). De hecho, conforme aumentan los ingresos a un nivel adecuado, factores no financieros cobran más relevancia en la satisfacción del individuo. Entre estos incentivos destacan: reconocimiento, oportunidades de capacitación y carrera, autonomía en el trabajo, y mejoras en las condiciones laborales más allá del sueldo (Mermer et al., 2025).

El reconocimiento oportuno y sincero del esfuerzo del personal es una herramienta poderosa y de bajo costo. Programas como “empleado del mes”, notas de agradecimiento públicas, celebraciones de los logros (por ejemplo, alcanzar tasas altas de satisfacción del paciente en un departamento) y brindar retroalimentación positiva regularmente, alimentan la autoestima profesional (Mermer et al., 2025).

Según Herzberg, el reconocimiento es un motivador intrínseco fuerte; en un hospital universitario se observó que una mayor percepción de reconocimiento por parte de jefes y pacientes se relacionaba directamente con niveles más altos de satisfacción laboral en enfermería. Asimismo, sentirse valorado en el equipo disuade a los profesionales de buscar otros empleos donde temen ser “uno más del montón” (Mermer et al., 2025).

El desarrollo profesional es otro incentivo crucial. Esto abarca proporcionar capacitación continua (cursos, asistencia a congresos, acceso a especializaciones), oportunidades de ascenso o

rotación a puestos de mayor responsabilidad, y existencia de planes de carrera claros (Mermer et al., 2025).

Una investigación en hospitales de Reino Unido y Asia identificó que la falta de oportunidades de progreso era uno de los “factores de empuje” para que los médicos jóvenes dejaran sus puestos, mientras que aquellos hospitales que ofrecían caminos definidos (por ejemplo, de médico general a especialista, o de enfermera a enfermera clínica especializada) tenían mayores tasas de retención (Mermer et al., 2025).

En Latinoamérica, donde históricamente las jerarquías eran rígidas, algunas instituciones están creando escalafones clínicos y promoviendo la formación de posgrado en convenios: por ejemplo, financiar la maestría de un enfermero a cambio de algunos años de servicio. Estas inversiones se traducen en mayor lealtad, pues el personal percibe un compromiso de la organización con su crecimiento personal (Mermer et al., 2025).

Otras formas de incentivos no económicos incluyen la autonomía y empowerment mencionados previamente (dar margen para que el profesional organice su trabajo y proponga mejoras), la mejora del ambiente físico de trabajo (espacios de descanso confortables, comedores saludables, áreas verdes), y beneficios como horarios flexibles ya tratados. Incluso incentivos de estabilidad, como contratos fijos en lugar de temporales, son muy valorados por brindar seguridad laboral y permiten al empleado proyectar su vida a futuro en la institución (un aspecto señalado como “estabilidad profesional”) (Mermer et al., 2025).

En países con economías inestables, ofrecer estabilidad contractual y acceso a sistemas de protección social (seguro de salud, jubilación) es una ventaja comparativa importante para retener talento, ya que reduce la incertidumbre que pesa sobre el trabajador y su familia.

Cultura Organizacional y Clima Laboral Positivo

Por último, pero no menos importante, se encuentra la cultura organizacional como cimiento de todas las estrategias anteriores. La cultura abarca los valores, creencias y prácticas compartidas en el hospital, mientras que el clima laboral es la percepción que los empleados tienen del ambiente cotidiano. Una cultura organizacional sólida que enfatice la excelencia clínica, el respeto mutuo, la colaboración y el cuidado de las personas crea un clima en el que los

trabajadores se sienten orgullosos y emocionalmente conectados – es decir, promueve un alto engagement (Santana & Pérez-Rico, 2023)

Las investigaciones sostienen que el engagement (compromiso con la organización y el trabajo) está fuertemente ligado a la retención. Un estudio de 2023 en la India analizó 51 hospitales y encontró que, cuando se fortalecía la cultura organizacional, aumentaba el engagement de las enfermeras y con ello su deseo de permanecer en la institución. De hecho, la cultura actuaba como mediador: en entornos con cultura débil, ni siquiera un empleado inicialmente comprometido mantenía su entusiasmo por mucho tiempo, mientras que en culturas sólidas el engagement florecía y retenía al personal. La cultura de seguridad psicológica – aquella en que los trabajadores pueden expresarse sin temor a represalias, admitir errores y proponer ideas – es particularmente relevante en hospitales, pues fomenta el aprendizaje y la mejora continua, aspectos que hacen que los profesionales quieran ser parte de esa organización a largo plazo (Santana & Pérez-Rico, 2023)

Un clima laboral positivo se manifiesta en pequeñas cosas: una comunicación abierta entre jerarquías, sentido de equipo y pertenencia, celebración de la diversidad y cero tolerancia a comportamientos tóxicos (acoso, discriminación). Por ejemplo, un hospital en Bélgica atribuyó su baja rotación de enfermeras a las prácticas de inclusión en la toma de decisiones y a un ambiente de camaradería en el que cada nuevo empleado recibía un “compañero de apoyo” durante sus primeros meses. Estas prácticas generan lealtad afectiva: el trabajador no solo permanece por el contrato, sino porque genuinamente quiere seguir colaborando con sus colegas y para una institución cuyos valores comparte (Santana & Pérez-Rico, 2023)

En contraste, un clima negativo – con conflictos, falta de apoyo o injusticias percibidas – puede neutralizar el efecto de otras estrategias. De allí que muchos directivos inviertan en medir periódicamente el clima laboral mediante encuestas anónimas y en tomar acciones correctivas (por ejemplo, intervenciones de mediación en servicios con tensiones, o cambios de supervisores con mal liderazgo) para mantener un ambiente sano. El engagement también se refuerza dando voz al personal: establecer canales formales donde médicos y personal de enfermería puedan aportar ideas de mejora o expresar preocupaciones (comités, buzones, reuniones regulares) incrementa su sentido de pertenencia y compromiso. Como señala un artículo, *“las organizaciones de salud que cultivan un fuerte compromiso de los empleados disfrutan de mejor*

desempeño y menor rotación”, porque los trabajadores sienten que son parte importante del proyecto, no piezas reemplazables (Santana & Pérez-Rico, 2023)

2.2.11 Marco Contextual

El Hospital Básico de Manglaralto, ubicado en la provincia de Santa Elena, constituye una institución de referencia para la población rural y semiurbana de la zona costera del Ecuador. Al ser un hospital de nivel básico, su capacidad resolutive es limitada, pero atiende una alta demanda derivada tanto de comunidades locales como de un importante flujo de población flotante vinculada al turismo en la región. Esta dinámica genera una presión constante sobre los servicios médicos y administrativos.

En términos de talento humano, el hospital enfrenta retos significativos: la rotación frecuente de médicos rurales, la limitada estabilidad contractual del personal, la sobrecarga laboral de quienes permanecen en funciones y la escasez de programas sistemáticos de inducción y desarrollo profesional. A estas dificultades se suma un contexto nacional caracterizado por la insuficiencia de profesionales de la salud en zonas rurales, la alta migración de personal hacia áreas urbanas y la falta de incentivos diferenciados que motiven la permanencia en instituciones periféricas (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024).

La realidad del hospital refleja problemáticas estructurales comunes en la región: déficit de recursos humanos, condiciones laborales poco atractivas, reconocimiento institucional limitado y ausencia de estrategias sostenidas de retención. Este escenario compromete no solo la motivación y el compromiso del personal, sino también la continuidad y calidad del servicio brindado a la población. Por ello, resulta indispensable analizar esta problemática desde un marco teórico y normativo robusto, y diseñar propuestas que, además de responder a las necesidades institucionales, se alineen con políticas nacionales e internacionales de gestión del talento humano en salud.

2.3 Marco Legal Y Normativo

La gestión eficaz del talento humano en salud es reconocida globalmente como un pilar fundamental para garantizar sistemas sanitarios de calidad y lograr la cobertura universal de salud. En los últimos años, diversos organismos internacionales han desarrollado marcos normativos, directrices y recomendaciones para abordar los retos en reclutamiento, retención y motivación del personal sanitario (WHO, 2022). Estos lineamientos abarcan aspectos como condiciones laborales dignas, derechos laborales, incentivos para el personal de salud, prevención del burnout y promoción del bienestar profesional.

2.3.1 Directrices y marcos normativos internacionales sobre talento humano en salud

Organización Mundial de la Salud (OMS): La OMS ha liderado múltiples iniciativas para orientar a los países en la gestión de recursos humanos en salud. Destaca la **Estrategia Global de Recursos Humanos para la Salud 2030** y varias guías específicas. Por ejemplo, la OMS publicó una *Guía para el desarrollo, atracción, reclutamiento y retención del personal de salud en áreas rurales y remotas* (WHO, 2022).

Esta guía actualiza recomendaciones globales previamente emitidas en 2010 y provee políticas basadas en evidencia para mejorar la distribución y permanencia de trabajadores sanitarios en zonas desatendidas. Entre las **estrategias recomendadas** se incluyen: incentivos financieros (como pagos adicionales o préstamos condonables) para atraer profesionales a zonas rurales, programas educativos que recluten estudiantes de dichas comunidades, servicios obligatorios compensatorios (ej. el servicio rural obligatorio), apoyo profesional y condiciones laborales adecuadas (vivienda, seguridad, oportunidades de desarrollo profesional) para fomentar que el personal permanezca en puestos de difícil cobertura (EPSU, 2023). La OMS enfatiza que la escasez global de personal de salud (estimada en 18 millones para 2030) y su mala distribución geográfica constituyen una crisis que requiere intervenciones normativas urgentes (WHO, 2022). La OMS adoptó en 2010 el **Código Global de Prácticas para el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud**, un instrumento que establece principios éticos para evitar que la migración internacional de profesionales de la salud afecte negativamente a los países con sistemas sanitarios frágiles (WHO, 2022). Este Código, aunque voluntario, sigue vigente y fue

objeto de una revisión decenal que confirmó su relevancia y efectividad, a la vez que señaló la necesidad de mayores salvaguardas contra la “fuga de cerebros” y una mayor participación del sector privado en la contratación ética (arufo, 2020). En esencia, la OMS insta a equilibrar la libre movilidad de trabajadores sanitarios con la sostenibilidad de los sistemas de salud domésticos, recomendando que los países de destino apoyen al fortalecimiento de recursos humanos en los países de origen y eviten el reclutamiento excesivo de profesionales de naciones en desarrollo (arufo, 2020).

Otro aporte reciente de la OMS es el Compacto Global para los Trabajadores de Salud y Cuidados, aprobado en 2022. Este compacto es un documento técnico-político que recopila recomendaciones para proteger a los trabajadores de salud, salvaguardar sus derechos laborales y garantizar condiciones de trabajo seguras, saludables, dignas y libres de discriminación (WHO, 2022). El Compacto resume un amplio rango de instrumentos internacionales –desde convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y tratados de derechos humanos, hasta resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud– que establecen obligaciones de los Estados hacia sus trabajadores sanitarios (WHO, 2022).

Entre sus ejes, el compacto destaca cuatro dominios de acción: prevenir el daño (p. ej., protegiendo la seguridad y salud ocupacional del personal), garantizar la inclusión (no discriminación e igualdad, abordando por ejemplo brechas de género), proveer apoyo (apoyo psicosocial, bienestar mental, capacitación) y salvaguardar derechos (respeto a derechos laborales básicos como remuneración justa, horarios razonables, descanso, sindicalización, etc.) (WHO, 2022).

Esta iniciativa surgió a raíz de la pandemia de COVID-19 y las condiciones extremas que enfrentó el personal de salud, y responde a la Resolución WHA74.14 de la OMS que pidió una guía concisa para ayudar a los países a proteger a sus trabajadores sanitarios y asegurar trabajo decente y entornos seguros (WHO, 2022). En línea con ello, la OMS también actualizó la clasificación del burnout o síndrome de desgaste profesional: en 2019 reconoció el *burnout* en la CIE-11 como un fenómeno ocupacional derivado del estrés laboral crónico no manejado, caracterizado por agotamiento, cinismo o distancia mental del trabajo, y eficacia profesional reducida (WHO, 2023). Este reconocimiento formal subraya la importancia de abordar la salud mental del personal sanitario como parte del marco normativo de condiciones laborales, y la

OMS indicó en ese entonces que desarrollaría lineamientos basados en evidencia sobre bienestar mental en el lugar de trabajo (WHO, 2023).

Unión Europea: En el contexto europeo, la gestión del talento humano en salud se enmarca tanto en políticas de la Unión Europea como en iniciativas de organismos regionales. Si bien la competencia principal en políticas de recursos humanos en salud recae en los Estados miembros, la UE ha establecido **marcos regulatorios laborales generales** aplicables al sector salud y ha fomentado la cooperación en planificación de la fuerza de trabajo. Un ejemplo clave es la **Directiva de Tiempo de Trabajo de la UE (2003/88/EC)**, que limita la jornada laboral a un promedio de 48 horas semanales y establece períodos mínimos de descanso (Jacques DE HALLER (CH), 2021).

Esta normativa, de alcance general, tuvo un impacto particular en el sector sanitario europeo al obligar a reformular horarios de médicos residentes y personal hospitalario para prevenir jornadas excesivas, con el fin último de proteger la salud y seguridad de los trabajadores (y de los pacientes) mediante la reducción de la **sobrecarga laboral** y el riesgo de burnout (Jacques DE HALLER (CH), 2021).

Desde 2014 la Comisión Europea impulsó una “Acción conjunta sobre planificación y previsión de la fuerza laboral sanitaria” que buscó ayudar a los países a estimar sus necesidades de profesionales y compartir buenas prácticas de **reclutamiento y retención**. Sin embargo, la UE carece de una directriz específica y vinculante sobre retención de personal de salud; más bien, complementa esfuerzos nacionales a través de recomendaciones y financiamiento de proyectos (Jacques DE HALLER (CH), 2021).

Organizaciones europeas del ámbito sanitario han abogado por fortalecer el marco común: recientemente, el Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) y otras asociaciones profesionales han emitido políticas y posicionamientos para enfrentar la crisis de recursos humanos (Jacques DE HALLER (CH), 2021).

La **Política de CPME sobre la Fuerza Laboral de Salud (2021)** enfatiza que una dotación robusta de personal es crucial para el derecho a la salud, y aboga por una planificación centrada en mejorar las condiciones de práctica profesional, garantizar formación de alta calidad y dimensionar correctamente los equipos de trabajo (Jacques DE HALLER (CH), 2021)

En 2023, la CPME publicó también una política sobre el bienestar de los médicos, subrayando la necesidad de promover el equilibrio trabajo-vida personal y entornos de trabajo de apoyo, como vía para reducir el burnout y mejorar la satisfacción profesional (Jacques DE HALLER (CH), 2021).

De la mano de la sociedad civil, sindicatos europeos han pugnado por normas más firmes: la Federación Europea de Sindicatos de Servicios Públicos (EPSU) ha demandado una Directiva específica de la UE sobre riesgos psicosociales en el trabajo, dado el incremento de problemas de salud mental y estrés entre trabajadores sanitarios (EPSU, 2023). Estas demandas han encontrado eco en la OMS-Región Europa, que en octubre de 2023 aprobó el Marco de Acción para la Fuerza Laboral en Salud y Cuidados 2023-2030 (EPSU, 2023).

Dicho marco, adoptado por los ministros de salud europeos, reconoce que la solución a la escasez de personal pasa no solo por formar y contratar nuevos profesionales, sino por retener al personal existente y facilitar el retorno de quienes abandonaron el sector. Entre las medidas prioritarias recomienda: mejorar las condiciones de trabajo (reduciendo cargas excesivas de trabajo y largas jornadas, promoviendo mayor flexibilidad contractual y remuneraciones justas) para proteger la salud mental y bienestar del personal y hacer más atractivas las carreras sanitarias; invertir en formación continua y educación moderna (incluyendo competencias digitales) para dotar al personal de herramientas adecuadas; optimizar el desempeño reconfigurando equipos y roles para mayor eficiencia; planificar estratégicamente los recursos humanos con mejores datos e información, y aumentar la inversión pública en la fuerza laboral de salud (EPSU, 2023).

El marco europeo también destaca la necesidad de proteger derechos laborales, mencionando explícitamente la importancia de la negociación colectiva y el derecho a huelga de los profesionales de la salud como mecanismos para mejorar condiciones (EPSU, 2023). Subraya retos como la violencia contra el personal sanitario (instando a medidas para prevenir las agresiones de pacientes o terceros) y la persistente brecha salarial de género en el sector, temas que deben abordarse normativamente para garantizar entornos laborales seguros y equitativos (EPSU, 2023).

Estados Unidos: En los Estados Unidos, el abordaje de la gestión del talento humano en salud combina regulaciones laborales generales con programas federales específicos y

lineamientos de agencias de salud. No existe una ley única integral que cubra reclutamiento y retención a nivel nacional, pero se han implementado diversas políticas e incentivos. Un aspecto característico del contexto estadounidense es el uso de estímulos financieros para atraer y retener profesionales de la salud en áreas desatendidas (Weichelt et al., 2025).

El gobierno federal, a través de la **Health Resources & Services Administration (HRSA)**, opera el programa **National Health Service Corps (NHSC)**, el cual ofrece reembolso de préstamos estudiantiles y becas a médicos, enfermeras y otros profesionales que se comprometan a trabajar en regiones con escasez de personal de salud (Weichelt et al., 2025).

Estos contratos de servicio en áreas rurales o barrios urbanos vulnerables funcionan como un mecanismo de reclutamiento y retención de talento donde más se necesita, alineado con las recomendaciones de la OMS sobre incentivos para zonas críticas. En el plano regulatorio laboral, Estados Unidos establece límites como la jornada semanal estándar de 40 horas y pago de horas extras según la Ley Federal de Normas Laborales, aunque en la práctica muchos profesionales de la salud (especialmente médicos residentes) exceden esa carga horaria debido a particularidades del entrenamiento clínico. Cabe mencionar que la **acreditación de programas de residencia médica** en EE. UU. (p. ej. a través de ACGME) sí impone límites a las horas de trabajo de residentes por razones de seguridad, pero estos no provienen de una ley sino de estándares profesionales (Weichelt et al., 2025).

En años recientes, ha cobrado fuerza la atención al **burnout y la salud mental** del personal sanitario, especialmente tras el impacto de la pandemia. Un hito normativo importante fue la aprobación de la ley federal **Dr. Lorna Breen Health Care Provider Protection Act** en marzo de 2022, la primera ley en EE. UU. dedicada a abordar el burnout y prevenir el suicidio en profesionales de la salud (MMA, 2022). Esta ley, de carácter bipartidista, **ordena al Departamento de Salud (HHS)** financiar programas y otorgar subvenciones a hospitales, asociaciones médicas y otras entidades para implementar **programas de apoyo en salud mental, resiliencia y prevención del agotamiento** entre los trabajadores sanitarios. Asimismo, provee fondos para mejorar la formación de estudiantes y residentes en materia de bienestar mental y manejo del estrés, con el fin de cambiar la cultura médica hacia una que reconozca y apoye la salud mental de sus profesionales (MMA, 2022).

Esta iniciativa legal surgió tras el trágico caso de la Dra. Lorna Breen, una médica que se quitó la vida en 2020 tras la sobrecarga de trabajo en la primera ola de COVID-19, y representa un cambio de paradigma: de esperar que el individuo maneje solo el estrés, a construir sistemas de apoyo institucional para cuidar al cuidador (MMA, 2022). Además de esta ley, algunas entidades y estados han promovido otras medidas: por ejemplo, el estado de California implementa desde hace años una ley de ratios enfermera-paciente que fija mínimos de personal de enfermería por número de pacientes para garantizar condiciones seguras y reducir la sobrecarga, sirviendo de referencia en discusiones de políticas de retención y seguridad del personal a nivel nacional. Aunque dicha regulación es a nivel estatal y no federal, refleja cómo en EE. UU. las reformas en favor del bienestar del personal de salud pueden darse de forma fragmentada (MMA, 2022).

En el frente de derechos laborales, los profesionales de la salud en EE. UU. tienen protecciones generales (salario mínimo, seguridad ocupacional bajo las reglas de OSHA, leyes antidiscriminación, etc.), pero también enfrentan desafíos como la falta de representación sindical en muchas instituciones privadas y la persistencia de entornos de alta exigencia. A nivel federal, está en debate una normativa específica para prevenir la violencia contra los trabajadores sanitarios (el “Workplace Violence Prevention for Health Care and Social Service Workers Act”), evidenciando un reconocimiento de la necesidad de marcos más robustos para la protección y motivación del personal (MMA, 2022).

2.3.2 Aplicabilidad de los marcos internacionales en el contexto de Ecuador

En **Ecuador**, la gestión del talento humano en salud es un reto estratégico para el sistema sanitario, especialmente en áreas rurales y unidades básicas como el Hospital Básico de Manglaralto. Al comparar el contexto ecuatoriano con las directrices internacionales descritas, se observan tanto **avances normativos** inspirados en recomendaciones globales como **brechas importantes** en la implementación de estrategias integrales de reclutamiento, retención y motivación del personal sanitario (MMA, 2022).

Por el lado de los **marcos legales nacionales**, Ecuador cuenta con disposiciones generales que amparan a los trabajadores de la salud dentro del régimen laboral y del servicio público. La Constitución de la República reconoce derechos laborales básicos (remuneración digna, límite a la jornada, descanso, seguridad social, derecho a organizarse, etc.), y el Código de

Trabajo establece la jornada ordinaria máxima de 40 horas semanales y horas extraordinarias remuneradas, lo cual en teoría se alinea con estándares internacionales de limitar la sobrecarga laboral (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

Los profesionales de la salud que laboran en el sector público están sujetos a la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP), que garantiza estabilidad mediante nombramientos o contratos indefinidos y contempla el acceso a capacitación continua. Sin embargo, muchos de estos preceptos generales **no abordan las particularidades** del sector salud en cuanto a distribución y mantenimiento del personal en zonas críticas (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017)

Ecuador **no posee aún una política nacional específica de incentivos para retención en zonas rurales o remotas** equiparable a las recomendaciones de la OMS. Históricamente, una medida empleada ha sido el **año de servicio rural obligatorio (medicina rural)** para médicos recién graduados –y análogos para enfermería y otras profesiones– lo cual garantiza temporalmente la presencia de personal novel en establecimientos alejados. Si bien esta exigencia (establecida normativamente décadas atrás) cumple en parte con la idea de **“obligatoriedad de servicio”** mencionada por la OMS como intervención regulatoria posible, **su alcance es limitado**: tras cumplir el año rural (necesario para obtener el registro profesional), muchos médicos retornan a las ciudades o migran al sector privado, evidenciando que la medida no logra una retención de largo plazo en esas comunidades (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017)

Esta política por sí sola no asegura motivación ni desempeño óptimo, ya que los profesionales suelen enfrentar durante su año rural condiciones difíciles: infraestructura deficiente, escaso apoyo técnico, insumos limitados y aislamiento, factores que pueden desincentivarles de continuar en el sistema público rural. En contraposición, las directrices internacionales sugieren combinar la obligatoriedad con **incentivos positivos**, como oportunidades de desarrollo profesional, tutoría, mejora de las condiciones de vida locales (vivienda, educación para la familia), algo que **en Ecuador no se ha institucionalizado plenamente**. Por ejemplo, no existe un programa nacional de compensaciones salariales sustanciales para puestos rurales más allá de pequeños bonos o el puntaje adicional que se otorga

en concursos de méritos a quienes han hecho el rural (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

En este aspecto, Ecuador muestra una **ausencia de políticas robustas de retención**: no hay equivalentes a los esquemas de reembolso de préstamos educativos por servicio en zonas de necesidad (como el NHSC de EE. UU.) ni una estructura de **carrera sanitaria** que incentive al personal a servir en áreas desatendidas mediante ascensos o reconocimientos especiales (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

En cuanto a las **condiciones laborales y bienestar del personal**, el marco internacional aboga por entornos de trabajo seguros, con prevención de riesgos psicosociales y apoyo en salud mental. Ecuador ha dado algunos pasos alineados con esos principios, pero todavía incipientes. Por ejemplo, existe la obligación general (por normativas de salud ocupacional) de implementar programas de prevención de riesgos laborales en instituciones de salud, incluyendo riesgos **ergonómicos, biológicos y psicosociales** (Ministerio de Trabajo, Acuerdos sobre Seguridad y Salud en el Trabajo) (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

En la práctica **no se cuentan con programas institucionalizados de apoyo psicológico o prevención del burnout para el personal sanitario público**. Esto contrasta con la tendencia internacional post-pandemia: mientras la OMS y varios países desarrollados están generando guías y hasta leyes (como la mencionada ley Lorna Breen en EE. UU.) para atender la salud mental de médicos y enfermeras, en Ecuador dichas iniciativas han provenido más de esfuerzos aislados de colegios profesionales o academia que de una política pública consolidada. Estudios locales recientes han evidenciado altos niveles de **estrés y síndrome de burnout en médicos y enfermeras ecuatorianos**, especialmente durante la emergencia sanitaria por COVID-19, lo que sugiere la urgencia de adoptar medidas conforme a las recomendaciones de la OMS (p. ej., rotación de turnos para evitar jornadas excesivas, espacios de descompresión emocional, consejería psicológica confidencial, etc.) (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

No **se ha legislado ni emitido normativa específica** que obligue a las instituciones de salud a establecer tales medidas de cuidado del cuidador. Del mismo modo, problemáticas como la **violencia contra el personal de salud** —agresiones verbales o físicas de pacientes o familiares, reportadas en varios hospitales del país— no han motivado hasta ahora regulaciones especiales; se sancionan bajo el Código Penal general si escalan a delito, pero no existe un protocolo nacional

de prevención de violencia en establecimientos de salud como política pública, a diferencia de algunos países europeos (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

En materia de **derechos laborales sectoriales**, un contraste notable es el derecho a la **huelga**. Ecuador, al igual que muchos países latinoamericanos, tiene restricciones legales para la huelga en servicios esenciales como la salud. Si bien la Constitución reconoce la huelga, en la práctica el personal de salud público enfrenta limitaciones para paralizar labores por reivindicaciones laborales debido al impacto en la población, y usualmente recurre a diálogos o medidas de presión menores. En Europa, por el contrario, los médicos y enfermeras organizados han ejercido huelgas en los últimos años reclamando mejoras salariales y de personal, y la OMS Europa ha señalado el respeto a este derecho dentro de las estrategias de retención (como vimos, CPME/EPSU lo subrayan) (EPSU, 2023). En Ecuador la **negociación colectiva** en el sector público también es restringida, lo cual dificulta abordar de forma sistemática problemas de condiciones de trabajo del talento humano en salud. La falta de estos mecanismos puede contribuir a desmotivación, en contraste con entornos donde los trabajadores tienen mayor voz en la construcción de condiciones laborales (Del Ecuador, 2008; Penal & OFICIAL, 2017).

Ecuador sí ha mostrado compromiso formal con lineamientos internacionales sobre desarrollo del personal de salud. Un ejemplo fue su participación en la elaboración de la **Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2018-2030** de la OPS/OMS. En esa agenda regional, uno de los 11 objetivos acordados es precisamente *“fortalecer la gestión y el desarrollo del talento humano en salud”*, con énfasis en competencias para la atención integral, Ecuador, como Estado miembro, suscribió dicho objetivo, lo que denota reconocimiento del problema (MSP, 2018).

El Ministerio de Salud Pública ecuatoriano elaboró un **Plan Decenal de Salud** (última versión 2022-2031) donde identifica la necesidad de mejorar la distribución de recursos humanos y su formación. La **brecha entre la planificación y la ejecución** persiste. Por ejemplo, aunque se menciona la meta de asegurar disponibilidad adecuada de personal en todos los niveles, en la realidad siguen existiendo *desigualdades marcadas*: grandes hospitales urbanos tienden a concentrar especialistas, mientras que en provincias rurales periféricas hay alta rotación y vacantes difíciles de llenar (sobre todo de ciertas especialidades y personal de enfermería) (MSP, 2018).

Un factor que agrava la retención en Ecuador es el **tema salarial y de incentivos**. Los sueldos del sector público de salud, si bien han mejorado en la última década en comparación con la región, a menudo no compiten con el sector privado interno ni con ofertas del extranjero. La emigración de profesionales de enfermería a países como España, o de médicos a Chile/Argentina, ha sido reportada en años recientes, reflejando una dinámica de **migración por mejores condiciones** que justamente el Código de Prácticas de la OMS buscaba mitigar globalmente. Ecuador no ha desarrollado acuerdos bilaterales para gestionar esos flujos de personal (como sí lo han hecho países emisores de migrantes con países receptores en programas de migración ética) (MSP, 2018).

La falta de un **sistema de meritocracia transparente y oportunidades de desarrollo de carrera** puede disminuir la motivación: por ejemplo, procesos de nombramientos o ascensos a cargos directivos en hospitales a veces han sido cuestionados por injerencias políticas, lo que desincentiva a profesionales jóvenes a permanecer en el sistema público esperando progresión. Contrasta esto con países donde existen **carreras sanitarias** bien definidas (escalafones clínicos, docentes, de investigación) que motivan la permanencia brindando oportunidades de crecimiento profesional (Telles et al., 2025).

2.3.3 Nuevos enfoques internacionales sobre la prevención del burnout post-COVID

La pandemia de COVID-19 intensificó el síndrome de *burnout* en el personal de salud a nivel mundial, llevando a una “crisis de salud mental” entre trabajadores sanitarios (CDC, 2023). En respuesta, se han desarrollado enfoques internacionales innovadores para prevenir el agotamiento profesional en la pospandemia, enfatizando medidas organizacionales y apoyo institucional. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 2022 directrices sobre salud mental en el trabajo, instando a los sistemas sanitarios a promover entornos laborales psicológicamente seguros, con participación activa de los trabajadores en la toma de decisiones y capacitación de los directivos en empatía y manejo del estrés (CDC, 2023). Estas recomendaciones se alinean con estudios que muestran que **los lugares de trabajo con apoyo institucional robusto reportan menos problemas de salud mental y burnout** (CDC, 2023).

En países como Estados Unidos, las estrategias han trascendido las guías para convertirse en políticas públicas. Un hito importante fue la aprobación de la *Dr. Lorna Breen Health Care*

Provider Protection Act en 2022, que financia programas de bienestar mental para trabajadores de la salud y promueve un cambio cultural en las instituciones médicas hacia el cuidado de sus profesionales. Asimismo, algunos sistemas han implementado **intervenciones regulatorias** como límites a la sobrecarga laboral; un ejemplo es la ley de ratios enfermera-paciente en California (EE.UU.), que fija dotaciones mínimas de enfermería por paciente para reducir el estrés y la fatiga crónica del personal. En Europa y otros países desarrollados, se han establecido programas de apoyo psicológico, “líneas de ayuda” confidenciales para personal sanitario y espacios de descanso y recuperación en los hospitales, reconociendo que el bienestar del cuidador es esencial para la calidad de la atención (OMS, 2022).

La literatura científica reciente enfatiza que la prevención efectiva del *burnout* exige **intervenciones integrales, combinando acciones organizacionales y personales**. Las estrategias organizativas —como mejorar las condiciones de trabajo, garantizar pausas adecuadas, rotación de tareas y apoyo entre colegas— han demostrado ser eficaces para reducir estresores, aunque por sí solas pueden no eliminar completamente el *burnout* dada la naturaleza multifactorial del fenómeno (RHihub, 2023). Complementariamente, las intervenciones individuales (por ejemplo, talleres de resiliencia, *mindfulness* y coaching) pueden mitigar la ansiedad y las emociones negativas, si bien se cuestiona la sostenibilidad de sus efectos si no se acompañan de cambios estructurales (Aguilar-Farias et al., 2021). En síntesis, los nuevos enfoques post-COVID abogan por “**cuidar al que cuida**” mediante una combinación de políticas públicas, entornos laborales saludables y recursos de apoyo al profesional. En contextos rurales como el del Hospital Básico de Manglaralto, estas medidas revisten especial importancia, ya que el personal suele enfrentar sobrecarga de trabajo y aislamiento geográfico, requiriendo tanto el respaldo gubernamental como iniciativas locales de bienestar para prevenir el *burnout* (Rivera Salazar et al., 2024; OMS, 2022).

2.3.4 Conciliación trabajo-vida desde la perspectiva de género

La conciliación entre las responsabilidades laborales y la vida personal es un desafío central en la gestión del talento humano, y adquiere matices particulares desde una perspectiva de género. Numerosos estudios evidencian que, en promedio, **las profesionales de la salud enfrentan mayores dificultades para equilibrar trabajo y vida familiar que sus pares masculinos**, debido a roles tradicionales de cuidado y responsabilidades domésticas adicionales

(Stanfield, 2023). En América Latina, por ejemplo, las mujeres dedican alrededor de 22 horas semanales al trabajo no remunerado de cuidados, el doble que los hombres (Bustelo *et al.*, 2024), lo que genera una sobrecarga que impacta su bienestar y puede limitar su desarrollo profesional. Durante la pandemia de COVID-19 estas brechas se acentuaron, pues el cierre de escuelas y la mayor demanda de cuidados recayeron desproporcionadamente en las mujeres, incrementando su estrés y agotamiento (RHIhub, 2023).

Adoptar una **perspectiva de género** en las estrategias de conciliación trabajo-vida implica reconocer y abordar estas disparidades. Desde el ámbito internacional se promueve la *corresponsabilidad*, es decir, la distribución equitativa de las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, junto con políticas laborales sensibles al género. Algunas medidas incluyen horarios de trabajo flexibles, licencias parentales adecuadas para ambos padres y facilidades como guarderías en el lugar de trabajo. Sin embargo, un estudio regional señaló que solo 16 países de América Latina ofrecen licencia de paternidad remunerada y, en la mayoría de casos, su duración es de apenas unos días (Stanfield, 2023), lo que evidencia un camino pendiente para equilibrar las cargas familiares. La ausencia de políticas de conciliación robustas no solo afecta la calidad de vida de las trabajadoras, sino que repercute en su desempeño y satisfacción laboral, generando a largo plazo mayor rotación de personal femenino en el sector salud (Pérez Ramos, 2021).

Las investigaciones con enfoque de género destacan que **la dificultad para conciliar trabajo y familia se asocia a niveles más altos de estrés, síntomas psicossomáticos y riesgo de *burnout***, especialmente en mujeres (A.N.A, s. f.) . Por tanto, la prevención del desgaste y la promoción de la motivación en entornos hospitalarios requieren intervenciones que contemplen las necesidades específicas de género. En el contexto rural del Hospital Básico de Manglaralto, estas consideraciones son críticas: muchas profesionales podrían ser madres o tener responsabilidades domésticas significativas, y la lejanía de centros urbanos puede reducir sus redes de apoyo. Incorporar enfoques como jornadas parciales, redistribución equitativa de guardias/noches, permisos por cuidados familiares y apoyo institucional (por ejemplo, convenios para cuidado infantil local) contribuiría a un entorno laboral más inclusivo y atractivo para el talento femenino. De este modo se promueve no solo la equidad de género sino también la retención de personal calificado, al disminuir el conflicto trabajo-familia que afecta la salud mental y la productividad (Pérez Ramos, 2021; Bustelo *et al.*, 2024).

2.3.4 Liderazgo resonante en instituciones hospitalarias

El liderazgo resonante es un estilo de liderazgo basado en la inteligencia emocional, la empatía y la capacidad de generar **“resonancia” emocional positiva** en los equipos de trabajo. A diferencia de enfoques más autocráticos o puramente orientados a tareas, el liderazgo resonante se caracteriza por líderes que **conectan con las necesidades emocionales de sus colaboradores**, fomentando un clima de confianza, respeto e inspiración compartida (Parr *et al.*, 2021). En entornos hospitalarios, donde el estrés laboral es alto y las consecuencias del desánimo pueden ser graves, este tipo de liderazgo adquiere gran relevancia. Evidencia empírica sugiere que los líderes resonantes logran equipos de salud más comprometidos y resilientes: un estudio en Nueva Zelanda encontró que la resonancia en el liderazgo se asociaba significativamente con mejores relaciones laborales, mayor compromiso del personal y hasta con indicadores objetivos de calidad asistencial, como menor tasa de eventos adversos y mayor satisfacción de los pacientes (Swiger *et al.*, 2019). Esto se debe a que los líderes resonantes promueven un sentido de propósito compartido, transmiten calma en las crisis y ofrecen retroalimentación constructiva, lo que mejora tanto el bienestar del trabajador como los resultados organizacionales (Mohammad *et al.*, 2023).

En el contexto de hospitales rurales como el de Manglaralto, el liderazgo resonante puede ser un factor diferenciador para la retención del talento humano. En unidades de menor tamaño, el director hospitalario o los jefes de área interactúan directamente con el personal asistencial en el día a día, teniendo una influencia inmediata en el clima laboral. Un líder resonante en este entorno **escucha activamente las preocupaciones del personal**, muestra comprensión ante las dificultades (por ejemplo, limitaciones de recursos o fatiga por altas cargas de trabajo) y celebra los logros individuales y colectivos, generando orgullo de pertenencia. Estos comportamientos incrementan la satisfacción y el compromiso: se ha documentado que en instituciones de salud donde predomina un liderazgo empático y motivador, los niveles de *burnout* del personal son más bajos y la intención de permanecer en el empleo es más alta (Reynolds *et al.*, 2022; Parr *et al.*, 2021).

Otro componente del liderazgo resonante es la **capacitación y desarrollo de los colaboradores**. El líder resonante actúa como mentor, alentando el crecimiento profesional de su equipo y proporcionándole oportunidades para aprender. Este respaldo al desarrollo no monetario

(vinculado al tema del siguiente apartado) refuerza la motivación intrínseca de médicos, enfermeras y personal administrativo. En Manglaralto, un liderazgo resonante podría manifestarse, por ejemplo, en la implementación de reuniones regulares de retroalimentación positiva, círculos de diálogo para resolver conflictos de forma colaborativa, y programas de reconocimiento público al desempeño sobresaliente. Dichas prácticas contribuyen a un clima organizacional sano y **resonante**, donde las emociones constructivas (entusiasmo, optimismo, sentido de logro) predominan sobre el estrés negativo. En suma, fomentar el liderazgo resonante en la gestión hospitalaria rural es una estrategia integral para mejorar el clima laboral, reducir la rotación y lograr que el talento humano se sienta valorado y comprometido con la misión institucional (Reynolds *et al.*, 2022; Parr *et al.*, 2021).

2.3.5 Desarrollo profesional continuo como incentivo no monetario

El desarrollo profesional continuo (DPC) se refiere a la formación, capacitación y actualización permanente de las competencias de los trabajadores a lo largo de su carrera. En la gestión moderna del talento humano, el DPC es reconocido como **un poderoso incentivo no monetario** que puede mejorar la motivación, la satisfacción laboral y la permanencia del personal en la organización. En el sector salud, donde el conocimiento científico y tecnológico evoluciona rápidamente, brindar oportunidades de capacitación continua no solo beneficia la calidad de la atención, sino que también cumple un rol motivador: los profesionales sienten que crecen, que la institución invierte en ellos y que tienen posibilidades de desarrollo futuro sin necesidad de cambiar de empleo.

Diversos estudios internacionales respaldan esta relación entre DPC y retención del personal. Una revisión sistemática reciente publicada en 2023 encontró que la disponibilidad de **oportunidades de formación continua se asocia con mayor intención de los empleados de permanecer en su trabajo actual y menor intención de renunciar** (Kiptulon *et al.*, 2024). En concreto, la participación regular en cursos, talleres o programas de especialización se vinculó con reducciones significativas en las tasas de rotación y retraso en el retiro temprano, efecto especialmente marcado en empleados jóvenes (Shiri *et al.*, 2023). Estos hallazgos sugieren que el DPC actúa fortaleciendo la satisfacción y el compromiso: algunos estudios incluidos en la revisión muestran que la **capacitación aumenta la satisfacción laboral y el sentido de lealtad**, lo que a su vez disminuye la propensión a buscar otras oportunidades (Atukwatse *et al.*, 2023).

En otras palabras, invertir en el crecimiento profesional del talento humano crea un “círculo virtuoso” donde el empleado retribuye la inversión con mayor permanencia y desempeño.

En Ecuador, las políticas públicas reconocen la importancia de la capacitación como incentivo no monetario. La Ley Orgánica del Servicio Público (2010) contempla el derecho de los servidores a acceder a programas de capacitación y formación continua, buscando promover la eficiencia y el desarrollo de carrera de los funcionarios (Asamblea Nacional, 2010). De igual manera, la Ley Orgánica de Salud ha planteado la creación de una carrera sanitaria que incluya **planes permanentes de capacitación y promoción** para los profesionales de la salud en todo el país (Asamblea Nacional, 2006, art. 205-206). Si bien persisten brechas entre la normativa y su aplicación práctica, estas disposiciones reflejan un consenso: la mejora de las competencias y conocimientos del personal es también una forma de motivación y reconocimiento.

En el Hospital Básico de Manglaralto –por su condición rural y alejada de centros académicos urbanos– el DPC adquiere un valor estratégico aún mayor. Tradicionalmente, uno de los factores que desincentiva a médicos y enfermeras a quedarse en zonas periféricas es la sensación de estancamiento profesional o aislamiento de la comunidad científica. Para contrarrestar ello, se pueden implementar incentivos formativos como: rotaciones temporales en hospitales de mayor complejidad, teleconferencias clínicas, convenios con universidades para cursos a distancia, y sesiones internas de educación médica continua. Estas acciones, más que un costo, deben verse como **inversiones en el talento humano** que pueden fidelizar al personal. Un enfermero que ve posibilidades de especializarse, o un técnico que accede a certificaciones avanzadas, probablemente se sentirá más motivado y comprometido con la institución que facilita su crecimiento. En definitiva, el desarrollo profesional continuo funciona como un incentivo no monetario doblemente beneficioso: enriquece al individuo y fortalece a la organización con un personal más calificado, actualizado y leal (Shiri *et al.*, 2023).

2.3.6 Normativa ecuatoriana aplicable a la gestión del talento humano

En Ecuador, el marco legal vigente sienta las bases para la administración y protección del talento humano en el sector de la salud, estableciendo derechos, deberes e incentivos tanto para trabajadores como para empleadores públicos. Tres cuerpos normativos resultan particularmente relevantes: la Ley Orgánica de Salud, la Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP) y el Código de Trabajo. A continuación, se resumen sus aportes principales en relación

con la gestión de personal médico, de enfermería y administrativo, con especial atención a su aplicación en entornos hospitalarios rurales.

Ley Orgánica de Salud (2006, reformas hasta 2022): Este instrumento legal regula el sistema nacional de salud y enuncia disposiciones específicas sobre el recurso humano sanitario. Entre sus aspectos más destacados, la Ley de Salud establece el **año de salud rural obligatorio** para profesionales recién graduados (médicos, enfermeras, odontólogos, obstetras), como requisito previo a su registro profesional definitivo (MSP, 2018). Esta medida –concebida para asegurar temporalmente la presencia de personal de salud en áreas rurales y urbano-marginales– obliga a cumplir un año de servicios en zonas necesitadas, con remuneración y certificación final por parte del Ministerio de Salud (Asamblea Nacional, 2006, art. 197). Si bien el año rural contribuye a cubrir vacantes en hospitales básicos como el de Manglaralto, la ley por sí sola no garantiza la retención a largo plazo del profesional en la localidad, siendo necesario complementarla con incentivos adicionales (como se discute en apartados previos). La Ley Orgánica de Salud también prevé la creación de una **carrera sanitaria** para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (art. 205), orientada a clasificar los puestos por niveles, promover la formación continua con enfoque de género y asegurar una distribución adecuada del personal en todo el país (Asamblea Nacional, 2006). Asimismo, obliga a las instituciones de salud a implementar programas de capacitación permanente y mecanismos de estímulo no monetario (art. 206), reconociendo jurídicamente la importancia del desarrollo profesional en la motivación del talento humano. Pese a estas provisiones, en la práctica aún se observan brechas en su cumplimiento: por ejemplo, no se ha consolidado plenamente un sistema nacional de incentivos robustos para quienes sirven en zonas rurales, más allá del cumplimiento del año obligatorio.

Ley Orgánica del Servicio Público – LOSEP (2010, reformas hasta 2023): La LOSEP regula las relaciones laborales en el sector público ecuatoriano, incluyendo al personal de los ministerios de Salud, IESS y otras entidades sanitarias estatales. Desde la perspectiva de gestión de talento, la LOSEP garantiza a los servidores públicos **estabilidad laboral** bajo la figura de nombramientos permanentes o contratos indefinidos, sujeto al cumplimiento de periodos de prueba y evaluación del desempeño (Asamblea Nacional, 2010). Este marco brinda certeza en cuanto a la continuidad del empleo, factor crucial para la retención. Adicionalmente, la LOSEP consagra el derecho a la **capacitación continua**: el art. 36 estipula que las instituciones deben

destinar al menos un porcentaje de la masa salarial a programas de formación y especialización de su personal, con miras a mejorar la eficiencia y desarrollo de carrera de los servidores. También contempla incentivos como permisos con remuneración para estudios de cuarto nivel, licencias por capacitación, y sistemas de evaluación que premian la excelencia con ascensos en la carrera administrativa. En términos de motivación, la LOSEP prohíbe prácticas discriminatorias y garantiza condiciones básicas como remuneración digna, jornada máxima de 8 horas diarias y descanso semanal, alineándose con estándares laborales internacionales (Asamblea Nacional, 2010; Código de Trabajo, 2005). No obstante, se ha señalado que la LOSEP, al ser general para todo el sector público, **no aborda de forma específica las particularidades del personal de salud** –por ejemplo, la ruralidad, la exposición a riesgos sanitarios o la necesidad de incentivos adicionales para médicos especialistas– quedando dichas áreas a ser desarrolladas mediante políticas sectoriales del Ministerio de Salud. Para hospitales básicos como el de Manglaralto, regidos por el MSP, la LOSEP provee el paraguas normativo que ampara a sus trabajadores (nombrados y contratados) en cuanto a derechos laborales y oportunidades de capacitación, pero es la normativa de salud la que debe complementarla para atender los desafíos propios de la ruralidad.

Código de Trabajo (última codificación vigente, 2005 con reformas ulteriores):

Aunque la mayoría del personal del Hospital de Manglaralto se rige por el sector público, el Código de Trabajo ecuatoriano es relevante para aquellos casos de contratación bajo régimen civil (por ejemplo, contratos ocasionales, servicios profesionales o personal de limpieza/seguridad tercerizado). El Código de Trabajo establece las normas generales de la relación laboral en el Ecuador, consagrando derechos fundamentales que también benefician al talento humano en salud: salario básico unificado y oportuno, límite de jornada ordinaria en 40 horas semanales, pago de horas extraordinarias y suplementarias con recargo, descansos anuales (vacaciones) y semanales, licencias por maternidad/paternidad, protección contra despido intempestivo de mujeres embarazadas, entre otros (Congreso Nacional, 2005). Estas disposiciones aseguran un piso mínimo de condiciones laborales que inciden en la motivación y bienestar del personal. Por ejemplo, el respeto a la jornada legal y el pago de horas extra son críticos para prevenir la sobrecarga y el agotamiento del personal de enfermería; de igual manera, las licencias de maternidad y lactancia (de hasta 12 semanas y una hora diaria, respectivamente, según el Código) son vitales para apoyar la conciliación trabajo-familia de las profesionales de la

salud. En entornos rurales, es común que existan vacíos de personal que llevan a extender jornadas o asumir múltiples funciones; sin embargo, **el Código funciona como salvaguarda legal** para que dichas situaciones excepcionales no se normalicen en detrimento de los trabajadores. Además, el Código de Trabajo obliga al empleador (sea público o privado) a implementar medidas de seguridad y salud ocupacional, incluyendo la prevención de riesgos psicosociales (art. 56 y siguientes), lo cual conecta con la necesidad de programas anti-*burnout* ya comentada.

Conclusiones de capítulo

El Marco teórico diseñado proporciona el contexto y la base conceptual para comprender y abordar la problemática de la investigación, establece la conexión entre el problema y las teorías existentes en el área del conocimiento, guía el proceso de investigación desde la formulación de la hipótesis y la selección de variables, todo ello sirvió para la orientación de las metodologías lo que permite una adecuada interpretación. Los conceptos definidos en el marco teórico posibilitaron su adecuada definición, así como la integración de las teorías más relevantes y contextualización del estudio permitiendo justificar el aporte de la investigación y la adecuada respuesta al planteamiento del problema.

Capítulo 3: Fundamentos Metodológicos y Resultados de la Investigación

En el presente capítulo se detalla los fundamentos metodológicos que guían el desarrollo del presente estudio, orientado a proponer estrategias integrales para el fortalecimiento del reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto

3.1 Matriz de Operacionalización de Variables

En la *tabla 1*, se detallan la matriz de operacionalización de variables.

Tabla 1 Operacionalización de Variables

TEMA: Estrategias integrales para el reclutamiento, retención y motivación del talento humano del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, gestión 2025.						
Pregunta de investigación	Hipótesis	Objetivo General	Objetivos específicos	Variables estudiadas	Dimensiones	Indicadores
¿Cómo incide la implementación de estrategias integrales en el fortalecimiento del reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, en 2025?	La implementación de estrategias integrales orientadas a la mejora del ambiente laboral, el desarrollo profesional continuo, la estabilidad contractual y el reconocimiento del personal contribuirá significativamente a mejorar la retención y la motivación del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto.	Proponer estrategias integrales que fortalezcan el reclutamiento, la retención y la motivación del personal médico, de enfermería y administrativo en el Hospital Básico de Manglaralto, Ecuador, 2025	1. Determinar los fundamentos teóricos sobre estrategias integrales aplicadas al talento humano en salud. 2. Caracterizar el estado actual del personal en el Hospital Básico de Manglaralto, considerando factores internos y externos. 3. Diseñar una propuesta de estrategias integradas, basadas en evidencias y experiencias exitosas, adaptadas al contexto institucional y territorial del hospital.	Variables Independientes Estrategias integrales de gestión del talento humano Variables Dependientes Reclutamiento Retención del personal Motivación del personal	Ambiente laboral Estabilidad contractual Desarrollo profesional continuo Reconocimiento institucional Procesos de incorporación Permanencia laboral Satisfacción y compromiso organizacional	- Condiciones físicas del entorno de trabajo - Clima organizacional - Relación entre compañeros y líderes - Tipo de contrato (temporal, permanente) - Duración del vínculo laboral - Frecuencia de cambios de personal - Acceso a programas de formación - Existencia de planes de carrera o promoción - Presencia de incentivos o bonificaciones - Número de vacantes cubiertas - Tiempo promedio para contratación - Tasa de rotación anual - Número de renunciaciones voluntarias - Nivel de satisfacción reportado

3.2 Enfoque y Diseño metodológico

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, ya que permite medir de forma objetiva las percepciones, condiciones y necesidades relacionadas con el talento humano del hospital. El enfoque cuantitativo facilita una comprensión estructurada de los factores que inciden en el reclutamiento, la permanencia y la motivación del personal, así como en la identificación de patrones y relaciones estadísticas entre las variables implicadas (Azüero Azüero, 2019)

3.3 Definición del enfoque, diseño de investigación de la tesis

El diseño de la investigación es no experimental, de tipo descriptivo y transversal. Se trata de una investigación descriptiva, porque busca caracterizar la situación actual del talento humano, sus condiciones laborales, percepciones de satisfacción, y elementos motivacionales y contractuales. Además, es transversal, ya que la información será recolectada en un único momento temporal, lo que permite capturar una fotografía representativa del contexto en estudio sin alterar sus variables naturales (Azüero Azüero, 2019)

3.4 Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos

La investigación utiliza una combinación de métodos teóricos y empíricos, lo cual permite generar un análisis integral de la problemática del talento humano en el hospital. Esta triangulación metodológica fortalece la validez de los hallazgos y permite una mejor comprensión del fenómeno desde distintas perspectivas (Gambino & Rincón, 2023).

3.4.1 Métodos teóricos: histórico-lógico y analítico-sintético

Se aplicarán dos métodos teóricos principales:

- **Histórico-lógico:** Se empleará para analizar la evolución de las políticas de gestión del talento humano en salud, y comprender cómo factores institucionales y sociales han influido en la situación actual del personal médico y administrativo en hospitales públicos rurales (Gambino & Rincón, 2023).
- **Analítico-sintético:** Permitirá descomponer la información teórica y empírica en elementos clave, analizarlos por separado y sintetizarlos en propuestas prácticas,

contextualizadas y coherentes con las condiciones del Hospital Básico de Manglaralto (Manterola et al., 2019).

3.4.2 Métodos empíricos: encuesta y análisis documental

- **Encuesta estructurada:** Es el principal instrumento de recolección de datos primarios. Se diseñará un cuestionario con preguntas cerradas, aplicado al personal médico, de enfermería y administrativo. Se incluirán escalas tipo Likert para medir percepciones sobre estabilidad laboral, ambiente organizacional, oportunidades de desarrollo profesional, factores de abandono, entre otros. El instrumento será validado a través de revisión por expertos (Manterola et al., 2019).

El cuestionario estructurado aplicado en esta investigación fue validado mediante la técnica de coherencia teórica, lo que permitió garantizar su pertinencia y adecuación al objeto de estudio. La construcción de los ítems se fundamentó en una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada con la gestión del talento humano en salud, tomando como referencia estudios recientes y validados internacionalmente.

Cada dimensión abordada en el instrumento (reclutamiento, retención, motivación, desarrollo profesional, clima organizacional, entre otras) fue sustentada en investigaciones previas de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), así como en trabajos de autores especializados en bienestar laboral, satisfacción institucional y políticas de recursos humanos en entornos rurales (Dyrbye et al., 2022; de Oliveira et al., 2023; Coyle & Reeve, 2021).

Este proceso de validación teórica aseguró que los ítems del cuestionario correspondan fielmente a los constructos investigados y se encuentren contextualizados a la realidad del Hospital Básico de Manglaralto.

- **Análisis documental:** Se revisarán estudios previos, informes institucionales, y documentos normativos sobre gestión del talento humano en salud, tanto en el contexto

ecuatoriano como internacional. Este análisis permitirá incorporar buenas prácticas y enfoques exitosos ya validados (Manterola et al., 2019).

3.5 Determinación de la muestra y su criterio de selección

La población de estudio está conformada por todo el personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital Básico de Manglaralto.

Criterios de inclusión

- Profesionales con un mínimo de tres meses de experiencia en el hospital.
- Personal contratado bajo cualquier tipo de vínculo laboral vigente en 2025.
- Disposición voluntaria de participación mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal en comisión transitoria o que no tenga funciones activas durante el periodo de recolección.
- Personas que no consientan su participación en la encuesta.

Muestra

Se aplicará un muestreo probabilístico estratificado. La población será segmentada en tres estratos: médicos, personal de enfermería y administrativos. La selección aleatoria dentro de cada grupo garantizará la representatividad de cada subpoblación.

Con base en una población estimada de 80 trabajadores y un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, se proyecta un tamaño muestral de aproximadamente 66 participantes.

Se presentan los resultados de La presente investigación en este capítulo. Con el objetivo de cumplir con los fines planteados en la presente investigación, se llevaron a cabo diversas acciones en el Hospital Básico de Manglaralto. Estas acciones incluyeron la coordinación con la dirección del establecimiento para obtener los permisos necesarios, así como la socialización del proyecto con el personal médico, de enfermería y administrativo, quienes constituyeron la población objetivo.

3.6 Acciones para el trabajo de campo

En base en la metodología previamente expuesta en el capítulo 3, se ejecutó una fase de campo cuyo objetivo fue obtener datos empíricos que reflejaran la situación actual del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto. La planificación contempló la aplicación de una encuesta estructurada de 10 preguntas cerradas al personal médico, de enfermería y administrativo de la institución. El diseño de la encuesta buscó evaluar de manera específica las percepciones, condiciones laborales y elementos motivacionales de los participantes.

Para ello, se gestionaron permisos institucionales a través de la Dirección del Hospital, se notificó al personal sobre el estudio y se obtuvieron los consentimientos informados. La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de abril de 2025 en espacios previamente acordados, garantizando la confidencialidad de los participantes y el anonimato de las respuestas, conforme a los principios éticos de la investigación científica (World Medical Association, 2013).

3.7 Descripción del proceso de aplicación de los instrumentos

Se diseñó y aplicó una encuesta estructurada compuesta por 10 preguntas cerradas, alineadas con los objetivos de la investigación. Las preguntas se enfocaron en identificar aspectos clave como el nivel de satisfacción laboral, las condiciones contractuales, las oportunidades de desarrollo profesional, y las motivaciones o desmotivaciones en el ámbito institucional. El instrumento fue elaborado con base en estudios recientes sobre gestión de talento en el sector salud (Adams et al., 2021; Salazar et al., 2022), y validado mediante juicio de expertos.

3.8 Procesamiento de la información y representación gráfica

Los datos recolectados fueron organizados en una base de datos digital y procesados utilizando herramientas estadísticas descriptivas. Se calcularon frecuencias y porcentajes para cada respuesta, lo cual permitió generar representaciones gráficas que facilitan la visualización

3.9 Análisis e interpretación de los resultados en los datos obtenidos

Los resultados reflejan una realidad laboral compleja dentro del Hospital Básico de Manglaralto. El diagnóstico del contexto laboral revela una percepción generalizada de

inestabilidad, baja motivación y escasas oportunidades de desarrollo profesional. Esta tendencia coincide con hallazgos internacionales, donde la falta de condiciones contractuales justas y reconocimiento profesional son determinantes en la intención de permanencia del personal.

La información recopilada mediante la encuesta cerrada fue sistematizada y organizada en una base de datos para su posterior análisis cuantitativo. La encuesta, aplicada a 30 profesionales del Hospital Básico de Manglaralto entre médicos, personal de enfermería y personal administrativo, permitió obtener una visión detallada sobre las percepciones actuales en torno al reclutamiento, la retención y la motivación del talento humano. Cada pregunta fue analizada individualmente, destacando la alternativa de respuesta más frecuente, su frecuencia y el porcentaje que representa dentro de la muestra total.

Se presenta la representación gráfica y tabular de los resultados de cada una de las 10 preguntas de la encuesta aplicada:

Pregunta 1: ¿Considera que el proceso de selección actual en el hospital es adecuado para atraer talento humano capacitado?

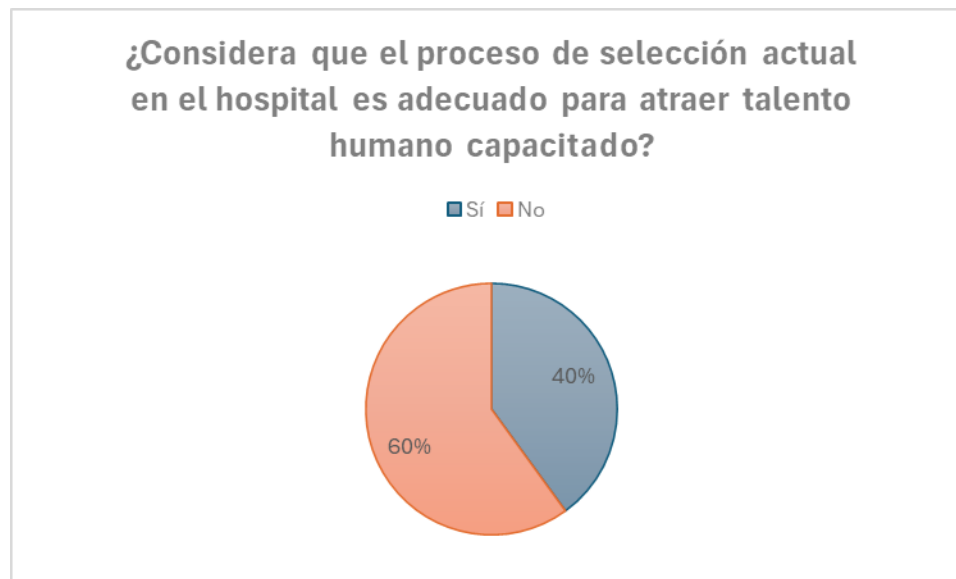
La mayoría de los encuestados (60%) respondió negativamente, lo que refleja una percepción general de insatisfacción con el proceso de selección del hospital. Esta situación puede influir negativamente en la calidad del personal incorporado y, por ende, en la atención ofrecida.

Tabla 2. Resultados de la pregunta 1

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	12	40.0
No	18	60.0

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 1. Resultados de la pregunta 1



Nota: Este gráfico muestra la percepción general del personal sobre el clima laboral en el Hospital Básico de Manglaralto. La mayoría lo considera regular, evidenciando oportunidades de mejora.

Pregunta 2: ¿Está satisfecho con el proceso de inducción que recibió al ingresar a la institución?

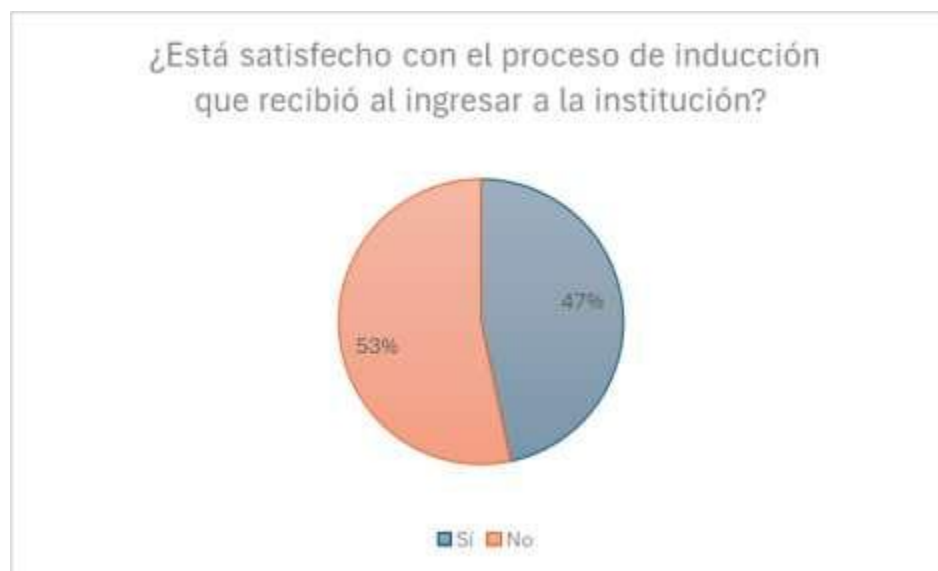
El 53.3% de los participantes respondió “No”, evidenciando una deficiencia en el acompañamiento inicial al nuevo personal. Esto puede generar dificultades en la integración del talento humano al entorno laboral y afectar su desempeño inicial.

Tabla 3. Resultados de la pregunta 2

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	14	46.7
No	16	53.3

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 2. ¿Está satisfecho con el proceso de inducción que recibió al ingresar a la institución?



Nota: Representa la valoración sobre el proceso de inducción o bienvenida institucional. Una proporción importante señala que no fue clara ni suficiente.

Pregunta 3: ¿Cuenta con oportunidades claras de desarrollo profesional dentro del hospital?

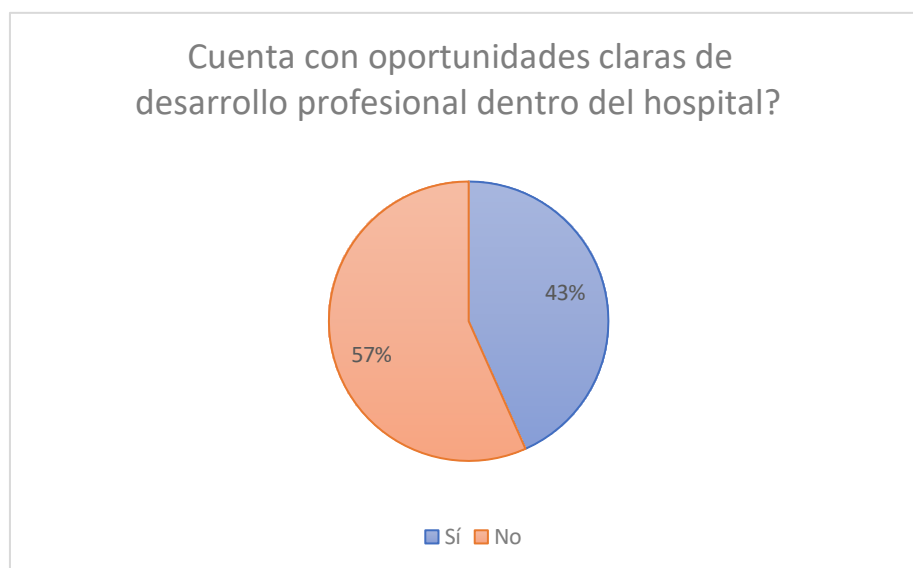
El 56.7% indicó que no tiene oportunidades claras de crecimiento, lo cual representa una limitante importante para la retención del talento humano. Esta situación puede motivar la migración de profesionales a instituciones con mejores perspectivas.

Tabla 4. Resultados de la pregunta 3

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	13	43.3
No	17	56.7

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 3.. Resultados de la pregunta 3



Nota: Describe el nivel de satisfacción respecto al ambiente físico y condiciones laborales. Se identifican percepciones medianamente favorables, aunque con áreas críticas en infraestructura.

Pregunta 4: ¿Ha considerado dejar su puesto en el último año?

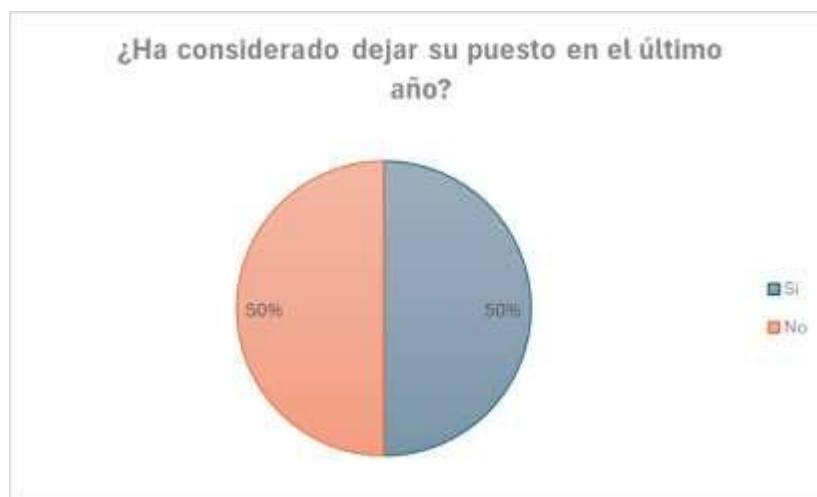
Un 50% de los encuestados respondió afirmativamente. Este dato es preocupante, ya que sugiere una alta rotación potencial que afecta directamente la estabilidad y continuidad en los servicios de salud.

Tabla 5. Resultados de la pregunta 4

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	15	50.0
No	15	50.0

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 4. Resultados de la pregunta 4



Nota: Muestra la percepción sobre la carga laboral. Más de la mitad considera que su carga es excesiva, lo que sugiere riesgo de fatiga y desmotivación.

Pregunta 5: ¿Cuál considera que es la principal razón para que el personal decida abandonar la institución?

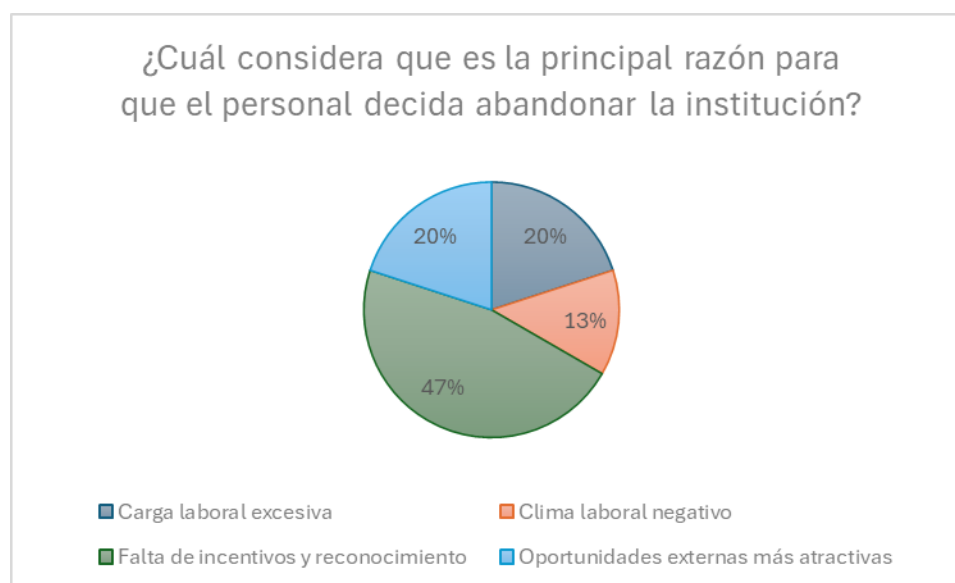
La opción más señalada fue “Falta de incentivos y reconocimiento”, con un 46.7%, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar políticas activas de reconocimiento laboral, uno de los pilares para mantener al personal motivado.

Tabla 6. Resultados de la pregunta 5

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Carga laboral excesiva	6	20.0
Clima laboral negativo	4	13.3
Falta de incentivos y reconocimiento	14	46.7
Oportunidades externas más atractivas	6	20.0

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 5. Resultados de la pregunta 5



Nota: Refleja el grado de acceso a oportunidades de capacitación profesional. Los resultados muestran limitaciones notables en cuanto a actualización continua.

Pregunta 6: ¿Recibe reconocimiento por su trabajo dentro de la institución?

Un 53.3% de los participantes señaló que no percibe reconocimiento, lo cual reafirma los resultados anteriores y apoya la hipótesis de que la motivación está estrechamente vinculada al reconocimiento institucional.

Tabla 7. Resultados de la pregunta 6

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	14	46.7
No	16	53.3

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 6. Resultados de la pregunta 6



Nota: Este gráfico presenta la opinión del personal respecto a la equidad en los procesos de reconocimiento. Predomina la percepción de falta de reconocimiento institucional.

Pregunta 7: ¿Cómo califica su nivel de motivación laboral actualmente?

La opción “Regular” fue la más frecuente, con un 43.3%, indicando una percepción intermedia que, aunque no totalmente negativa, evidencia un área susceptible de mejora mediante políticas de bienestar institucional.

Tabla 8. Resultados de la pregunta 7

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Alta	8	26.7
Regular	13	43.3
Baja	9	30.0

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 7. Resultados de la pregunta 7



Nota: Muestra los motivos principales por los cuales el personal consideraría dejar su puesto. Se destacan factores como el agotamiento y la inestabilidad laboral.

Pregunta 8: ¿Considera que su carga laboral es equilibrada respecto a sus funciones?

El 56.7% respondió negativamente, reflejando una percepción de sobrecarga que podría comprometer la calidad del servicio y el bienestar del personal.

Tabla 9. Resultados de la pregunta 8

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	13	43.3
No	17	56.7

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 8 Resultados de la pregunta 8



Nota: Resume la percepción sobre el liderazgo institucional. Se observa una tendencia crítica hacia la falta de liderazgo motivador y cercano.

Pregunta 9: ¿Ha recibido alguna capacitación en los últimos 12 meses?

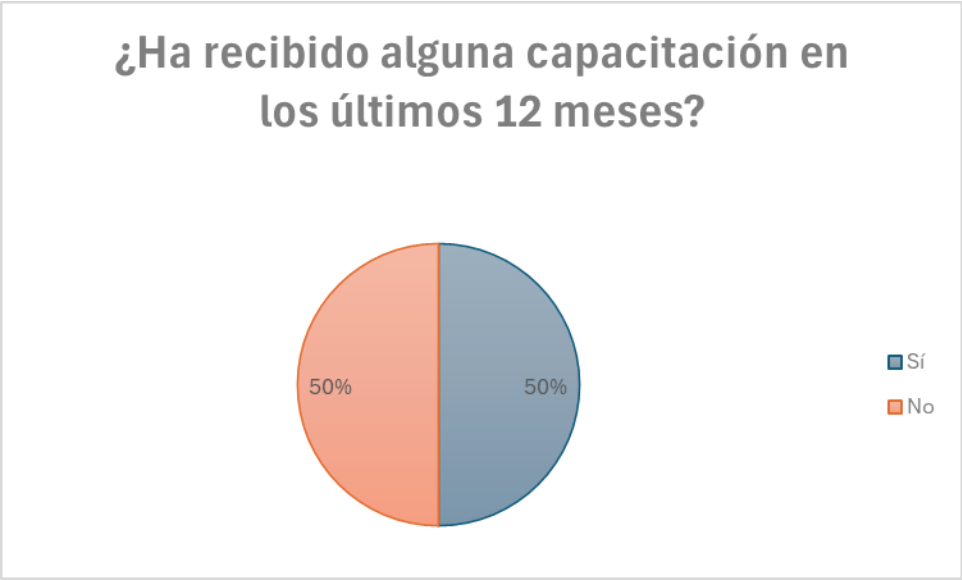
La mitad del personal encuestado respondió que no, lo cual representa una debilidad institucional en la formación continua, clave para mantener la calidad del servicio y la satisfacción del personal.

Tabla 10. Resultados de la pregunta 9

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	15	50.0
No	15	50.0

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 9 Resultados de la pregunta 9



Nota: Evalúa la disposición del personal a participar en estrategias de mejora del clima laboral. La mayoría se muestra abierta a colaborar, lo que representa una oportunidad para la gestión.

Pregunta 10: ¿Considera que la institución promueve un ambiente de trabajo positivo y colaborativo?

El 43.3% señaló que el ambiente es solo “Regular”, lo que puede interpretarse como una señal de alerta sobre el clima organizacional, siendo un factor que afecta directamente la motivación y el compromiso institucional.

Tabla 11. Resultados de la pregunta 10

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bueno	10	33.3
Regular	13	43.3
Malo	7	23.3

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto, 2025.

Gráfico 10. Resultados de la pregunta 10



Nota: Presenta las recomendaciones del personal para mejorar su motivación y permanencia. Se priorizan acciones como mejores condiciones contractuales y programas de bienestar.

4.4 Análisis e interpretación de los resultados en los datos obtenidos

Los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada al personal del Hospital Básico de Manglaralto revelan un conjunto de problemáticas interrelacionadas que reflejan con claridad las tensiones estructurales que enfrenta la institución en cuanto al manejo del talento humano. Al analizar cada pregunta y su correspondiente resultado, emergen patrones que permiten identificar con mayor precisión los desafíos que inciden en los procesos de reclutamiento, retención y motivación del personal.

Uno de los primeros hallazgos destaca que el 60% de los encuestados no considera adecuado el proceso de selección actual, lo que pone en evidencia deficiencias en la captación de personal calificado. Esta percepción, si bien subjetiva, se alinea con investigaciones que subrayan cómo un proceso de selección no estructurado puede comprometer la calidad de los servicios de salud, al incorporar perfiles poco compatibles con las exigencias del entorno hospitalario (Tran et al., 2020). En el contexto rural, como el del Hospital de Manglaralto, estas falencias se agravan, ya que se compite con centros urbanos con mayores incentivos para los profesionales.

En esta misma línea, el 53.3% de los trabajadores manifestó insatisfacción con el proceso de inducción institucional, lo cual representa una falla significativa en la etapa inicial del ciclo de vida del empleado. Una inducción deficiente afecta la integración, reduce la productividad temprana e incrementa la sensación de aislamiento profesional (Schroyer et al., 2021). En instituciones de salud, donde el trabajo en equipo y la comunicación son pilares esenciales, esta debilidad tiene un impacto multiplicador.

Los puntos críticos evidenciados es la ausencia de oportunidades de desarrollo profesional, percibida por el 56.7% de los encuestados. Este dato no solo revela la carencia de políticas de formación continua, sino también la falta de una visión estratégica sobre la gestión del talento humano. Estudios recientes han demostrado que la promoción del desarrollo profesional interno es un determinante clave en la permanencia del personal sanitario (West et al., 2020).

Es particularmente alarmante que la mitad del personal ha considerado dejar su puesto en el último año. Este indicador de intención de rotación puede entenderse como una expresión del desgaste laboral acumulado y de la falta de mecanismos institucionales que fomenten el compromiso. Diversas publicaciones coinciden en que la rotación constante en contextos hospitalarios debilita la continuidad del cuidado y reduce la eficiencia operativa (García-Peña et al., 2023).

La razón más frecuente de abandono señalada fue la falta de incentivos y reconocimiento (46.7%), lo que evidencia una necesidad urgente de implementar mecanismos formales de reconocimiento del desempeño, tanto económico como simbólico. Shanafelt et al. (2019) sostienen que el reconocimiento institucional no solo mejora la moral del trabajador, sino que también reduce los niveles de agotamiento y síndrome de burnout.

A esto se suma que el 53.3% siente que no recibe reconocimiento por su labor, y que la motivación general se percibe como “regular” en el 43.3% de los casos, consolidando una imagen de descontento y agotamiento profesional. Esta percepción de baja motivación es aún más grave cuando se combina con el dato de que el 56.7% considera que su carga laboral no es equilibrada, lo cual se traduce en jornadas extenuantes y escasa satisfacción profesional (Reith, 2022).

La formación continua tampoco se presenta como una fortaleza institucional: el 50% del personal no ha recibido capacitación en el último año, lo cual limita la actualización de conocimientos, impide la mejora de competencias y afecta la calidad del servicio brindado (WHO, 2022). Este aspecto es especialmente sensible en hospitales rurales, donde el acceso a formación suele ser escaso.

El 66.6% del personal califica el ambiente de trabajo como regular o malo, lo que pone en duda la existencia de una cultura organizacional sólida. La percepción del clima institucional es un factor determinante en la productividad, la colaboración interprofesional y el sentido de pertenencia (Yoshida et al., 2021).

Estos resultados no deben leerse de forma aislada. Por el contrario, configuran un entramado complejo que revela la necesidad de diseñar e implementar estrategias integrales, estructuradas y sostenibles para optimizar la gestión del talento humano.

4.5 Redacción de resultados y discusión de regularidades del diagnóstico del problema

El análisis exhaustivo de los resultados ha permitido identificar tres regularidades clave que se repiten a lo largo de la encuesta aplicada, y que constituyen el núcleo del problema identificado en esta investigación.

1. Procesos iniciales institucionales poco estructurados

Los procesos de selección e inducción muestran niveles significativos de insatisfacción. Esta carencia se traduce en dificultades para atraer y adaptar adecuadamente al personal. La falta de estandarización en estos procesos puede comprometer la experiencia del trabajador desde su ingreso, debilitando su conexión con la institución desde etapas tempranas. La literatura reciente enfatiza que una acogida deficiente es uno de los factores que más contribuye al abandono laboral temprano (O'Connor et al., 2020).

2. Falta de reconocimiento y limitada motivación laboral

Los resultados evidencian que el personal no se siente valorado ni reconocido por sus esfuerzos, lo cual deteriora su motivación. El vínculo entre reconocimiento y satisfacción laboral está ampliamente respaldado por estudios actuales que demuestran su relación directa con la

permanencia en el puesto de trabajo (Shanafelt et al., 2019). Además, la combinación entre falta de reconocimiento, baja motivación y sobrecarga laboral crea el escenario perfecto para la deserción o el ausentismo.

3. Ausencia de oportunidades de crecimiento y formación continua

La carencia de planes de desarrollo profesional impide que los trabajadores visualicen un futuro institucional. Sin una perspectiva de crecimiento, la retención se vuelve extremadamente difícil. Tal como lo plantea Lara et al. (2022), invertir en el desarrollo de las competencias del personal no solo incrementa su rendimiento, sino que fortalece el compromiso con la institución.

Estas regularidades convergen con la hipótesis central de esta investigación: que la implementación de estrategias integrales —que consideren la mejora del clima organizacional, la formación profesional, la estabilidad laboral y el reconocimiento del desempeño— tendrá un efecto directo en la retención y motivación del talento humano del hospital.

La evidencia empírica respaldada por estudios internacionales actualizados refuerza la necesidad de repensar el enfoque de gestión del personal en instituciones de salud rurales como el Hospital Básico de Manglaralto, reconociendo que la sostenibilidad del sistema de salud depende, en gran medida, del bienestar y la estabilidad de quienes lo conforman.

Capítulo 4: Propuesta de transformación

A partir de la discusión de los resultados, mediante el análisis de las conclusiones derivadas de la información obtenida y las conclusiones del estudio teórico referencial el autor devela, justifica la necesidad de la propuesta de transformación que establece en su investigación en función de contribuir a la solución del problema científico.

Los resultados de investigación de acuerdo con el aspecto de la realidad que transforman son denominados resultados propositivos y se clasifican en resultados teóricos y prácticos, o teóricos prácticos. Los resultados teóricos son aquellos que permiten enriquecer, modificar o perfeccionar la teoría científica, aportando conocimientos sobre el objeto y sobre los métodos de la investigación de la ciencia, que pueden ser clasificados a su vez en sistemas de conocimientos y metodológicos.

4.1 Fundamentación de propuesta de transformación

En la actualidad, la gestión del talento humano representa uno de los pilares fundamentales en el funcionamiento eficiente y humanizado de las instituciones de salud. La capacidad de atraer, retener y motivar al personal médico, de enfermería y administrativo no solo tiene implicaciones directas sobre la calidad del servicio, sino también sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud, especialmente en zonas rurales o de cobertura limitada como Manglaralto. La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020) ha enfatizado que un personal sanitario motivado y bien gestionado constituye la base para alcanzar una cobertura universal de salud.

Diversos estudios han evidenciado que el agotamiento profesional, la falta de incentivos y el escaso reconocimiento institucional son factores determinantes en la fuga de talento humano en el sector salud. Bodenheimer y Sinsky (2020) afirman que las instituciones que no priorizan el bienestar del personal corren el riesgo de incrementar su rotación y deteriorar la calidad del servicio. Esta problemática se intensifica en hospitales básicos donde la carga laboral suele ser alta y los recursos limitados.

De Oliveira et al. (2023) señalan que la implementación de estrategias integradas, que incluyan planes de desarrollo profesional, programas de bienestar emocional y políticas de reconocimiento, puede reducir significativamente la intención de abandono del cargo. En el Hospital Básico de Manglaralto, los resultados de la encuesta aplicada mostraron que más del

50% del personal no se siente reconocido ni cuenta con oportunidades claras de crecimiento, lo cual refleja una necesidad urgente de intervención estructural.

Estudios recientes han demostrado que el fortalecimiento del clima organizacional y la promoción de liderazgos empáticos son claves para fomentar la estabilidad del talento humano. Dyrbye et al. (2022) destacan que la existencia de un modelo de cultura organizacional positiva tiene un impacto directo en la reducción del estrés ocupacional y mejora el compromiso institucional. Asimismo, Coyle y Reeve (2021) documentan que las instituciones que desarrollan programas de bienestar sostenibles logran disminuir el índice de rotación en un 38% anual.

Por tanto, la propuesta que se plantea busca responder a las carencias detectadas mediante un plan estructurado, adaptado a las particularidades del hospital, que combine estrategias de incorporación, capacitación y fidelización del personal, con una perspectiva integral y sostenible. Esta iniciativa también se sustenta en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), que sugiere diseñar intervenciones personalizadas para entornos vulnerables o con dificultades para atraer personal calificado.

4.2 Estructura de la propuesta de transformación

Objetivo General: Fortalecer el reclutamiento, la retención y la motivación del talento humano a través de estrategias integrales en el Hospital Básico de Manglaralto.

Objetivos Específicos:

1. Establecer mecanismos transparentes y eficientes de selección e inducción de personal.
2. Promover un clima organizacional positivo mediante el reconocimiento y la participación activa del personal.
3. Fortalecer la formación continua y las oportunidades de desarrollo profesional.
4. Desarrollar un sistema de incentivos equitativo y motivador, adaptado al perfil y desempeño de los colaboradores.
5. Evaluar periódicamente el impacto de las estrategias en la satisfacción y permanencia del talento humano.

La intervención se organiza en fases secuenciales.

Fase 1: Diagnóstico Interno y Sensibilización

Tabla 12 Fase 1: Diagnóstico Interno y Sensibilización

Actividad	Descripción	Duración Estimada	Recursos Necesarios
Encuestas de clima organizacional	Aplicación ampliada para detectar factores ocultos de desmotivación	2 semanas	Formularios digitales, personal de talento humano
Talleres de sensibilización	Espacios de reflexión sobre el valor del recurso humano en la institución	1 semana	Facilitadores externos, salón, materiales
Revisión documental interna	Evaluación de políticas actuales de RRHH y manuales de inducción	1 semana	Documentos internos, asesor jurídico

Esta fase permite establecer una línea base diagnóstica para ajustar las estrategias según necesidades reales del personal.

Fase 2: Mejora del Reclutamiento e Inducción

Tabla 13 Mejora del Reclutamiento e Inducción

Actividad	Descripción	Duración Estimada	Recursos Necesarios
Rediseño del proceso de selección	Establecer perfiles claros, meritocracia, entrevistas estructuradas	3 semanas	Equipo de RRHH, software de selección
Implementación de manual de inducción	Creación de documentos y sesiones para nuevos ingresos	2 semanas	Material didáctico, personal formador

Acompañamiento del nuevo personal	Asignar mentores internos por área	2 semanas	Horas de tutoría, seguimiento de supervisores
--	--	-----------	--

Estas acciones aseguran una experiencia positiva de ingreso institucional, facilitando la adaptación del nuevo talento.

Fase 3: Desarrollo Profesional y Reconocimiento

Tabla 14 Desarrollo Profesional y Reconocimiento

Actividad	Descripción	Duración Estimada	Recursos Necesarios
Plan de formación continua	Cursos trimestrales en áreas técnicas, gestión, bienestar emocional	Permanente	Convenios académicos, presupuesto educativo
Programa de reconocimiento	Premios trimestrales, menciones públicas, incentivos simbólicos	Trimestral	Recursos institucionales, comité de evaluación
Encuestas periódicas de satisfacción	Evaluación de la efectividad de los cambios implementados	Semestral	Plataforma de encuestas, análisis estadístico

Esta fase promueve una cultura institucional basada en el mérito, el aprendizaje y la participación.

Fase 4: Clima Organizacional y Bienestar

Tabla 15 Clima Organizacional y Bienestar

Actividad	Descripción	Duración Estimada	Recursos Necesarios
Pausas activas y bienestar físico	Rutinas de relajación, ergonomía, salud mental	Permanente	Coach de salud, tiempo institucional
Comité de bienestar y convivencia	Instancia para canalizar necesidades emocionales y sociales del personal	Permanente	Integrantes de distintas áreas, moderador

Acciones de mejora del ambiente físico	Intervenciones básicas en espacios de trabajo	1 mes	Apoyo logístico, fondos de mantenimiento
---	---	-------	--

Estas actividades contribuyen a un ambiente saludable, mejorando el estado de ánimo y reduciendo el estrés institucional.

4.3 Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación

Para asegurar la pertinencia, eficacia y sostenibilidad de las acciones propuestas, se desarrollará un sistema de evaluación multidimensional, considerando indicadores cuantitativos y cualitativos. A continuación, se presenta la tabla de valoración:

Se considera la satisfacción del personal como un criterio esencial, medido semestralmente mediante encuestas tipo Likert. Este indicador refleja de manera directa la percepción que tienen los colaboradores sobre su entorno laboral y sirve como termómetro del clima organizacional. Asimismo, la tasa de rotación anual permite identificar tendencias en la permanencia del talento humano, y constituye un reflejo del éxito de las políticas de retención. Esta información será obtenida del registro oficial de recursos humanos, lo que aporta objetividad y trazabilidad.

El número de capacitaciones realizadas a lo largo del tiempo ofrece una perspectiva del compromiso institucional con el desarrollo profesional continuo, un factor crucial para la motivación y fidelización del personal. Esta información se recopilará de los registros académicos de la institución. Del mismo modo, se valorará la motivación del personal a través de encuestas de percepción y focus groups aplicados trimestralmente, con el objetivo de captar dimensiones emocionales y culturales que impactan en el rendimiento y compromiso laboral.

Se medirá el cumplimiento del sistema de reconocimiento institucional a partir del número de reconocimientos entregados, los cuales serán documentados en los informes emitidos por el comité de bienestar. Esta variable permitirá verificar si las acciones destinadas a visibilizar y premiar el esfuerzo del personal están siendo efectivamente aplicadas y valoradas.

Tabla 16 Validación

Criterio Evaluado	Indicador	Frecuencia	Instrumento de Medición
Satisfacción del personal	Índice de satisfacción institucional (%)	Semestral	Encuesta Likert
Retención del talento humano	Tasa de rotación anual (%)	Anual	Registro de RRHH
Impacto en desarrollo profesional	Nº de capacitaciones realizadas	Trimestral	Registro académico
Nivel de motivación	Valoración subjetiva del clima laboral	Trimestral	Focus groups y encuestas de percepción
Cumplimiento del reconocimiento	Nº de reconocimientos entregados	Trimestral	Informes del comité de bienestar

Conclusiones

A partir del análisis de los datos recolectados mediante la encuesta aplicada al personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital Básico de Manglaralto, se concluye que existen deficiencias significativas en los procesos de reclutamiento, inducción, desarrollo profesional y reconocimiento institucional. Estas debilidades afectan directamente la motivación y la retención del talento humano, comprometiendo la eficiencia operativa y la calidad del servicio prestado.

Se evidenció que una proporción importante del personal no se siente satisfecho con el proceso de selección ni con la acogida inicial al integrarse a la institución. Además, más del 50% reportó no contar con oportunidades claras de crecimiento profesional ni recibir reconocimiento por su labor. Estas percepciones, combinadas con una carga laboral considerada excesiva por muchos de los encuestados, elevan el riesgo de rotación y disminuyen el compromiso institucional.

En relación con el objetivo de caracterizar el estado actual del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto, los resultados de la encuesta evidenciaron deficiencias críticas en los procesos de selección e inducción, ya que el 60% y 53,3% de los participantes, respectivamente, manifestaron insatisfacción en estas etapas iniciales. Asimismo, se identificó que más del 56,7% no percibe oportunidades claras de desarrollo profesional y el 53,3% no recibe reconocimiento institucional, lo que refleja carencias estructurales que impactan directamente en la motivación del personal.

Con respecto al objetivo de determinar los factores que inciden en la retención y motivación del personal, los hallazgos muestran que la carga laboral excesiva (reportada por el 56,7% de los encuestados), la ausencia de incentivos y la falta de reconocimiento (46,7%) son los principales determinantes de la intención de rotación. La mitad del personal encuestado reconoció haber considerado abandonar su puesto en el último año, lo que confirma un elevado riesgo de inestabilidad institucional.

El objetivo de fundamentar teóricamente estrategias de gestión del talento humano, se constató que los resultados obtenidos en el hospital coinciden con la literatura internacional, que

destaca el reconocimiento, la formación continua, el clima laboral positivo y la estabilidad contractual como ejes clave para la permanencia del personal sanitario.

Frente al objetivo de diseñar una propuesta de estrategias integrales, se concluye que la implementación de un modelo estructurado en fases —diagnóstico, fortalecimiento del reclutamiento, programas de capacitación, mecanismos de reconocimiento y bienestar laboral— constituye una alternativa viable y pertinente para atender las necesidades identificadas. Esta propuesta se alinea con lineamientos de la OMS y OPS sobre retención de talento en áreas rurales, reforzando su aplicabilidad.

De manera general, se valida la hipótesis de investigación: la implementación de estrategias integrales orientadas a la mejora del ambiente laboral, el desarrollo profesional continuo, la estabilidad contractual y el reconocimiento institucional contribuirá significativamente a mejorar la retención y motivación del talento humano. Los hallazgos empíricos respaldan esta afirmación, al evidenciar que las debilidades actuales del hospital se encuentran precisamente en estas dimensiones.

En conclusión, mejorar el entorno laboral mediante estrategias participativas, transparentes y sostenibles puede impactar positivamente en la permanencia y motivación del personal, contribuyendo al fortalecimiento de los servicios de salud locales y a la consolidación de un equipo humano comprometido con la misión institucional.

Recomendaciones

1. A partir de nuestro estudio, desde lo metodológico, se propone fortalecer futuras investigaciones mediante el uso de enfoques mixtos que combinen encuestas, entrevistas y observación, así como ampliar la muestra en hospitales rurales de características similares. Esto permitirá obtener una visión más completa, comparativa y representativa de la gestión del talento humano en salud.
2. En el apartado académico, se recomienda incorporar en la formación de profesionales de la salud y de la gerencia hospitalaria contenidos relacionados con gestión del talento humano, motivación laboral y liderazgo en entornos rurales. Asimismo, resulta pertinente fomentar investigaciones interdisciplinarias que articulen la gerencia, la psicología organizacional y la salud pública, generando aportes innovadores y contextualizados.
3. En el plano práctico, se sugiere rediseñar los procesos de selección e inducción bajo criterios meritocráticos, transparentes y coherentes con las necesidades institucionales; implementar programas de capacitación continua en coordinación con universidades y organismos internacionales; establecer un sistema de reconocimiento que combine incentivos simbólicos y materiales, con evaluaciones justas y equitativas; e impulsar políticas de bienestar laboral que promuevan la salud física, mental y emocional del personal, reduzcan la sobrecarga y fortalezcan el clima organizacional, favoreciendo la motivación y la permanencia del talento humano en el Hospital Básico de Manglaralto.

Bibliografia

- AbdELhay, E. S., Taha, S. M., El-Sayed, M. M., Helaly, S. H., & AbdELhay, I. S. (2025). Nurses retention: The impact of transformational leadership, career growth, work well-being, and work-life Balance. *BMC Nursing*, 24(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02762-1>
- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurðsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C., & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: A framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
- Aguilar-Farias, N., Toledo-Vargas, M., Miranda-Marquez, S., Cortinez-O’Ryan, A., Cristi-Montero, C., Rodriguez-Rodriguez, F., Martino-Fuentealba, P., Okely, A. D., & del Pozo Cruz, B. (2021). Sociodemographic Predictors of Changes in Physical Activity, Screen Time, and Sleep among Toddlers and Preschoolers in Chile during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010176>
- Ajuebor, O., Boniol, M., McIsaac, M., Onyedike, C., & Akl, E. A. (2020). Increasing access to health workers in rural and remote areas: What do stakeholders’ value and find feasible and acceptable? *Human Resources for Health*, 18(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00519-2>
- Akmal, A., Gauld, R., & Penno, E. (2022). Transparency in Healthcare Reporting: The Case of External Contractors and Consultants in New Zealand’s Healthcare System. *International*

Journal of Health Policy and Management, 11(9), 1642-1649.

<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.69>

Alrawahi, S., Sellgren, S. F., Altouby, S., Alwahaibi, N., & Brommels, M. (2020). The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in clinical laboratories in Omani hospitals. *Heliyon*, 6(9).

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04829>

A.N.A. (s. f.). *American Nurses Association, ANA's Principles for Nurse Staffing, 3rd Edition – PatientCareLink*. Recuperado 15 de junio de 2023, de

<https://www.patientcarelink.org/american-nurses-association-anas-principles-for-nurse-staffing-3rd-edition/>

arufu. (2020, mayo 26). WHO Recruitment Code 10-year Review Calls for Increased Safeguards, Engagement from Private Sector Actors. *CGFNS International, Inc.*
<https://www.cgfns.org/who-recruitment-code-10-year-review-calls-for-increased-safeguards-engagement-from-private-sector-actors/>

Atukwatse, J., Niyonzima, V., Asher Aliga, C., Nakandi Serwadda, J., Nankunda, R., Nakiganda, C., Komugabe, P., & Nantongo, H. (2023). Validation of the Safety Attitudes Questionnaire for Assessing Patient Safety Culture in Critical Care Settings of Three Selected Ugandan Hospitals. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 15, 13-23.
<https://doi.org/10.2147/DHPS.S389978>

Azuero Azuero, Á. E. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8 (Julio-Diciembre)), 110-127.

- Bae, S.-H. (2024a). Nurse Staffing, Work Hours, Mandatory Overtime, and Turnover in Acute Care Hospitals Affect Nurse Job Satisfaction, Intent to Leave, and Burnout: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607068.
<https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607068>
- Bae, S.-H. (2024b). Nurse Staffing, Work Hours, Mandatory Overtime, and Turnover in Acute Care Hospitals Affect Nurse Job Satisfaction, Intent to Leave, and Burnout: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Public Health*, 69, 1607068.
<https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607068>
- Bao, M., Wang, H., Huang, C., Wang, L., Xie, C., & Chen, G. (2023). Exploring employment preferences of nurses to improve retention in rural China. *International Journal of Nursing Studies*, 141, 104473. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104473>
- CDC. (2023). *Compartir los resultados de su prueba | Prueba del VIH | Información básica | VIH/SIDA | CDC*. CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-testing/sharing-test-results.html>
- De Vries, N., Lavreysen, O., Boone, A., Bouman, J., Szemik, S., Baranski, K., Godderis, L., & De Winter, P. (2023a). Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare*, 11(13), Article 13.
<https://doi.org/10.3390/healthcare11131887>
- De Vries, N., Lavreysen, O., Boone, A., Bouman, J., Szemik, S., Baranski, K., Godderis, L., & De Winter, P. (2023b). Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. *Healthcare*, 11(13), 1887.
<https://doi.org/10.3390/healthcare11131887>

- Del Ecuador, A. C. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Quito: Tribunal Constitucional del Ecuador. Registro oficial Nro, 449, 79-93.*
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., Zewdie, A., Wolka, E., Nigatu, F., & Assefa, Y. (2024). Barriers and strategies for primary health care workforce development: Synthesis of evidence. *BMC Primary Care, 25*(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02336-1>
- EPSU. (2023). *Urgent action needed to retain health and care workers: New WHO-Europe Framework*. EPSU. <https://www.epsu.org/article/urgent-action-needed-retain-health-and-care-workers-new-who-europe-framework>
- Gambino, F. R. O., & Rincón, L. A. M. (2023). *Análisis de Metodologías y Limitaciones en la Investigación Educativa: Un Estudio Comparativo de Tres Artículos*. https://www.researchgate.net/profile/Liced-Mendez-2/publication/386250775_Analisis_de_Metodologias_y_Limitaciones_en_la_Investigacion_Educativa_Un_Estudio_Comparativo_de_Tres_Articulos/links/674a2bb0359dcb4d9d436ad5/Analisis-de-Metodologias-y-Limitaciones-en-la-Investigacion-Educativa-Un-Estudio-Comparativo-de-Tres-Articulos.pdf
- Jacques DE HALLER (CH). (2021). *Health Workforce*. CPME.Eu. <https://www.cpme.eu/policies-and-projects/professional-practice-and-patients-rights/health-systems-and-health-workforce>
- Jinah, N., Adnan, I. K., Bakit, P., Sharin, I. A., & Lee, K. Y. (2024). Retention strategies for medical doctors in low- and middle-income countries (LMICs): Are they effective? A scoping review. *BMC Health Services Research, 24*(1), 1662. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12154-x>

- Kiptulon, E. K., Elmadani, M., Limungi, G. M., Simon, K., Tóth, L., Horvath, E., Sz\Holl\Hosi, A., Galgalo, D. A., Maté, O., & Siket, A. U. (2024). Transforming nursing work environments: The impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. *BMC health services research*, 24(1), 1-16.
- Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P., & García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.11.005>
- Mehta, V., Ajmera, P., Kalra, S., Miraj, M., Gallani, R., Shaik, R. A., Serhan, H. A., & Sah, R. (2024). Human resource shortage in India's health sector: A scoping review of the current landscape. *BMC Public Health*, 24, 1368. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18850-x>
- Menezes, M. L. B., Giraldo, P. C., Linhares, I. M., Boldrini, N. A. T., & Aragón, M. G. (2021). Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: Enfermedad inflamatoria pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2020602.
- Mermer, O., Zhang, E., & Demir, I. (2025). *Integrated Explainable Ensemble Machine Learning Prediction of Injury Severity in Agricultural Accidents* (p. 2025.02.05.25321769). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2025.02.05.25321769>
- Mitosis, K. D., Lamnisos, D., & Talias, M. A. (2021). Talent Management in Healthcare: A Systematic Qualitative Review. *Sustainability*, 13(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/su13084469>
- MMA. (2022). *Act that Addresses Healthcare Worker Burnout Signed into Law | Minnesota Medical Association*. <https://www.mnmed.org/news-and-publications/news/act-addresses-healthcare-worker-burnout-signed-law>

- Mohammad, H. F., Abou Hashish, E. A., & ElIiethy, N. S. (2023). The Relationship Between Authentic Leadership and Nurses' Resilience: A Mediating Role of Self-Efficacy. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231214213. <https://doi.org/10.1177/23779608231214213>
- MSP. (2018). *11 Objetivos para construir la Agenda de Salud Sostenible de Las Américas 2018-2030 – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/11-objetivos-para-construir-la-agenda-de-salud-sostenible-de-las-americas-2018-2030/>
- Okoroafor, S. C., Ongom, M., Salihu, D., Mohammed, B., Ahmat, A., Osubor, M., Nyoni, J., Nwachukwu, C., Bassey, J., & Alemu, W. (2021). Retention and motivation of health workers in remote and rural areas in Cross River State, Nigeria: A discrete choice experiment. *Journal of Public Health*, 43(Supplement_1), i46-i53. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa236>
- PAHO. (2025, mayo 29). *Human resources for health—PAHO/WHO | Pan American Health Organization*. <https://www.paho.org/en/topics/human-resources-health>
- Penal, C. O. I., & OFICIAL, D. D. R. (2017). Código Orgánico Integral Penal, COIP. *SOLUCIÓN DE SOBREVIVENCIA Y CRECIMIENTO PRODUCTIVO Y ECONÓMICO EN ÉPOCAS DE LOS MICROORGANISMOS*. http://181.113.58.211/documentos/LeyTransparencia_2016/mayo/a2/6%20CODIGO%20ORGANICO%20INTEGRAL%20PENAL.pdf
- Pereira, L., Santos, L., Santos, W., Oliveira, A., & Rattner, D. (2016). Mais Médicos program: Provision of medical doctors in rural, remote and socially vulnerable areas of Brazil, 2013-2014. *Rural and Remote Health*, 16(1). <https://doi.org/10.22605/RRH3616>
- Phanthunane, P., Suwatmakin, A., Konglumpun, N., & Pannarunothai, S. (2025). Job incentives influencing health professionals working in rural and remote areas in Thailand: Finding

- from discrete choice experiment to policy recommendation. *BMC Health Services Research*, 25(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12408-2>
- Ramonfaur, D., & Gómez-Dantés, O. (2024). Mexico's physician shortage: Struggling to bridge the gap. *Lancet Regional Health - Americas*, 41, 100966. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100966>
- RHIhub. (2023). *Rural Healthcare Workforce Overview—Rural Health Information Hub*. <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/health-care-workforce>
- Romero, D. (2024). (PDF) Doctors for the people? The problematic distribution of rural service doctors in Ecuador. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad040>
- Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N., Ramjan, M., Zhao, Y., Hines, S., Humphreys, J. S., & Wakerman, J. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- Russo, G., Perelman, J., Zapata, T., & Šantrić-Milićević, M. (2023). The layered crisis of the primary care medical workforce in the European region: What evidence do we need to identify causes and solutions? *Human Resources for Health*, 21, 55. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00842-4>
- Santana, S., & Pérez-Rico, C. (2023). Dynamics of organizational climate and job satisfaction in healthcare service practice and research: A protocol for a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1186567. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1186567>
- Schaefer, R., Jenkins, L. S., & North, Z. (2021). Retaining doctors and reducing burnout through a flexible work initiative in a rural South African training hospital. *African Journal of*

Primary Health Care & Family Medicine, 13(1), Article 1.

<https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2799>

Stanfield, W. G. (2023). *An Exploration of the Relationship Between Spiritual Coping and Health-Promoting Behaviors Among African Americans with Hypertension: A Mixed Method Study*. Hampton University.

<https://search.proquest.com/openview/1a3e962f1720be3ba23a77fdd0eb873d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Straume, K., Søndena, M. S., & Prydz, P. (2019). Postgraduate training at the ends of the earth—A way to retain physicians? *Rural and Remote Health*, 10(2).

<https://doi.org/10.22605/RRH1356>

Swiger, P. A., Patrician, P. A., Miltner, R. S. S., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S., & Loan, L. A. (2019). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International journal of nursing studies*, 74, 76-84.

Telles, J. P., Tuon, F., Cunha, A., & Rocha, J. L. L. (2025). The burden of limited resources in Latin America on healthcare quality and management. *The Lancet Regional Health – Americas*, 43. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101014>

Twineamatsiko, A., Mugenyi, N., Kuteesa, Y. N., & Livingstone, E. D. (2023). Factors associated with retention of health workers in remote public health centers in Northern Uganda: A cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 21(1), 83.

<https://doi.org/10.1186/s12960-023-00870-0>

Veenstra, G. L., Dabekaussen, K. F. A. A., Molleman, E., Heineman, E., & Welker, G. A. (2022). Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A

mixed-methods systematic review. *Health Care Management Review*, 47(2), 155.

<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000284>

Weichelt, B., Shakespear, K. D., & Fallgatter, T. (2025). *Rural workforce recruitment and retention factors*.

https://www.ruralhealth.us/nationalruralhealth/media/documents/advocacy/nrha-policy-brief-workforce-retention-factors-final-3-7-25_1.pdf

WHO. (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

WHO. (2022). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>

WHO. (2023). *Burn-out an «occupational phenomenon»: International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL HOSPITAL BÁSICO DE MANGLARALTO

Ilustración 1 Encuesta

1. ¿Considera que el proceso de selección actual en el hospital es adecuado para atraer talento humano capacitado?

☐ Sí

☐ No

2. ¿Está satisfecho con el proceso de inducción que recibió al ingresar a la institución?

☐ Sí

☐ No

3. ¿Cuenta con oportunidades claras de desarrollo profesional dentro del hospital?

☐ Sí

☐ No

4. ¿Ha considerado dejar su puesto en el último año?

☐ Sí☐ No

5. ¿Cuál considera que es la principal razón para que el personal decida abandonar la institución?

☐ Carga laboral excesiva☐ Clima laboral negativo☐ Falta de incentivos y reconocimiento☐ Oportunidades externas más atractivas

6. ¿Recibe reconocimiento por su trabajo dentro de la institución?

☐ Sí☐ No

7. ¿Cómo califica su nivel de motivación laboral actualmente?

☐ Alta☐ Regular☐ Baja

8. ¿Considera que su carga laboral es equilibrada respecto a sus funciones?

☐ Sí☐ No

9. ¿Ha recibido alguna capacitación en los últimos 12 meses?

☐ Sí☐ No

10. ¿Considera que la institución promueve un ambiente de trabajo positivo y colaborativo?

☐ Bueno☐ Regular☐ Malo