

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

Maestría en Gerencia para el Desarrollo

Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad

Análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública

Paula Mariana Veliz Ibarra

Tutor: Jairo Israel Rivera Vásquez

Quito, 2025

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación

Yo, Paula Mariana Veliz Ibarra autora del trabajo intitulado: “Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: Análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Gerencia para el Desarrollo en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 24 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

12 de diciembre de 2025

Firma:



Resumen

El acceso equitativo a los servicios de salud universitarios es un componente esencial del derecho a la salud y, al mismo tiempo, un factor que influye directamente en la calidad de la educación superior. El estudio tuvo como objetivo analizar cómo se configura el acceso a los servicios de salud universitarios desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional, bajo un enfoque de equidad. Se desarrolló un estudio de caso único, de enfoque mixto, diseño convergente y corte transversal, aplicado en la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE. La investigación combinó una encuesta aplicada a estudiantes, con grupos focales, entrevistas a funcionarios y análisis documental institucional. El análisis se organizó en seis dimensiones del modelo de acceso, complementadas con tres niveles de gobernanza, capacidades y gestión institucional, y equidad como eje transversal. Los resultados muestran que se dispone de una oferta estructurada de servicios de salud gratuitos y formalmente garantizados, su uso efectivo se ve limitado por restricciones organizativas y comunicacionales. Persisten déficits en disponibilidad y adecuación, ligados a la capacidad instalada, la falta de personal y horarios inflexibles. La accesibilidad, y asequibilidad se ve limitada afectada por factores logísticos y costos indirectos, mientras que la aceptabilidad se valora positivamente pese a tensiones en confidencialidad y estigma. Se identifican áreas prioritarias de mejora en salud mental, por la alta demanda y en comunicación institucional. Se reconocen avances normativos relevantes que incorporan la equidad de género; se identifican oportunidades de fortalecimiento en la articulación institucional, participación estudiantil y el seguimiento con enfoque de derechos. La equidad en el acceso se mantiene como un logro parcial, persisten diferencias significativas según jornada, género, condición económica y discapacidad; la gestión institucional se confirma como un componente decisivo en la configuración de la equidad en el acceso a los servicios de salud. La coordinación y articulación efectiva, la comunicación, el monitoreo y seguimiento continuo se constituyen en factores que favorecen la equidad.

Palabras clave: acceso equitativo, servicios de salud universitarios, gestión institucional, bienestar estudiantil, educación superior

A Eulalia y Vicente,
por enseñarme el valor de la educación y del compromiso con el bien común,
por guiarme siempre con su ejemplo y generosidad.
A mis hijos David y Nicolas y a mi compañero de vida Andrés,
por su paciencia, amor y apoyo constante,
que me acompañaron con ternura en cada etapa de este camino.
A mi abuela Fanny,
por ser el ejemplo de vida y de lucha que me inspira cada día.

Agradecimientos

A Pali, Pame, Carmi, Lolita y a mi madre, por haber asumido con amor y entrega el rol de madres para mis hijos, permitiéndome dedicarme al estudio y a la investigación.

A las y los funcionarios, docentes y autoridades de la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE, por su compromiso, apertura y apoyo en el acceso a la información, fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

Tabla de contenidos

Figuras y tablas.....	15
Introducción.....	17
Capítulo primero: Marco teórico y conceptual.....	19
1. Acceso a la salud en contextos universitarios.....	19
1.1. Modelos de acceso a la atención en salud.....	20
1.2. Determinantes sociales y estructura de oportunidades en salud universitaria.....	21
1.3. Estilos de vida, salud estudiantil y conductas de riesgo.....	21
1.4. Desigualdades de género, diversidad, discapacidad, ruralidad y condición migratoria.....	22
2. Gobernanza universitaria, sostenibilidad institucional y promoción integral del bienestar estudiantil.....	23
2.1. Componentes funcionales de la gestión institucional del acceso a la salud universitaria.....	24
3. Acceso a la salud a nivel global y en América Latina.....	26
3.1. Cobertura sanitaria universal.....	26
3.2. Acceso a servicios de salud de la población de educación superior.....	28
Capítulo segundo: Contexto normativo y situacional del acceso a los servicios de salud universitarios en Ecuador.....	31
1. Marco legal, institucional y evolución de la política de bienestar estudiantil en Ecuador (2008–2025).....	31
2. Caracterización del sistema universitario y de los estudiantes universitarios en Ecuador: perfil sociodemográfico y situación de salud.....	33
2.1. Situación de salud y bienestar de los estudiantes universitarios en Ecuador.....	34
3. Condiciones institucionales del acceso a servicios de salud universitaria: desafíos en cobertura, financiamiento y gestión.....	38
3.1. Iniciativas institucionales y experiencias destacadas en la gestión de salud universitaria.....	42
3.2. Vacíos en la literatura existente y desafíos a investigar sobre el acceso a los servicios de salud de la población de educación superior en Ecuador.....	45

Capítulo tercero: Estudio de caso: acceso a los servicios de salud en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE.....	49
1. Contexto institucional y organización del bienestar en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE	49
1.1. Contexto institucional UFA ESPE.....	49
1.2. Organización del bienestar estudiantil en la UFA ESPE	50
2. Metodología del estudio de caso.....	51
2.1. Diseño y enfoque.....	51
2.2. Fuentes, técnicas y criterios de selección.....	52
2.3. Población y muestra	53
2.4. Análisis de la información.....	54
3. Resultados de la investigación por componentes	57
3.1. Resultados del componente cuantitativo	57
3.2. Resultados del componente cualitativo	70
3.3. Síntesis narrativa y discusión de resultados cualitativos y cuantitativos	80
Capítulo cuarto: Propuesta para fortalecer la gestión orientada mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios y conclusiones finales	86
1. Fundamentación metodológica	86
2. Lineamientos estratégicos institucionales.....	87
2.1. Política integral de salud mental universitaria (prioritario).....	87
2.2. Estrategia institucional de comunicación, visibilidad y promoción del bienestar (prioritario)	88
2.3. Fortalecimiento de la capacidad instalada y cobertura del servicio de salud universitaria	88
2.4. Modernización de la gestión y digitalización de procesos del bienestar.....	89
2.5. Modelo de atención accesible y flexible	89
2.6. Protocolo institucional de atención ética, confidencial y participativa	90
2.7. Gobernanza participativa y corresponsabilidad institucional.....	90
2.8. Plan institucional de desarrollo y estabilidad del talento humano en bienestar universitario.....	91
2.9. Mecanismo de apoyo económico complementario en salud	91
2.10. Articulación interinstitucional para la atención integral en salud.....	91
2.11. Sistema de monitoreo y evaluación de la equidad en salud universitaria.....	92

2.12. . Cultura institucional de salud y bienestar integral (emergente).....	92
3. Corresponsabilidad institucional y colectiva	93
4. Plan de implementación (2026–2028)	95
4.1. Fase I. Alineación y preparación institucional (2026).....	95
4.2. Fase II. Implementación y fortalecimiento (2026–2027).....	95
4.3. Fase III. Consolidación y evaluación participativa (2028).....	96
Conclusiones.....	98
Lista de referencias	100
Anexos	110
Anexo 1: Formato de encuesta Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública.....	110
Anexo 2: Guía para grupos focales con estudiantes	115
Anexo 3: Guías de entrevistas semiestructuradas para autoridades, directivos y funcionarios de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE relacionados con el Bienestar Universitario	117
Anexo 4: Matriz consolidada de documentos institucionales UBUN–ESPE (2022–2025).....	124
Anexo 5: Libro de códigos utilizado en la investigación	126
Anexo 6: Tabla suplementaria 1 Utilización de servicios según tipo de servicios y características sociodemográficas.....	134
Anexo 7: Tabla suplementaria 2 Barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud según características de la población universitaria	135

Figuras y tablas

Figura 1. Facilitadores para el acceso a servicios.....	67
Figura 2. Barreras para el acceso a servicios.....	68
Figura 3. Índice global de acceso y por cada dimensión de acceso.....	69
Figura 4. Índice global de acceso según características sociodemográficas	70
Tabla 1. Indicadores clave comparados ALC vs. OCDE 2019-2021	28
Tabla 2. Vacíos actuales y desafíos para el estudio del acceso a la salud universitaria en Ecuador.....	46
Tabla 3. Fuentes, técnicas y criterios de selección de la investigación	53
Tabla 4. Distribución del uso y la frecuencia de utilización de los servicios de salud universitarios según variables sociodemográficas.....	59
Tabla 5. Conocimiento de la oferta institucional de los servicios de salud según variables sociodemográficas	60
Tabla 6. Accesibilidad percibida ante la necesidad de atención en salud según características sociodemográficas.....	63
Tabla 7. Percepción sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud	66
Tabla 8. Configuración del acceso a servicios de salud desde la experiencia estudiantil..	71
Tabla 9. Percepciones estudiantiles sobre la gobernanza, gestión y capacidades institucionales	73
Tabla 10. Síntesis de las entrevistas a los funcionarios sobre la gestión del acceso a los servicios de salud universitaria.....	75
Tabla 11. Síntesis de las entrevistas a los funcionarios respecto a la configuración del acceso a los servicios de salud desde la gobernanza, capacidades institucionales y gestión operativa de la UFA ESPE.....	77
Tabla 12. Resultados de la revisión documental respecto a la gestión institucional para el acceso a los servicios de salud universitarios	78
Tabla 13. Hallazgos integrados. Configuración del acceso equitativo a los servicios de salud universitarios desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional.....	84
Tabla 14. Corresponsabilidad en la gestión de la salud universitaria	93

Introducción

El acceso a los servicios de salud es un componente fundamental del derecho a la salud reconocido en la Constitución del Ecuador (2008) y en diversos instrumentos internacionales. En el ámbito universitario, este derecho adquiere una importancia particular, ya que la etapa de formación superior representa un momento decisivo en la vida de jóvenes que transitan por procesos intensos de cambio, toma de decisiones y exigencias académicas. Garantizar condiciones reales para el ejercicio de este derecho no solo implica contar con servicios disponibles, sino asegurar que estos sean accesibles, pertinentes y adecuados a las características y necesidades del estudiantado.

En Ecuador, las universidades públicas están llamadas a desempeñar un rol activo en el bienestar de su comunidad, lo que incluye diseñar e implementar servicios de salud que respondan a la diversidad estudiantil. No obstante, múltiples investigaciones evidencian una distancia persistente entre la existencia formal de estos servicios y su uso efectivo. Problemas como el desconocimiento de la oferta, barreras de horarios o ubicación, estigmas sobre la salud mental o la falta de enfoque diferenciado son factores que afectan la utilización de los servicios por parte de los estudiantes. Estas barreras, además, tienden a profundizarse en ciertos grupos según género, etnia, orientación sexual o nivel socioeconómico, generando formas de exclusión que permanecen poco visibilizadas en la gestión institucional.

En este contexto, analizar el acceso a los servicios de salud universitarios requiere ir más allá de un enfoque administrativo o instrumental. Supone reconocer que dicho acceso está determinado por múltiples dimensiones, desde las condiciones de oferta y la disposición institucional, hasta las percepciones, experiencias y trayectorias de vida de quienes demandan atención. Comprender estas dinámicas, desde un enfoque de equidad, es fundamental para avanzar hacia políticas universitarias más inclusivas y efectivas.

Esta investigación adopta un enfoque interdisciplinario que articula la salud pública, la sociología y la gestión educativa, apoyándose en referentes conceptuales como el modelo de acceso (Penchansky y Thomas 1981), los determinantes sociales de la salud (OMS 2008), el enfoque de género en salud (Courtenay 2000), y las propuestas sobre gestión institucional con perspectiva de derechos (Fullan 2007). A partir de este marco, el estudio propone analizar cómo se configura el acceso a los servicios de salud

universitarios desde la experiencia del estudiantado y las capacidades institucionales, tomando como caso una universidad pública urbana del país.

El objetivo general de la investigación es analizar cómo se configura el acceso a los servicios de salud universitarios desde la experiencia del estudiantado y la gestión institucional, con enfoque de equidad, en una universidad pública urbana. Este objetivo orienta el conjunto del proceso analítico y se desagrega en objetivos específicos que guían la revisión conceptual, la caracterización del contexto nacional, el trabajo de campo y la formulación de propuestas. El diseño metodológico mixto que articula herramientas cuantitativas y cualitativas ha sido estructurado como estrategia para responder a la pregunta central de investigación. Esta combinación permite captar tanto patrones generales de acceso como las experiencias y percepciones situadas de quienes utilizan o gestionan los servicios. A partir de estos hallazgos, se busca generar evidencia que contribuya a fortalecer la gestión institucional con enfoque de equidad, en el marco del derecho a la salud y el bienestar estudiantil.

Esta investigación se compone de cuatro capítulos. El Capítulo primero desarrolla el marco teórico y conceptual que sustenta el estudio, presentando los principales enfoques utilizados para analizar el acceso a los servicios de salud en contextos universitarios, así como los conceptos de equidad, y gestión institucional. El Capítulo segundo contextualiza el problema en el ámbito ecuatoriano, abordando el marco normativo vigente y las políticas públicas relacionadas con salud y educación superior, además de revisar datos disponibles sobre salud estudiantil y vacíos en la literatura nacional. El Capítulo tercero expone el estudio de caso realizado en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, describiendo el diseño metodológico, y los hallazgos empíricos obtenidos a través de encuestas, grupos focales, entrevistas, y revisión documental. Finalmente, el Capítulo Cuatro presenta una propuesta orientada a fortalecer el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios, y conclusiones basadas en la evidencia generada.

Capítulo primero

Marco teórico y conceptual

En este capítulo sitúa el acceso a la salud en el panorama global y regional durante los últimos años, donde se plantea la articulación de la cobertura sanitaria universal, la protección financiera y los determinantes sociales que configuran las brechas. Para ello, se muestran cifras sobre el gasto, cobertura, resultados para mostrar el rezago estructural de ALC frente a economías avanzadas y los efectos de la pandemia. Además, enlaza estas disparidades con la población de educación superior, mostrando focos críticos como en salud mental, sexual y reproductiva a nivel mundial y regional.

1. Acceso a la salud en contextos universitarios

El acceso a los servicios de salud constituye una dimensión central del derecho a la salud y una condición habilitante para el ejercicio de otros derechos fundamentales. No se refiere exclusivamente a la existencia de servicios, sino a la posibilidad real, oportuna y equitativa de utilizarlos.

Desde la Organización Mundial de la Salud, OMS y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, mediante de la Resolución CD53.R14, *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, este acceso se ha definido como un principio que genera "la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizativas o de género que impidan a todas las personas acceder de forma equitativa a servicios integrales de salud y llevar una vida sana que promueva su desarrollo y bienestar" (Báscolo et al. 2020).

Este principio adquiere una relevancia particular en el contexto universitario, el cual es caracterizado por la confluencia de procesos de transición vital, presión por la gestión académica, la autonomía emergente y otras vulnerabilidades específicas de una población estudiantil universitaria, la misma que, está conformada mayoritariamente por personas jóvenes, que atraviesan una etapa de cambios significativos no solo físicos, sino mentales y que, en muchos casos, se encuentran alejadas de sus redes familiares de apoyo.

En ese sentido, el análisis realizado en el informe *Apoyando la salud mental y el bienestar de los estudiantes de educación superior (ES)*, por el Instituto Internacional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe (Unesco - Iesalc 2024), "los desafíos

en salud mental entre los estudiantes de ES han surgido como una preocupación importante en varias regiones, [...]" (Unesco - Iesalc 2024, 3). Esta situación plantea la necesidad de revisar las condiciones estructurales e institucionales que configuran el acceso a los servicios de salud mental en el entorno de la educación superior.

1.1. Modelos de acceso a la atención en salud

Uno de los enfoques conceptuales más influyentes en el estudio del acceso es el modelo propuesto por (Penchansky y Thomas 1981), quienes lo definen como el grado de ajuste entre las características del sistema de atención y las expectativas de la población usuaria., para ello se identifican cinco dimensiones, las cuales Zhang et al (2021), las explican de la siguiente manera:

1. Disponibilidad, definida como el ajuste entre la oferta de servicios (en términos de volumen y tipología) y las necesidades de la población usuaria.
2. Accesibilidad geográfica, es la relación espacial entre la ubicación de los servicios de salud y la residencia de los usuarios del sistema, donde se considera la distancia física, el tiempo de desplazamiento y la disponibilidad para transportarse.
3. Asequibilidad, es la capacidad de los usuarios para pagar por los servicios médicos que reciben, sin que eso afecte la cobertura de otros servicios básicos.
4. Adecuación organizativa, la manera y forma en que los servicios se organizan para facilitar el acceso y uso por parte de los usuarios; en este se consideran tiempos de espera, horarios, sistema de citas, disponibilidad y predisposición (capacidad de respuesta) del personal.
5. Aceptabilidad sociocultural, se entiende como el grado de correspondencia que existe entre las características socioculturales del usuario y el sistema de salud (aptitudes, valores, prácticas).

Posteriormente, (Saurman 2016), añadió una sexta dimensión, la conciencia, entendida como el conocimiento que tienen las personas sobre los servicios disponibles y su capacidad para reconocer la necesidad de utilizarlos. Esta perspectiva resulta particularmente pertinente en entornos universitarios, considerando la evidencia empírica de estudios realizados por Rickwood et al. (2014), a estudiantes, muestra como resultados el desconocimiento de los servicios de salud que ofrece su institución o no identifican a tiempo sus necesidades de atención, especialmente en lo que corresponde a la salud mental.

Asimismo, el modelo de acceso centrado en el paciente desarrollado por (Levesque et al. 2013), introduce una comprensión del acceso como un proceso que involucra capacidades individuales (percibir, buscar, llegar, pagar y comprometerse) y dimensiones del sistema de salud. Con este enfoque, se logra visualizar el acceso como una interacción dinámica entre usuarios y prestadores, particularmente útil para el análisis de poblaciones universitarias caracterizadas por su diversidad socioeconómica, cultural y emocional.

1.2. Determinantes sociales y estructura de oportunidades en salud universitaria

El enfoque de los determinantes sociales de la salud, promovido por la OMS (2008), plantea que "la salud de las personas está determinada, en gran medida, por las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como por los sistemas puestos en práctica para afrontar la enfermedad". Esta perspectiva permite superar visiones individualistas, reconociendo que las desigualdades en salud son socialmente producidas, evitables e injustas.

En el ámbito universitario, este marco facilita la comprensión de cómo diversos factores sociales, económicos, culturales, territoriales e institucionales que condicionan el acceso efectivo a los servicios de salud. En tal sentido, Instituto Internacional de la Unesco para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (Unesco - Iesalc 2024), considera que variables como el ingreso, situación laboral, pertenencia étnica, identidad de género, orientación sexual, discapacidad o condición migratoria configuran una estructura diferenciada de oportunidades y barreras.

1.3. Estilos de vida, salud estudiantil y conductas de riesgo

Diversos estudios (Aceijas et al.2017; Gulliver et al. 2012; y Hafeez et al. 2017) documentan que el sedentarismo, consumo de sustancias, alimentación inadecuada y estigma en salud mental son riesgos prevalentes en la vida universitaria. Incorporar estas perspectivas permite una mirada más amplia del acceso a la salud, reconociendo que las decisiones individuales están profundamente influenciadas por contextos estructurales y dinámicas de vida universitaria.

1.4. Desigualdades de género, diversidad, discapacidad, ruralidad y condición migratoria

Numerosos estudios han documentado que las mujeres universitarias enfrentan condiciones estructurales y socioculturales que afectan negativamente su salud integral. Estas incluyen una mayor exposición a la violencia de género, el acoso sexual dentro del entorno académico, la sobrecarga de responsabilidades domésticas y académicas, así como barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Klein 2021; CEPAL 2022 y Gómez-Bravo 2021). Estas realidades configuran un panorama de desigualdad que exige respuestas institucionales con enfoque de género.

Por ello, desde una perspectiva de equidad, abordar la salud de las mujeres en el ámbito universitario requiere políticas específicas que promuevan entornos seguros, servicios accesibles y culturalmente competentes, así como estrategias de prevención y atención integral que respondan a sus experiencias y necesidades particulares. En esa línea, si bien los estudios de género han visibilizado históricamente las inequidades que afectan a las mujeres también resultan relevantes considerar las problemáticas de salud que enfrentan los hombres desde una perspectiva crítica de las masculinidades.

El modelo hegemónico de masculinidad, caracterizado por la autosuficiencia, la fortaleza emocional y la negación de la vulnerabilidad, tiende a desalentar la búsqueda de ayuda en salud mental (Courtenay 2000; Connell y Messerschmidt, 2005). De acuerdo con (Gulliver et al. 2012), se traduce en una menor demanda de servicios, aun cuando existen necesidades reconocidas.

Los hombres jóvenes, en particular, suelen expresar el malestar a través de conductas de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol o la agresividad, lo que refuerza patrones que invisibilizarían el sufrimiento psicosocial que padecen.

Asimismo, las personas LGBTIQ+ se enfrentan a múltiples formas de exclusión en los espacios universitarios, incluyendo la discriminación institucional, la estigmatización social y la falta de atención culturalmente pertinente. Estas condiciones, afectan de manera particular la salud mental y el bienestar emocional y, actúan como barreras para el acceso y la permanencia en servicios de salud (Urgilés-León et al. 2020; Hafeez et al. 2017).

Las personas con discapacidad, por ejemplo, enfrentan obstáculos tanto físicos como actitudinales en las instituciones de educación superior. Estos incluyen desde infraestructuras no adaptadas hasta la escasez de materiales accesibles y la limitada

capacitación del personal en enfoques inclusivos (Yunga 2022). Invisibilizar estas necesidades reproduce su exclusión del ejercicio pleno del derecho a la salud.

De igual manera, estudiantes provenientes de zonas rurales experimentan desigualdades derivadas del desarraigo territorial, la distancia respecto a sus redes de apoyo familiar y comunitario, así como una menor familiaridad con los sistemas institucionales. Estas condiciones, afectan su capacidad de conocer y utilizar los servicios disponibles, y tienden a intensificarse en el caso de estudiantes indígenas rurales, cuya experiencia universitaria está atravesada por múltiples ejes de exclusión (Handa et al. 2023).

2. Gobernanza universitaria, sostenibilidad institucional y promoción integral del bienestar estudiantil

La gobernanza universitaria para (Brennan 2010), puede entenderse como el conjunto de procesos, estructuras y dinámicas mediante los cuales se toman decisiones, se definen prioridades y se distribuyen recursos dentro de las instituciones de educación superior. Esta perspectiva permite analizar cómo se articulan las funciones sustantivas universitarias con la planificación estratégica, la rendición de cuentas y la participación de los actores institucionales.

En el ámbito del bienestar estudiantil y servicios de salud, la gobernanza adquiere una relevancia particular, ya que define las condiciones organizativas y políticas que permiten, o limitan, el acceso a servicios de salud, apoyo psicosocial y acompañamiento integral. En este sentido, el acceso a la salud no puede abordarse únicamente desde una lógica prestacional o asistencial, sino como una función estratégica que debe integrarse en la misión institucional y en las políticas universitarias de largo plazo.

Desde el enfoque del cambio educativo propuesto por (Fullan 2007), las transformaciones sostenibles en el campo del bienestar requieren liderazgo comprometido, visión compartida, construcción de capacidades institucionales y una cultura organizacional que favorezca el trabajo colaborativo. No se trata solo de implementar programas aislados, sino de generar estructuras y procesos que permitan sostener el cambio y responder a contextos diversos.

En ese sentido, a nivel regional, diversos estudios han señalado que los servicios de bienestar operan muchas veces de forma fragmentada, sin estrategias claras de evaluación y con coberturas restringidas. La pandemia por el COVID-19 expuso con mayor claridad estas debilidades, generando una demanda creciente, especialmente en

salud mental, la cual superó las capacidades de respuesta institucional (Cano y Valencia 2021; Duffy 2019).

En este contexto, el modelo de universidades promotoras de salud ofrece un marco estratégico para reorientar el papel institucional en relación con la salud y el bienestar estudiantil. Esta propuesta, impulsada por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (Senescyt 2015), plantea la integración de la salud en todas las funciones universitarias, la promoción de entornos saludables, la consolidación de una cultura del cuidado y la generación de estructuras de gobernanza que garanticen sostenibilidad, equidad y corresponsabilidad.

2.1. Componentes funcionales de la gestión institucional del acceso a la salud universitaria

En el ámbito de la educación superior, la gestión institucional de la salud cumple un doble propósito, el primero operativizar los principios del derecho a la salud y la equidad y, el segundo favorecer la permanencia educativa mediante acciones preventivas y de acompañamiento integral. De acuerdo con la Ley Orgánica de Educación Superior (Ecuador 2008) y los lineamientos del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES 2023), los servicios de bienestar incluidos los de salud, constituyen funciones sustantivas universitarias, orientadas al desarrollo integral de los estudiantes.

Esta gestión puede analizarse en tres dimensiones interrelacionadas que explican cómo las decisiones institucionales se traducen en condiciones efectivas de acceso y equidad:

- a) **Gobernanza y marco político-estratégico:** La gobernanza universitaria se refiere al modo en que las instituciones definen prioridades, asignan recursos y rinden cuentas, articulando sus funciones académicas con las políticas de bienestar. Según (Rhodes 1996), la gobernanza implica una red de coordinación y liderazgo que trasciende las jerarquías formales y vincula a diversos actores institucionales en torno a objetivos compartidos.

En el ámbito de la salud universitaria, este componente expresa el compromiso político con la equidad y el bienestar, visible en la existencia de normativas, planes estratégicos y mecanismos de planificación. Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud (OMS 2008), las decisiones de gobierno pueden reducir o ampliar las brechas de acceso, dependiendo de la capacidad

institucional para coordinar niveles, articular con actores externos y sostener mecanismos de evaluación y rendición de cuentas.

Una gobernanza sólida, por tanto, no se limita a emitir normas, sino que garantiza que la salud sea reconocida como un derecho institucionalmente protegido y socialmente compartido, condición esencial para la permanencia y el desarrollo académico.

- b) Capacidades institucionales y sostenibilidad: Las capacidades institucionales representan la habilidad organizativa para implementar y sostener políticas de bienestar en el tiempo. De acuerdo con (Fullan 2007), estas capacidades dependen del liderazgo compartido, la cooperación interdepartamental y la existencia de procesos de aprendizaje institucional que fortalezcan la adaptación y la mejora continua.

En el contexto universitario, estas capacidades se reflejan en la estructura y funcionamiento de las unidades de bienestar, la disponibilidad y estabilidad del personal, la adecuación de la infraestructura y el equipamiento, la previsibilidad presupuestaria y la formación técnica y ética del personal. Desde el principio de equidad institucional Whitehead (1991) y la OMS (2008), la sostenibilidad requiere que estos recursos se distribuyan de manera justa entre sedes, jornadas y grupos diversos, garantizando cobertura y continuidad.

En este nivel, las capacidades se entienden no solo como recursos materiales o humanos, sino como condiciones estructurales que posibilitan la interacción efectiva entre la institución y su comunidad, permitiendo que los procesos posteriores de gestión incorporen retroalimentación y adaptación. Así, las capacidades constituyen la base sobre la cual se sostiene la gestión equitativa del acceso.

- c) Gestión operativa y articulación con los usuarios: La gestión operativa constituye el espacio donde las políticas institucionales se traducen en prácticas cotidianas de acceso. Desde la gestión pública relacional (Bryson et al. 2014), su efectividad depende de la coordinación entre actores y áreas, y de la articulación con los estudiantes como participantes activos del bienestar. Garantizar el acceso implica no solo disponer de servicios, sino establecer canales bidireccionales de comunicación y participación que conecten la oferta institucional con las necesidades reales de la comunidad universitaria.

El modelo de acceso de (Penchansky y Thomas 1981), ampliado por (Saurman 2016), orienta esta gestión hacia la concreción de seis dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación organizativa, aceptabilidad y conciencia. En el contexto universitario, esto se expresa en la pertinencia y oportunidad de la atención, la continuidad del acompañamiento, la confidencialidad y la flexibilidad frente a las exigencias académicas.

Siguiendo el enfoque de aprendizaje organizacional (Fullan 2007), la gestión del acceso requiere procesos sistemáticos de retroalimentación con los estudiantes que permitan ajustar prácticas, eliminar barreras y fortalecer la equidad. De este modo, la articulación entre institución y usuarios convierte al bienestar en un proceso colaborativo, donde la participación estudiantil complementa la acción institucional para garantizar un acceso efectivo y equitativo.

3. Acceso a la salud a nivel global y en América Latina

En este apartado se aborda una revisión sobre la situación del acceso a la salud a nivel global y en la región, con la finalidad de establecer un acercamiento sobre el estado en que se encuentra el tema de investigación. Se considera el análisis respecto a la cobertura sanitaria universal y el acceso a los servicios de salud de la población de educación superior.

3.1. Cobertura sanitaria universal

La cobertura sanitaria universal (CSU) tiene como objetivo que todas las personas puedan acceder, cuando lo requieran, a servicios de salud de calidad adecuados a sus necesidades, sin embargo, este objetivo avanza lentamente con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) planteados al 2030. Entre el 2000 y 2021 se generó una reducción del porcentaje de cobertura en la población mundial en un 15 %, lo cual significó que, en 2021 al menos unos 4500 millones de habitantes no estaban cubiertos plenamente con servicios de salud esenciales (WHO 2025).

Esta realidad se evidencia en las Américas, a partir del análisis de tres indicadores claves, *las necesidades insatisfechas de atención, cobertura de servicios esenciales y protección financiera*, con los cuales, se evidencia que en el 2021, en consonancia con las cifras globales, la cobertura en salud disminuyó del 80 % registrado en el 2019 al 74

%. Además, en un 1,5 % y 7,8 % de la población se incurre en gastos directos catastróficos por salud, y 14,2 % renuncia a atención por razones económicas. (PAHO 2024, 10).

En el informe de *Avances hacia la salud universal en la región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud*, donde se recogen datos sobre 17 estados miembros, se tiene que, “las tendencias y desigualdades en materia de necesidades insatisfechas de atención de salud medidas hasta el 2022, en países como Colombia, El Salvador y Perú, pone de manifiesto una disparidad persistente entre el quintil de ingresos más bajos (quintil 1) y el de ingresos más altos (quintil 5)” (PAHO 2024, 12), cifras que evidencian severas brechas en el acceso.

El gasto en materia de salud en América Latina y el Caribe – ALC al 2019 fue del 6,9 % del producto interno bruto (PIB) de la región, lo cual, evidencia una financiación menor incluso respecto al 8,5 % ejecutado por los países miembros de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos* – OCDE; en esa línea, se tiene que, solo el 57 % de ese gasto en ALC tiene cobertura pública y obligatoria, mientras que para la OCDE el promedio fue del 74 %, con planes de pago voluntarios en la región que alcanzaron a ese mismo año el 11 %, frente a un 6% de promedio en la OCDE. Como resultado, se tiene que el 1,7 % de la población regional se empobrece anualmente por gastos en salud, y otro 12,7 % sufre mayor indigencia (OECD/The World Bank 2023, 12).

Considerando la situación actual, estas cifras alertan sobre la urgencia de superar la meta recomendada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde la inversión mínima sugerida es del 6 % del PIB, del cual al menos el 30 % debe destinarse a la atención primaria en salud, lo cual permitiría un mejor abordaje de los determinantes sociales estructurales asociados a los contextos políticos y económicos que los Estados deben proveer (PAHO 2025, Key facts).

Las barreras estructurales y determinantes sociales agravan las formas de inequidades para la región, en el año 2022, se registró que el 29 % de latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza, del cual el 11,2 % habita en pobreza extrema; desigualdad que, se presenta en los más pobres cuyos quintiles ocupan, por ejemplo, las tasas de mortalidad materna y mortalidad infantil más altas, llegando a ser 7 y 4.5 veces mayor que los ricos respectivamente (PAHO 2025, Key facts).

De igual manera, en lo que corresponde al acceso desigual a los servicios básicos, como el agua, saneamiento, electricidad, en el análisis sobre los *Determinantes sociales*

de la salud que realiza la OPS, se tiene que, en el 2019 se registró que el índice de mortalidad, aquel asociado con insalubridad en el agua fue 6 veces mayor en las zonas o barrios más pobres. Además, la reciente pandemia del COVID-19 en el 2020, disparó la concentración de muertes en un 27% donde los servicios esenciales fueron perturbados en el 92 % de los países, llegando a tener 25 millones de niños menores de 5 años sin el esquema de vacunación previsto (WHO 2025). En la Tabla 1 se muestra un resumen de los indicadores claves entre ALC y la OCDE, donde se evidencia las diferencias estructurales y de resultados de salud en el período 2019 a 2021 (antes y después de la pandemia).

Tabla 1
Indicadores clave comparados ALC vs. OCDE 2019-2021

Indicador	América Latina y el Caribe (2019-2021)	OCDE (2019 al 2021)
Gasto público en salud (% del PIB)	6,9 % (2019)	8,5 % (2019)
Gasto de bolsillo (% del gasto)	32,4 % (2019)	20 % (2019)
Esperanza de vida	75,1 (años, 2021)	80,4 (años, 2021)
Mortalidad infantil	15 % (2020)	5 % (2020)
Mortalidad materna	97 (/100.000; 2020)	10 (/100.000; 2020)

Fuente: Adaptada a partir de los datos de Organización mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud OMS (WHO 2025; PAHO 2024, 176).

Nota. Estos indicadores ilustran que, aunque ALC ha reducido brechas, se tiene, por ejemplo, el indicador de vida media +4 años desde 2000), persisten rezagos sanitarios en comparación con economías avanzadas (EMI e IMS 2–10× mayores)

3.2. Acceso a servicios de salud de la población de educación superior

De acuerdo a los resultados presentados por la UNESCO en el informe sobre, *Higher Education: Figures at a glance 2023*, la matrícula mundial de educación superior fue de 264 millones de estudiantes, pasando del 19 % en el año 2 000 al 43 % en 2023, siendo de este total 137 millones de mujeres, es decir, para ese año se tuvo 113 mujeres matriculadas en educación superior por cada 100 hombres, cifra que desde el 2 015 viene en ambiente, en América Latina y el Caribe, el índice de paridad de género es de 1,29. Esto permitió que, en promedio a nivel global en el 2 023, más de 1 de cada 4 jóvenes haya completado una licenciatura o maestría, en comparación con menos de 1 de cada 5 en 2 000 (Unesco 2025, 2-5).

En ese sentido, para el 2023 en ALC le correspondió 58 millones de estudiantes matriculados en educación superior (Unesco 2025, 2), por lo que, esa población demanda una intervención de los Estados que garantice el acceso a los servicios de salud, mejorando los determinantes sociales antes descritos.

En algunos países, hasta el 50 % de los estudiantes registraron “problemas de salud mental, de esta cifra, aproximadamente el 20 % sufre depresión, el 15 % ha tenido pensamientos suicidas y el 2-3 % ha intentado suicidarse, situación que ha ido aumentando en muchos países y que se disparó durante la pandemia de COVID-19” (Unesco - Iesalc 2024).

Respecto a la salud sexual, la Organización Mundial de la Salud establece en su declaración que, “[...] un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, [...] los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud” (WHO 2024, Definiciones). En ese marco, la población estudiantil de educación superior debe contar con una oferta de servicios como anticoncepción, diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, aborto legal seguro, etc., así como la promoción de una sexualidad sana.

En ese ámbito, la UNESCO al 2022, señala que sólo el 34 % de los jóvenes a nivel mundial conocen sobre los métodos de prevención y transmisión del VIH (Delgado 2022), lo que deja ver que, la falta de acceso a formación y educación sexual integral es una barrera que genera desconocimiento y con ello, recibir discriminación, acoso sexual y violencia de género. En Costa Rica, por ejemplo, el 43 % de estudiantes universitarios encuestados, manifestaron haber sido víctima de acoso sexual en la universidad (Unidas World 2023, párr. 3). Este tipo de hechos evidencian como se atenta contra el derecho a la salud y a un ambiente seguro, reflejando la necesidad de políticas sólidas de género en los entornos de educación superior. La equidad de género es clave en los entornos educativos, más aún con la creciente participación de las mujeres en los establecimientos de educación superior.

Capítulo segundo

Contexto normativo y situacional del acceso a los servicios de salud universitarios en Ecuador

En este capítulo se ofrece una visión sobre el acceso integral a la salud en la población de estudiantes de educación superior, donde se examina el marco legal e institucional que sostiene el bienestar estudiantil, se caracteriza el sistema y el perfil sociodemográfico del estudiantado y, se analiza las condiciones de acceso en términos de cobertura, financiamiento, gestión y articulación. De igual forma, se analiza que a pesar de todo el marco normativo revisado persisten brechas de equidad, heterogeneidad operativa y débil monitoreo.

1. Marco legal, institucional y evolución de la política de bienestar estudiantil en Ecuador (2008–2025)

El acceso equitativo a los servicios de salud y bienestar en la educación superior ecuatoriana se sustenta en un marco jurídico que ha evolucionado progresivamente en las últimas dos décadas, articulando derechos constitucionales, obligaciones institucionales y mecanismos de aseguramiento de la calidad.

La Constitución de la República del Ecuador reconoce expresamente a la salud como un derecho garantizado por el Estado, estrechamente vinculado al ejercicio de otros derechos fundamentales, y bajo principios de equidad, interculturalidad y enfoque de género. Asimismo, establece que la educación superior constituye un servicio público de interés general, orientado no solo al acceso y la permanencia, sino también al desarrollo integral del estudiantado, lo que sienta las bases legales para incorporar el bienestar estudiantil como un componente sustantivo de la vida universitaria (Ecuador 2008, art. 28 y 32).

Este mandato constitucional se operacionaliza mediante la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), promulgada en 2010, que introduce la obligación de que todas las instituciones de educación superior (IES) cuenten con una Unidad de Bienestar Estudiantil (UBE). De acuerdo con el artículo 86 de esta norma, dichas unidades deben brindar servicios de apoyo integral, incluyendo orientación vocacional, asesoría

psicosocial, ayudas económicas, atención médica y psicológica, y actividades que favorezcan la permanencia y el bienestar de los estudiantes (Ecuador 2008, art. 86).

En el año 2018, se reforma la citada norma, fortaleciéndola al integrar el enfoque explícito de inclusión. Haciendo que las UBE den atención específica a los estudiantes con discapacidad, implementen espacios de cuidado infantil para madres y padres estudiantes, y la promoción de la convivencia intercultural y el respeto a las diversidades.

Además, la Ley Orgánica de Salud Mental (Ecuador 2024), incluye un enfoque intersectorial que reconoce expresamente a las instituciones educativas como espacios clave para la promoción de la salud mental, prevención del suicidio y garantía del bienestar psicosocial, lo que refuerza el mandato para que las universidades integren servicios adecuados de atención emocional.

En paralelo, otras normas sectoriales contribuyen a sustentar esta política. La Ley Orgánica de Salud (Ecuador 2006), designa al Ministerio de Salud Pública (MSP) como autoridad sanitaria nacional, responsable de la formulación de políticas públicas de salud, coordinación intersectorial y regulación de la formación de recursos humanos en salud. Aunque esta ley no se refiere de forma específica a la educación superior, su papel es fundamental para articular respuestas conjuntas con las universidades, particularmente en la atención médica, salud mental, prevención y promoción de la salud.

Además del marco legal, la evolución institucional del bienestar estudiantil ha sido acompañada por transformaciones en los mecanismos de aseguramiento de la calidad universitaria. El extinto Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CEAACES) incorporó desde el año 2013, indicadores vinculados al entorno y apoyo estudiantil en sus modelos de evaluación institucional, lo cual, para (Coello et al. 2019), incentivó a muchas universidades a fortalecer sus unidades de bienestar.

Este enfoque fue asumido posteriormente por el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), que mantiene a la fecha criterios relacionados con la existencia, funcionamiento y efectividad de las unidades de bienestar universitario como dimensiones clave dentro de los procesos de evaluación externa y acreditación (CACES y UDLA 2022). En particular, el *Modelo de evaluación externa con fines de acreditación para el aseguramiento de la calidad de las UEP – 2023* del CACES, establece como criterio específico la existencia de una unidad de bienestar estudiantil con políticas, recursos, cobertura y articulación con otros servicios, además de considerar su evaluación como parte del modelo de calidad universitaria (CACES 2023).

En la práctica, los servicios de salud en las instituciones de educación superior se ofrecen principalmente a través de las Unidades de Bienestar Estudiantil; unidades encargadas de brindar atención médica básica, apoyo psicológico, orientación en salud sexual y reproductiva, y acompañamiento psicosocial, ya sea mediante personal propio o en coordinación con el Ministerio de Salud Pública u otros actores. Por lo tanto, las UBES no solo representan un espacio de gestión administrativa, sino que constituyen el principal canal institucional mediante el cual se materializa el derecho a la salud en el ámbito universitario.

Con este antecedente, el marco jurídico-institucional que regula el bienestar estudiantil en Ecuador ha transitado desde una visión asistencial limitada hacia un enfoque integral, inclusivo y basado en derechos. No obstante, su implementación efectiva sigue enfrentando desafíos importantes, como la asignación desigual de recursos, la falta de sistemas nacionales de monitoreo y la escasa participación estudiantil en la gestión de estas políticas.

2. Caracterización del sistema universitario y de los estudiantes universitarios en Ecuador: perfil sociodemográfico y situación de salud

El análisis del sistema universitario ecuatoriano y del perfil de sus estudiantes permite comprender las condiciones estructurales que inciden en el acceso y la garantía del bienestar integral en este nivel educativo. Con una matrícula diversa y creciente, conformada mayoritariamente por jóvenes, mujeres, personas de sectores populares y estudiantes en movilidad, la educación superior refleja desigualdades históricas y nuevas demandas sociales. Estas características condicionan tanto la formulación como la implementación efectiva de políticas de salud universitaria, en un contexto marcado por la concentración geográfica de las instituciones, las brechas territoriales y la limitada cobertura de servicios especializados.

El sistema de educación superior del Ecuador “tiene 261 instituciones, de las cuales 107 son públicas y 154 son particulares; de instituciones públicas 31 son universidades y escuelas politécnicas y 76 son institutos técnicos y tecnológicos (incluidos conservatorios)” (Senescyt 2021, 9). Estas instituciones se localizan de forma heterogénea en el territorio nacional, concentrándose mayoritariamente en zonas urbanas de las provincias de Pichincha, Guayas y Azuay, (Senescyt 2020, 5).

En 2023, “el número de estudiantes matriculados en la enseñanza superior a nivel nacional alcanzó una cobertura de 987 711, de los cuales 604 646 corresponden a

estudiantes registrados en instituciones públicas, siendo Galápagos la provincia con el mayor valor de la producción por alumno en actividades de enseñanza, con una relación de 5 014 dólares por alumno; estas cifras se sustentan en la destinación de destino 1 267 millones de dólares para la educación superior pública”. (INEC 2024, 34)

En ese sentido, analizando el perfil sociodemográfico histórico de los estudiantes de educación superior en Ecuador, este se conforma mayoritariamente por jóvenes entre 18 y 29 años, con una leve mayoría femenina (53 % mujeres frente a 47 % hombres). De igual manera, la matrícula se concentra geográficamente en las provincias de Pichincha (25,3 %), Guayas (20,08 %), Loja (10,20%), Azuay (6,60 %), Manabí (8,96 %), el resto de las regiones rurales y amazónicas presentan menores tasas de acceso. En cuanto a la composición étnica, un 71 % se autoidentifica como mestizo, “mientras que, para, afroecuatorianos, indígenas, blancos y mulatos se reportó un 5 %, 2,6 %, 1,69 % y 1,51 % respectivamente” (Senescyt 2020, 5-6)

La información disponible sobre las personas con discapacidad en Ecuador presenta importantes vacíos y contradicciones, lo que impide contar con un diagnóstico certero y actualizado que sustente políticas públicas efectivas. El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (Conadis) reportó que en 2 019 existían cerca de 5 900 estudiantes con discapacidad matriculados en universidades y alrededor de 1 400 en institutos tecnológicos. Sin embargo, los niveles de culminación de estudios siguen siendo bajos: apenas un 6 % de este grupo logra completar una carrera universitaria y apenas un 0,5 % alcanza un posgrado, lo que evidencia la persistencia de brechas estructurales y la urgencia de fortalecer estrategias de inclusión educativa que garanticen oportunidades reales de acceso, permanencia y éxito académico (Ordoñez 2022).

Este panorama justifica la necesidad de diseñar e implementar servicios de salud y bienestar con un enfoque diferenciado, que no solo garantice cobertura general, sino que responda a las particularidades de género, territorio, etnicidad, condición socioeconómica y discapacidad del estudiantado.

2.1. Situación de salud y bienestar de los estudiantes universitarios en Ecuador

A pesar de los avances normativos y ciertos esfuerzos institucionales, las condiciones de salud de los estudiantes universitarios en Ecuador siguen siendo motivo de preocupación. La caracterización del sistema universitario y del perfil sociodemográfico de la población estudiantil diversa, mayoritariamente joven, con

concentración urbana y presencia significativa de grupos vulnerables, revela desigualdades que no solo condicionan el acceso a la educación superior, sino también la posibilidad de acceder a servicios adecuados de salud y bienestar.

En este contexto, es importante señalar que Ecuador no cuenta con un sistema nacional consolidado de estadísticas o monitoreo específico sobre salud universitaria. Por esta razón, el análisis que se presenta a continuación se basa en estudios de caso, investigaciones académicas y reportes institucionales disponibles, que, si bien no permiten realizar generalizaciones a escala nacional, ofrecen una visión representativa de los principales riesgos, condiciones y vacíos institucionales. Esta evidencia constituye un insumo relevante para identificar áreas prioritarias, visibilizar problemáticas recurrentes y orientar estrategias orientadas a fortalecer el bienestar integral en el ámbito de la educación superior.

En el ámbito de la salud mental, diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, estrés y riesgo suicida entre estudiantes universitarios en Ecuador. Una investigación multicéntrica reciente ejecutada por (Estrella-Proaño, et al. 2024), realizada en cinco universidades ecuatorianas reportó que el 24,7 % de los estudiantes de primer año presentaba síntomas moderados a severos de depresión, y el 19,7 % síntomas clínicos de ansiedad, siendo más frecuentes entre mujeres, estudiantes con dificultades económicas, antecedentes de violencia familiar o disfunción en el hogar.

En este contexto, el riesgo suicida representa una dimensión crítica de la salud mental estudiantil. En la Universidad Técnica de Ambato, (Carrera y Arias 2023), encontraron que un 32,7 % de los estudiantes presentó ideación suicida leve. En la ESPOCH, en el estudio *Evaluación de riesgo suicidas en estudiantes universitarios*, realizado por (Rosero et al. 2023), reveló que 18,66 % presenta riesgo alto según la escala de SAD PERSONS. Además, factores como la negligencia emocional, el abuso psicológico y sexual en la infancia se han asociado directamente con conductas suicidas en universitarios (Reinoso et al. 2023).

En otro ámbito, evidencia reciente demuestra avances limitados en el acceso y uso efectivo de servicios de salud sexual y reproductiva entre jóvenes universitarios. A pesar de que el conocimiento general sobre métodos anticonceptivos es alto, la orientación profesional continúa siendo escasa. Un estudio realizado en la Universidad Técnica de Babahoyo por (Pasos et al. 2023), encontró que el 77 % de los estudiantes poseía un nivel alto de conocimientos en salud sexual y el 82 % en salud reproductiva; sin embargo, solo

el 37 % había recibido información de fuentes médicas, mientras que el 57 % se informaba a través de internet o redes sociales. Esta desconexión entre el saber teórico y el acompañamiento técnico limita la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones informadas.

En cuanto al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia entre estudiantes universitarios en Ecuador. La investigación realizada por (Noroña et al. 2022), en Quito con 1.755 estudiantes universitarios identificó que el 41,2 % de los participantes presentaba algún nivel de consumo problemático de alcohol, y un 18,3 % reportó consumo de sustancias ilícitas, siendo más prevalente entre hombres y personas con antecedentes familiares de consumo. La marihuana y la cocaína fueron las sustancias más reportadas entre quienes consumían drogas ilegales, mientras que el consumo de alcohol se vinculó con factores sociales, evasión de problemas y búsqueda de aceptación en el grupo de pares. A pesar de la magnitud del problema, las universidades ecuatorianas cuentan con escasos programas preventivos o de atención especializada.

En Ecuador, los problemas nutricionales en adolescentes constituyen un desafío persistente que suele extenderse hasta la etapa universitaria, en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Guayaquil, una investigación con 174 estudiantes evidenció que el 25 % tenía sobrepeso, el 10 % obesidad y el 9 % bajo peso, siendo el 44 % clasificado con malnutrición por exceso. Además, el 35 % de las mujeres presentó riesgo cardiovascular abdominal frente al 23 % de los hombres, y el 71 % de los participantes no realizaba actividad física de forma regular (UCSG 2023). En la Universidad San Gregorio de Portoviejo, (Rosales et al. 2024), realizaron un estudio con 117 estudiantes de medicina reportó que más del 30 % presentaba sobrepeso, más del 10 % obesidad y cerca del 15 % obesidad abdominal, con mayor riesgo metabólico en hombres.

Estas cifras evidencian que el exceso de peso y el sedentarismo son condiciones ampliamente extendidas entre jóvenes universitarios en Ecuador. Factores como el consumo frecuente de alimentos ultraprocesados, bebidas azucaradas y la ausencia de estrategias institucionales sostenidas contribuyen a consolidar estos problemas desde los primeros años de formación superior. Ante este panorama, se vuelve urgente que las universidades integren medidas de prevención nutricional y promoción de estilos de vida activos como parte de su modelo de bienestar estudiantil.

En el contexto universitario ecuatoriano, la violencia de género afecta de forma alarmante a un alto porcentaje del alumnado, especialmente a mujeres y personas

LGBTIQ+. El programa PreViMujer, que encuestó a más de 23 000 estudiantes de 16 universidades, reveló que el 31,2 % de las mujeres había sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, mientras que el 33,7 % había sido víctima de violencia ejercida por algún integrante de la comunidad universitaria; entre personas LGBTIQ+, esta cifra se elevó al 43,4 % (PreViMujer 2022). De manera complementaria, estudios nacionales estiman que entre el 30 % y el 50 % de las estudiantes universitarias han vivido alguna forma de acoso sexual dentro del campus, ya sea verbal, físico, no verbal o mediante chantajes, con tasas que alcanzan el 40 % en ciudades como Quito (Larrea, Guarderas-Albuja y Cuvi Sánchez 2023).

Un estudio de (Altamirano- Zabala 2020), también evidenció que el 39,8 % de las estudiantes encuestadas manifestó haber sido víctima de acoso sexual en su universidad, y que una de cada cuatro no denunció por miedo a represalias o desconfianza en los canales institucionales. Esta situación, pese a la existencia de protocolos de prevención y atención en muchas instituciones de educación superior, su aplicación sigue siendo débil debido a la falta de formación del personal, la alta rotación institucional y la ausencia de mecanismos de seguimiento sostenido. Además, el ciberacoso sexual ha emergido como una forma creciente de violencia universitaria, intensificada durante la pandemia de COVID-19, sin que existan aún respuestas institucionales efectivas para abordarlo (Vélez-Verdugo 2022).

En relación con la discapacidad, menos del 2 % del total de estudiantes matriculados en universidades ecuatorianas se identifica como persona con discapacidad. Entre 2015 y 2018, las universidades y escuelas politécnicas registraron un promedio aproximado de 5.800 estudiantes con discapacidad, alcanzando su pico más alto en 2018, con 5.917 estudiantes matriculados. De acuerdo con Aguilera Zamora (2022), esto representa apenas entre el 1,2 % y el 1,3 % de la población con discapacidad registrada en el país. La mayoría corresponde a personas con discapacidad física (45,7 %), seguida de discapacidad intelectual (23,1 %), auditiva (14,1 %), visual (11,5 %) y psicosocial (5,6 %). Pese a la existencia de normativas orientadas a la inclusión, las personas con discapacidad enfrentan barreras persistentes en el acceso, permanencia y egreso de la educación superior. Como señala (Yunga 2022), muchas universidades carecen de políticas institucionales efectivas, sus estrategias de inclusión no se articulan con los marcos legales nacionales, y los equipos técnicos encargados de acompañar a los estudiantes con discapacidad suelen operar sin formación específica ni recursos adecuados.

En síntesis, el panorama del sistema universitario ecuatoriano y de su población estudiantil evidencia una estructura territorial desigual, una composición social diversa y una serie de condiciones que inciden directamente en la formulación e implementación de políticas de bienestar.

3. Condiciones institucionales del acceso a servicios de salud universitaria: desafíos en cobertura, financiamiento y gestión

En Ecuador, el acceso a los servicios de salud por parte de los estudiantes universitarios se canaliza principalmente a través de las Unidades de Bienestar Estudiantil creadas como instancias institucionales responsables de promover la permanencia, la equidad y el bienestar en la educación superior. Por tanto, comprender las condiciones, capacidades y limitaciones de estas unidades resulta clave para analizar las posibilidades reales de acceso al derecho a la salud en el entorno universitario.

Estas condiciones varían considerablemente según el tipo de universidad (pública o privada), su ubicación (urbana o rural), su capacidad presupuestaria y los equipos profesionales con que cuentan. Mientras algunas instituciones públicas consolidadas han logrado estructurar Unidades de Bienestar Estudiantil (UBE) con recursos adecuados, otras operan con recursos mínimos, escasa visibilidad institucional y cobertura limitada, acentuando brechas en el ejercicio del derecho a la salud en el nivel universitario.

Si bien el marco normativo a través de la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES), establece que todas las instituciones de educación superior deben contar con una UBE, las condiciones materiales que determinan su funcionamiento varían ampliamente entre universidades. Factores como la naturaleza jurídica (pública o privada), la localización geográfica, la trayectoria institucional y la capacidad presupuestaria influyen directamente en la cobertura, calidad y sostenibilidad de los servicios que ofrecen (Flores-Calle 2015).

En la práctica, el bienestar estudiantil no se limita a la prestación de servicios médicos o psicológicos, sino que incluye también dimensiones de autonomía, ciudadanía, convivencia, cultura y salud comunitaria. Su enfoque abarca no solo la respuesta a problemáticas, sino la promoción activa del desarrollo integral y de entornos protectores dentro del espacio universitario; es decir desde el punto de vista organizativo, las UBE adoptan distintos modelos de gestión según la institución.

Sin embargo, la implementación de estas disposiciones es profundamente desigual. Las universidades públicas de mayor tamaño, como la Universidad Central del

Ecuador, Universidad de Guayaquil, o la Universidad Técnica de Ambato, han logrado consolidar departamentos de bienestar con personal multidisciplinario, infraestructura propia y líneas de acción integradas a la planificación institucional. Estas UBE ofrecen atención médica general, salud mental, odontología básica, programas de nutrición, orientación académica, acompañamiento psicosocial, becas, subsidios de alimentación, transporte y actividades recreativas (Flores-Calle 2015).

En cambio, muchas universidades pequeñas o de reciente creación enfrentan limitaciones importantes. Según estudios del CACES y UDLA (2022), en varias de estas instituciones el bienestar estudiantil funciona con un solo psicólogo o trabajador social a medio tiempo, sin oficinas adecuadas ni mecanismos formales de coordinación con el resto de las áreas universitarias. Esta situación se traduce en una cobertura mínima de servicios, ausencia de programas estructurados y escasa visibilidad del bienestar dentro de la gestión institucional.

Desde una perspectiva de gestión, uno de los principales desafíos que enfrenta el bienestar estudiantil en Ecuador es la ausencia de directrices presupuestarias claras y un financiamiento estructural sostenido. Si bien la Ley Orgánica de Educación Superior (LOES) (Ecuador 2008), establece que las instituciones deben garantizar personal y recursos adecuados para sus Unidades de Bienestar Estudiantil, no se contempla un porcentaje mínimo de inversión ni mecanismos de seguimiento que aseguren su cumplimiento. Esta ambigüedad normativa deja en manos de cada universidad la decisión sobre cuánto y cómo financiar estos servicios, generando una alta dependencia administrativa, escasa capacidad de planificación a mediano plazo y falta de garantías de sostenibilidad (Coello y Villavicencio 2019).

Como resultado, se evidencian marcadas disparidades entre instituciones. Algunas universidades destinan hasta el 4 % de su presupuesto anual al bienestar estudiantil, mientras que otras no superan el 1 %, con consecuencias directas en la cobertura, calidad y continuidad de los servicios (CACES y UDLA 2022). Estas diferencias se agudizan entre universidades públicas y privadas, así como entre instituciones grandes y pequeñas. La insuficiencia de recursos provoca deficiencias estructurales concretas: escasez de personal, infraestructura inadecuada, horarios de atención restringidos y una limitada capacidad de respuesta frente a las necesidades del estudiantado.

Además, en muchas universidades las UBE son percibidas como áreas secundarias dentro de la estructura institucional, sujetas a decisiones discrecionales y sin un reconocimiento técnico o estratégico en la toma de decisiones. Esta ubicación

subordinada restringe su legitimidad interna y su capacidad de incidir en los procesos de planificación, articulación intersectorial o acceso a financiamiento adicional.

Históricamente, la provisión de servicios de bienestar ha dependido de la voluntad institucional y de la disponibilidad presupuestaria. Algunas universidades, como la Universidad Central del Ecuador, han recurrido a mecanismos de autogestión para sostener sus programas (Coello y Villavicencio 2019). Actualmente, las universidades públicas tienden a invertir mayores recursos debido a su acceso a fondos estatales y a su obligación de garantizar la gratuidad, lo que les permite contar con departamentos consolidados

A lo anterior se suma la falta de profesionalización en la gestión del bienestar. Si bien existen universidades que han creado direcciones o departamentos específicos con equipos técnicos y experiencia en políticas de salud y bienestar juvenil, muchas otras ubican estas funciones bajo instancias administrativas genéricas, sin criterios técnicos ni jerarquía institucional clara. Esto limita su capacidad de incidencia en la toma de decisiones, el acceso a recursos y la articulación con actores externos como el Ministerio de Salud Pública (MSP) o los gobiernos locales (Senescyt 2022).

Otro aspecto clave es la oferta de servicios de salud. En las universidades públicas más consolidadas, los servicios de salud suelen incluir atención médica básica (medicina general, obstetricia, enfermería), atención psicológica, campañas preventivas, consejería en salud sexual y reproductiva, vacunación, brigadas médicas y talleres de autocuidado). También se cuenta con redes de derivación al MSP o al IESS en casos de mayor complejidad. En cambio, en muchas universidades privadas, la atención en salud se reduce a servicios mínimos o convenios externos para cobertura de accidentes dentro del campus, excluyendo enfermedades comunes, salud mental o enfermedades crónicas (CACES y UDLA 2022).

La articulación con el sistema de salud pública es aún débil. Aunque el MSP garantiza atención a toda la población ecuatoriana, no existe un mecanismo nacional de afiliación automática para estudiantes universitarios. El programa “Afiliación Joven” del IESS, implementado desde 2024, permite a jóvenes entre 18 y 24 años afiliarse voluntariamente mediante un aporte mensual reducido. Sin embargo, esta medida no es universal ni gratuita, por lo que su alcance es limitado (IESS 2024).

En este panorama, la participación de los estudiantes en la gestión del bienestar es también limitada. Si bien la LOES promueve el cogobierno y la representación estudiantil, las decisiones sobre servicios de salud, orientación o ayudas económicas

suelen concentrarse en las autoridades institucionales. Solo algunas universidades han implementado buenas prácticas, como consejos estudiantiles de bienestar, presupuestos participativos o brigadas de salud integradas por estudiantes (UDLA 2016).

La oferta y el funcionamiento de los servicios de salud universitaria en Ecuador presentan una marcada heterogeneidad entre instituciones, influida por su tamaño, naturaleza jurídica, localización geográfica y capacidad presupuestaria. Aunque el marco normativo reconoce al bienestar estudiantil como una función sustantiva de la educación superior, su implementación efectiva aún enfrenta importantes brechas en cuanto a cobertura, calidad, sostenibilidad y profesionalización (Flores-Calle 2015).

En las universidades públicas de mayor trayectoria, especialmente aquellas ubicadas en las principales ciudades del país, se han consolidado estructuras de bienestar que ofrecen atención médica general, consulta psicológica individual y grupal, servicios odontológicos básicos, consejería nutricional, salud sexual y reproductiva, campañas de vacunación, talleres de autocuidado, primeros auxilios y actividades recreativas. Estas atenciones se prestan en instalaciones propias, clínicas universitarias, dispensarios, centros de consejería o atención integral, y en muchos casos se articulan con programas de retención académica, becas y subsidios alimentarios o de transporte (Arguello-Pazmiño 2024).

A esto se suma una carga laboral excesiva sobre el personal de bienestar, especialmente en instituciones donde un solo psicólogo o profesional debe atender a cientos de estudiantes, generando listas de espera, atención superficial y reducción en la calidad del servicio (CACES y UDLA 2022; Yunga 2022). La falta de espacios adecuados para temas sensibles como salud mental o violencia de género afecta la confidencialidad y confianza de los usuarios.

En universidades públicas con alta matrícula, se ha reportado que un solo psicólogo puede estar a cargo de más de 1.500 estudiantes, lo que afecta directamente la calidad de la atención y genera listas de espera de varias semanas (CACES y UDLA 2022). Además, en algunas universidades, estos profesionales también brindan atención a docentes y personal administrativo, lo que incrementa su carga sin recursos adicionales, dificultando una respuesta efectiva y sostenida.

Pese a su importancia, la evaluación y el monitoreo de los servicios de bienestar estudiantil continúan siendo una debilidad estructural en las instituciones de educación superior del país. Aunque el CACES ha promovido la incorporación de indicadores de bienestar en los procesos de acreditación institucional, la mayoría de las universidades

carece de sistemas internos consolidados que permitan registrar de manera sistemática las atenciones realizadas, la población atendida, los niveles de satisfacción, el cumplimiento de protocolos o el impacto de estos servicios en la permanencia académica (CACES y UDLA 2022). A ello se suma la ausencia de un sistema nacional de monitoreo que permita evaluar de forma estandarizada el acceso, la calidad y los resultados de los servicios de bienestar universitario.

En general, las universidades producen reportes administrativos con fines internos, pero sin mecanismos comunes de comparación, estandarización ni trazabilidad entre instituciones (Yunga 2022). Esta fragmentación limita la posibilidad de generar evidencia útil para la toma de decisiones, la mejora continua y el posicionamiento del bienestar como componente estratégico de la calidad educativa.

Aunque el marco normativo reconoce al bienestar como una función sustantiva de la educación superior y establece su obligatoriedad a través de las Unidades de Bienestar Estudiantil (UBE), su implementación continúa enfrentando importantes limitaciones estructurales, organizativas y presupuestarias. La heterogeneidad en la oferta de servicios, la sobrecarga del personal, la escasa articulación con el sistema público de salud y la debilidad de los mecanismos de evaluación afectan de manera directa la cobertura, calidad y sostenibilidad de las prestaciones disponibles, especialmente para estudiantes en condiciones de mayor vulnerabilidad.

En síntesis, el acceso a servicios de salud universitaria en Ecuador se encuentra profundamente marcado por desigualdades estructurales y por la falta de consolidación institucional de las Unidades de Bienestar Estudiantil como garantes del derecho a la salud. A pesar del reconocimiento normativo del bienestar como función sustantiva de la educación superior, persisten brechas significativas en cuanto a cobertura, calidad, profesionalización, sostenibilidad y articulación con el sistema público de salud.

3.1. Iniciativas institucionales y experiencias destacadas en la gestión de salud universitaria

Ante el conjunto de desafíos que enfrentan los estudiantes universitarios en materia de salud y bienestar, distintas instituciones de educación superior en Ecuador han desarrollado estrategias innovadoras que permiten identificar buenas prácticas, avances significativos y desafíos persistentes. Estas experiencias, implementadas tanto en universidades públicas como privadas, evidencian que la voluntad institucional, la participación estudiantil y la articulación intersectorial pueden traducirse en servicios de

salud universitaria más equitativos, accesibles y sostenibles. La revisión de estas iniciativas ofrece insumos valiosos para fortalecer políticas de bienestar con enfoque de derechos, pertinencia cultural e inclusión activa de los propios estudiantes en la gestión y evaluación de los servicios.

La creación de la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud (REUPS), impulsada por la Senescyt en 2015, constituyó un hito importante en la institucionalización del enfoque de bienestar en el sistema universitario ecuatoriano. Esta red, conformada inicialmente por instituciones como la Universidad Central del Ecuador, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, la FLACSO y la Universidad de las Américas, permitió articular acciones entre el sector educativo y el sistema sanitario, fomentar el desarrollo de campus saludables, impulsar procesos de evaluación participativa y fortalecer la corresponsabilidad de las comunidades universitarias en la promoción del bienestar integral (Senescyt 2015).

En este marco, diversas universidades han desarrollado experiencias destacables que combinan innovación institucional, atención diferenciada y participación estudiantil. La Universidad Central del Ecuador, por ejemplo, fortaleció su Dirección de Bienestar Universitario mediante la implementación de consultorios psicológicos y psicopedagógicos en todas sus facultades, así como una Defensoría Estudiantil para la atención de casos de violencia, acoso o situaciones de vulnerabilidad. La Escuela Superior Politécnica de Chimborazo ha sido reconocida por su modelo integral de prevención de adicciones, atención a víctimas de violencia y adecuación de espacios para personas con discapacidad, lo que permitió reducir significativamente los casos críticos de consumo de sustancias y ampliar la oferta de servicios psicosociales en el campus (OPS 2009).

Otras instituciones han fortalecido su capacidad operativa mediante la descentralización de servicios o la articulación con redes externas. La Universidad Politécnica Salesiana, por ejemplo, ha desarrollado un modelo de atención psicológica itinerante en sus sedes regionales, adaptado a contextos con oferta pública limitada, e integrado con actividades de voluntariado, promoción de salud mental, alimentación saludable y acompañamiento entre pares (CACES y UDLA 2022). En un enfoque similar, la Universidad Nacional de Chimborazo ha suscrito convenios con el Ministerio de Salud Pública para derivar a estudiantes a servicios especializados, ampliando la cobertura de atención en salud sexual, mental y discapacidad sin sobrecargar los recursos institucionales (Senescyt 2015).

El fortalecimiento de la participación estudiantil en la gestión del bienestar también ha sido una línea de acción en varias universidades. La Universidad de Cuenca implementó un Consejo Estudiantil de Bienestar con funciones consultivas, lo que permite canalizar propuestas desde la comunidad estudiantil, participar en la evaluación de los servicios y articular acciones con las autoridades institucionales (CACES y UDLA 2022). Las federaciones estudiantiles de universidades como la UPS y la propia Universidad de Cuenca han promovido presupuestos participativos, mediante los cuales los estudiantes priorizan proyectos de salud y bienestar y votan sobre su asignación, favoreciendo la corresponsabilidad y la transparencia en la gestión de los recursos.

En el ámbito de la innovación tecnológica y el enfoque integral, destaca el caso de la Universidad de las Américas, que ha desarrollado un modelo institucional de bienestar con múltiples componentes: participación estudiantil en campañas preventivas y ferias de salud; implementación de una aplicación móvil para agendar citas psicológicas y activar alertas en situaciones de crisis; atención médica en horarios extendidos; talleres sobre manejo del estrés integrados en la malla curricular; campañas antitabaco; y el proyecto simbólico “Bosque de Estudiantes” como expresión de bienestar ambiental y comunitario (CACES y UDLA 2022).

La Universidad de las Fuerzas Armadas (ESPE) también ha incorporado campañas lúdicas de prevención de adicciones, actividades comunitarias y espacios de orientación psicológica, con un enfoque preventivo que combina sensibilización, educación en salud y contención emocional a través de su Unidad de Bienestar Universitario (UBE-ESPE 2020).

Aunque existen avances normativos y experiencias institucionales valiosas, su alcance ha sido fragmentado y dependiente, en muchos casos, del compromiso particular de ciertos equipos más que de políticas sostenidas. Estas experiencias, diversas en alcance y enfoque, demuestran que la promoción del bienestar universitario no depende exclusivamente del tamaño o tipo de universidad, sino de la voluntad institucional, la participación del estudiantado y la articulación efectiva con otros actores. Su sistematización ofrece insumos clave para la construcción de políticas públicas en salud universitaria que respondan a las múltiples dimensiones del bienestar, con enfoque de equidad, pertinencia cultural y sostenibilidad.

3.2. Vacíos en la literatura existente y desafíos a investigar sobre el acceso a los servicios de salud de la población de educación superior en Ecuador

El análisis de la literatura disponible sobre salud universitaria en el país evidencia un vacío estructural importante: la inexistencia de estadísticas nacionales y estudios oficiales que documenten de manera sistemática las condiciones de acceso a los servicios de salud y bienestar de la población estudiantil de educación superior. A diferencia de otros campos de la salud pública, donde existen encuestas periódicas o sistemas de vigilancia, en el Ecuador no se ha desarrollado un mecanismo estatal que permita caracterizar, monitorear y evaluar de forma específica el acceso a servicios de salud en el ámbito universitario (CACES y UDLA 2022; Yunga 2022).

Si bien no existe un sistema específico de indicadores sobre salud universitaria, se pueden identificar algunas fuentes nacionales que ofrecen aproximaciones indirectas. Entre ellas se encuentran la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) aplicada por el INEC y el MSP, que incluye información sobre adolescentes y jóvenes; las Cuentas Satélite de Educación del INEC, que aportan datos de matrícula y financiamiento; y los reportes del Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), que incorporan criterios vinculados al bienestar estudiantil en sus procesos de evaluación institucional. Sin embargo, estas fuentes no han sido diseñadas para caracterizar de manera específica la situación de salud y bienestar en la educación superior, por lo que resultan insuficientes para dimensionar la magnitud y diversidad de problemáticas que enfrenta esta población.

En la práctica, lo que existe corresponde a iniciativas aisladas de investigación desarrolladas por universidades o equipos académicos, las cuales han producido evidencia parcial en temas específicos. Así, estudios recientes han documentado la alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y riesgo suicida (Moreta-Herrera et al. 2021; Estrella-Proaño et al. 2024; Rosero et al. 2023), mientras que otras investigaciones se han enfocado en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en estudiantes de Quito (Noroña et al. 2022), o en conocimientos y actitudes vinculados a la salud sexual y reproductiva (Ordoñez Sánchez et al 2017; Jara et al. 2024). Aunque estas aproximaciones resultan valiosas, su alcance es limitado: se circunscriben a instituciones puntuales, y emplean metodologías heterogéneas lo que impide establecer tendencias nacionales o evaluar desigualdades estructurales.

En consecuencia, la política pública carece de insumos nacionales propios para orientar estrategias de salud universitaria. La Ley Orgánica de Educación Superior

(Ecuador 2008) establece la obligatoriedad de contar con Unidades de Bienestar Estudiantil (UBE) y el CACES incorpora criterios de bienestar dentro de los procesos de acreditación (CACES, 2023); sin embargo, estos mandatos no se acompañan de un sistema de información, evaluación y monitoreo estatal que permita medir la cobertura, la calidad y el impacto de los servicios de salud universitaria en términos de acceso.

Esta brecha se torna aún más significativa si se considera que la población universitaria ecuatoriana en el ámbito público supera los 604 646 matriculado al 2 023 (INEC 2024, 34), la cual tiene una composición diversa en términos de género, etnicidad, condición socioeconómica, discapacidad, ruralidad y movilidad humana. Sin datos oficiales, la magnitud de problemáticas como la depresión, el acoso sexual, el consumo de sustancias o las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva se conoce únicamente a partir de aproximaciones locales y no de diagnósticos nacionales sostenidos. En síntesis, los vacíos de investigación en Ecuador pueden agruparse en cuatro dimensiones:

4. Ausencia de un diagnóstico nacional oficial sobre salud universitaria, lo que constituye el principal déficit de conocimiento en este campo.
5. Fragmentación temática y metodológica de los estudios disponibles, centrados en problemáticas específicas y sin posibilidad de generalización.
6. Escasa investigación interseccional, que considere de forma conjunta variables como género, etnia, discapacidad, ruralidad y condición migratoria.
7. Falta de evaluación sistemática sobre la gestión de las UBES, sus modelos de atención, cobertura, financiamiento y sostenibilidad.

Como se sintetiza en la Tabla 2, la diferencia entre lo que existe y lo que falta muestra un contraste marcado entre los esfuerzos dispersos de la academia y la ausencia de una política pública informada por evidencia nacional.

Tabla 2

Vacíos actuales y desafíos para el estudio del acceso a la salud universitaria en Ecuador

Situación actual

Producción académica fragmentada, sin homogeneidad metodológica ni comparabilidad entre instituciones.
 Falta de análisis interseccionales: género, etnia, ruralidad, discapacidad, migración apenas explorados en estudios locales
 Informes administrativos dispersos en universidades, sin estandarización ni trazabilidad
 Experiencias valiosas de UBES en universidades grandes, pero sin sistematización nacional

Fuente: Adaptada a partir del informe Perspectivas de bienestar en las universidades de Ecuador (CACES y UDLA 2022)

Nota. Síntesis a partir de la revisión y análisis de literatura nacional y regional citada en este documento

Superar estos vacíos implica que el Estado asuma la responsabilidad de generar diagnósticos nacionales periódicos, construir un sistema de monitoreo articulado entre universidades, SENESCYT y el Ministerio de Salud Pública, y sistematizar las experiencias institucionales existentes. La ausencia de estadísticas nacionales y estudios oficiales específicos sobre salud universitaria tiene consecuencias directas en múltiples niveles.

En la política pública, limita la capacidad del Estado para diseñar estrategias focalizadas, asignar recursos y articular acciones intersectoriales que respondan a las necesidades reales de esta población. En la investigación académica, restringe la posibilidad de establecer líneas de estudio comparables, sostenidas y con capacidad de incidencia, reproduciendo una producción fragmentada y sin continuidad. En las universidades públicas y privadas, esta carencia obliga a tomar decisiones de manera reactiva y con base en diagnósticos parciales, lo que genera respuestas heterogéneas: mientras algunas instituciones han logrado consolidar servicios y modelos de bienestar, otras apenas cumplen con mínimos normativos, acentuando la desigualdad entre estudiantes según su institución de origen.

En el plano de la presente investigación, este vacío refuerza su pertinencia: al recoger la experiencia estudiantil y analizar la gestión institucional, busca aportar evidencia que permita visibilizar las brechas, fortalecer el debate académico y generar insumos útiles para la construcción de políticas públicas y universitarias con enfoque de equidad. En este sentido, aunque en el país existen fuentes nacionales de información en salud y educación, estas no han sido diseñadas para caracterizar de manera específica la salud universitaria. La ausencia de datos focalizados, de investigación sistemática y de una evaluación articulada de las políticas institucionales mantiene al derecho a la salud en el ámbito universitario más como un mandato normativo que como una garantía efectiva. Ante este contexto, esta tesis pretende contribuir a que la salud universitaria sea reconocida no como un servicio complementario, sino como un componente esencial del derecho a la educación superior en Ecuador.

Capítulo tercero

Estudio de caso: acceso a los servicios de salud en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE

Este capítulo aborda el estudio de caso aplicado en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, con el propósito de analizar cómo se configura el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios desde la experiencia de los estudiantes y la gestión institucional. Este análisis desarrolla el objetivo general de la tesis, que busca examinar cómo se configura el acceso a los servicios de salud universitarios desde la experiencia del estudiantado y la gestión institucional, con enfoque de equidad, en una universidad pública urbana.

1. Contexto institucional y organización del bienestar en la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE

En este apartado se presenta un análisis del contexto de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE y, la forma como administra y gestiona los servicios de salud a partir de la Unidad de Bienestar Universitario (UBUN).

1.1. Contexto institucional UFA ESPE

La UFA ESPE es una institución de educación superior (IES) pública, cuya administración está bajo la responsabilidad de Fuerzas Armadas del Ecuador, a través del Comando Conjunto, iniciando sus actividades 1922 con la creación de la *Escuela de Oficiales de Ingenieros* del Ejército ecuatoriano. Su campus matriz se ubica en Sangolquí, y dos sedes ubicadas en Latacunga en el centro y en Belisario Quevedo, y otro en Santo Domingo.

En el primer período del año 2025 (SI-marzo-septiembre) registró matrícula para una población estudiantil mayor a 19 000 estudiantes, con una planta docente que oscila entre 2 000 y 2 500 por período académico, los cuales se distribuyen en los programas de tercer nivel en carreras técnicas, humanas y administrativas y, posgrado que ofrece la IES, en modalidad presencial y en línea. Para el caso de las carreras de grado en modalidad presencial, la oferta académica para dicho período ascendió a veinte y tres (23) carreras

de acceso al personal civil y, siete (7) cuya modalidad es dual exclusivamente para el personal militar (UFA ESPE 2025).

La magnitud y diversidad de la población estudiantil que genera el acceso a esta IES, confieren especial relevancia a los sistemas de bienestar y salud universitaria, los cuales deben orientarse a fortalecer las condiciones de aprendizaje y permanencia en el sistema educativo. En tal sentido, la Unidad de Bienestar Universitario (UBUN) constituye el eje institucional de la política de bienestar en la UFA ESPE, siendo responsable de la planificación, coordinación y seguimiento de los servicios de salud, apoyo psicológico, social y económico, programas de becas, clubes estudiantiles y otros. En articulación con el Sistema Integrado de Salud (SIS), la UBUN canaliza los servicios asistenciales y promueve acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad universitaria¹.

A partir de estas condiciones, se configura el punto de partida del caso de estudio, con el que se examina, cómo la gestión del bienestar estudiantil y las políticas institucionales inciden en las trayectorias de acceso a los servicios de salud universitaria y en la garantía de un entorno educativo equitativo.

1.2. Organización del bienestar estudiantil en la UFA ESPE

Mediante Resolución ESPE-HCU-2021-107 emitida por el Honorable Consejo Universitario, la Unidad de Bienestar Universitario, se reestructuró con un enfoque institucional orientado a impulsar el bienestar integral, dinámico y participativo de toda la comunidad universitaria. Pasando a tener un modelo de gestión que depende directamente del Vicerrectorado Académico General (VAG) de la Universidad de las Fuerzas Armadas.

La intención de este cambio se orienta a consolidar una administración de los servicios centrados en el cuidado y desarrollo humano, implementado una cultura de bienestar transversal, con enfoque asistencial y de acompañamiento humano, con áreas especializadas en atención psicológica, tanto clínica como educativa y en trabajo social, teniendo como misión:

Promover los derechos de los distintos estamentos de la comunidad universitaria y desarrollar procesos asistenciales en áreas de psicología clínica, pedagógica, organizacional, de trabajo social y orientación vocacional y profesional, además de la

¹ Estudiantes, docentes, administrativos, personal militar directivo.

gestión para la obtención de estímulos, ayudas económicas y becas, a fin de propiciar un ambiente con oportunidades de desarrollo y libre de violencia (UFA ESPE 2025).

Asimismo, asume la gestión de becas de posgrado para docentes, personal administrativo y de código de trabajo, manteniendo además la administración de las becas de grado para estudiantes. A la fecha de realizado el estudio, el numérico de funcionarios que brindan el servicio en ESPE matriz, es de doce (12), distribuidos de la siguiente manera: Director/a: 1; Asistente ejecutivo: 1; Trabajador/a social: 3; Analista de bienestar/becas: 2; Analista de bienestar/clubes: 1; Psicólogo/a: 1; Psicólogo/a clínico/a: 2 y Psicólogo/a educativo/a: 1.

2. Metodología del estudio de caso

Para la realización del estudio, en esta sección se define el diseño y enfoque; fuentes, técnicas y criterios de selección; población y muestra, y la metodología empleada para el análisis de la información recabada.

2.1. Diseño y enfoque

El estudio es de corte transversal y de carácter descriptivo-analítico, con enfoque mixto, aplicado a un estudio de caso único; se adopta un diseño mixto de tipo convergente, con la finalidad de combinar el enfoque cuantitativo y cualitativo, donde la recolección simultánea y análisis paralelo de la información, se integra en la fase interpretativa de los resultados.

De acuerdo con los criterios de integración de diseños mixtos propuestos por (Green et al. 1989), este estudio se sustenta en los propósitos de complementariedad y expansión. La complementariedad permitió que los resultados cualitativos expliquen los hallazgos del componente cuantitativo, aportando comprensión en torno a las experiencias, significados, percepciones y dinámicas institucionales vinculadas a la gestión y el acceso a los servicios de salud universitarios. La expansión, amplió el alcance del estudio al incorporar diferentes perspectivas (estudiantes como usuarios de los servicios de salud, autoridades y funcionarios de bienestar y salud), lo cual permitió explorar dimensiones no capturadas por los datos cuantitativos.

En lo referente al estudio de caso, esta estrategia o enfoque de investigación seleccionada, permite analizar holísticamente un fenómeno contemporáneo en su contexto real, por lo que resulta, pertinente para examinar las dinámicas institucionales y

percepción de los actores que intervienen en la gestión y provisión de los servicios de salud en la población de estudiantes universitarios en Ecuador.

Considerando los criterios que señala (Yin 2014), respecto a la importancia de vincular la teoría y la práctica en el diseño de estudios de caso para volverlos rigurosos, se tiene que las fuentes de evidencia cuantitativos, cualitativos y documentos institucionales, permiten triangular la información respecto del acceso a los servicios de salud en la UFA ESPE, lo que genera un fortalecimiento en la validez interna del análisis; por lo tanto, este enfoque se alinea con el diseño mixto convergente adoptado, al integrar la medición de la variables y sus dimensiones, con la interpretación cualitativa de las experiencias y significados asociados al fenómeno que se estudia.

En tal sentido, el estudio de caso planteado no solo describirá el fenómeno, sino que explicará e interpretará los factores que inciden en el acceso y gestión de los servicios de salud de población estudiantil de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, desde la comprensión profunda y contextualizada de la relación entre los actores, procesos y políticas que rigen el bienestar universitario.

2.2. Fuentes, técnicas y criterios de selección

La investigación combinó fuentes primarias y secundarias de información, mediante técnicas cuantitativos y cualitativos, con el fin de integrar la dimensión empírica (experiencias y percepciones) y la dimensión documental (contexto institucional y normativo).

Las fuentes primarias corresponden a los datos obtenidos directamente de los actores universitarios (estudiantes, autoridades y funcionarios de bienestar y salud), mediante la aplicación de encuestas, desarrollo de grupos focales (GF) y entrevistas semiestructuradas. Por medio de los cuestionarios para la encuesta y las guías para GF y entrevistas se capturó información sobre el conocimiento, uso de servicios, búsqueda de atención, barreras, facilitadores y percepciones en torno al uso de servicios.

Las fuentes secundarias incluyeron documentos institucionales, informes y normativas nacionales relacionadas con la gestión del bienestar y el derecho a la salud en la educación superior, lo que permitió contextualizar el caso dentro del marco jurídico y organizativo vigente.

La selección de los participantes se basó en su vinculación directa con la experiencia o gestión de los servicios, procurando diversidad en torno a características

sociodemográficas, en coherencia con el enfoque de equidad del estudio. En la Tabla 3 se presenta el resumen de las Fuentes, técnicas y criterios de selección de la investigación.

Tabla 3
Fuentes, técnicas y criterios de selección de la investigación

Fuente-técnica	Instrumento	Población / Unidad de análisis	Criterios de inclusión
Primaria/Encuesta	Cuestionario estructurado (Anexo 1)	Estudiantes de tercer nivel (Matriz Sangolquí)	Estudiantes entre 19 y 25 años matriculados en carreras de grado, modalidad presencial
Primaria/ Grupos focales	Guía semiestructurada (Anexo 2)	Estudiantes de carrera presencial de distintas jornadas y carreras (grupos mixtos, de hombres y mujeres)	Estudiantes entre 19 y 25 años que hubiesen utilizado o requerido servicios de salud universitarios
Primaria/ Entrevistas semiestructuradas	Guía semiestructurada (Anexo 3)	Autoridades y profesionales vinculados a la UBUN y SIS	Personal de los servicios de bienestar y salud universitaria, incluyendo autoridades, operadores de servicios
Secundaria / Revisión documental	Ficha de análisis documental (Anexo 4)	Planes, protocolos, informes y normativas institucionales	Documentos vigentes entre 2022 y 2025, aprobados o emitidos por instancias oficiales de la ESPE

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes; Guías de entrevistas semiestructuradas para autoridades, directivos y funcionarios de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE relacionados con el Bienestar Universitario (2022-2025)

Nota: Elaborado a partir del diseño metodológico de la investigación y disponibilidad de las unidades de análisis

2.3. Población y muestra

El estudio se realiza para el período académico SI 202550 (marzo-septiembre 2025) establecido por la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, donde la población de estudiantes matriculados ascendió a 19 662. Aplicando los criterios de selección, se considera para la muestra, los estudiantes matriculados en carreras de grado modalidad presencial y cuya oferta académica es para estudiantes civiles, que se dictan en la matriz ubicada en Sangolquí, cuyo numérico fue de 8 116 estudiantes.

De estos, para el componente cuantitativo se empleó un muestreo no probabilístico por autoselección, mediante la invitación a participar en el estudio por medio de los medios de comunicación internos a todos los estudiantes matriculados. La participación fue voluntaria, anónima y confidencial. La muestra, se manejó con un nivel de confianza

del 95 %, el error muestral asociado fue de aproximadamente $\pm 3,5$ %, lo que respalda la precisión descriptiva y analítica de los resultados obtenidos. Se obtuvieron los 331 registros válidos, lo que permitió el desarrollo de los análisis estadísticos propuestos, así como estimaciones y la comparación entre subgrupos de interés.

Para el componente cualitativo se empleó un muestreo intencional y teórico, orientado a capturar la diversidad de perspectivas institucionales y de experiencia. Se incluyeron tres tipos de participantes en nivel de estudiantes como usuarios o potenciales usuarios y personal involucrado en la gestión o planificación de los servicios. El número de entrevistas y grupos focales (GF) se determinó por saturación teórica, es decir hasta que la incorporación de nuevos informantes no aportó con información nueva. De esta manera, se obtuvieron seis (6) GF conformados por estudiantes; y (6) entrevistas.

2.4. Análisis de la información

El análisis se desarrolló en tres fases complementarias, en correspondencia con la naturaleza mixta del estudio, combinando procedimientos cuantitativos, cualitativos e interpretativos para construir una comprensión integral del fenómeno.

Componente cuantitativo

El procesamiento y análisis de los datos cuantitativos se realizó utilizando estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes y medias) para caracterizar la población estudiantil y describir los patrones de uso de servicios, conocimiento de la oferta institucional y capacidad de respuesta ante las necesidades de atención. Adicionalmente, se realizaron análisis bivariados, utilizando la prueba de chi-cuadrado (χ^2) para variables categóricas y la prueba de U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para comparaciones de medias no paramétricas. Esto permitió identificar diferencias en las percepciones de acceso según variables sociodemográficas.

Posteriormente, se construyó el Índice Global de Acceso (IGA) a partir del promedio de las cinco subescalas del acceso conforme el marco teórico propuesta para el presente estudio, que se operacionaliza en cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación y aceptabilidad. La fiabilidad interna del instrumento se evaluó mediante el alfa de Cronbach, que mostró un valor global de 0,72 indicando consistencia interna aceptable. Para verificar la validez estructural del IGA, se realizó un análisis factorial exploratorio con método de máxima verosimilitud,

identificándose un factor principal con varianza explicada del 35 %, que agrupa las percepciones generales del acceso y confirma la coherencia teórica del constructo.

El modelo mostró un buen ajuste ($RMSR=0,03$; $TLI>1$), validando la estructura del índice. Finalmente, las asociaciones entre IGA y las variables sociodemográficas se analizaron con pruebas no paramétricas, reportándose los valores medios y la significancia estadística ($p < 0,05$). Los datos fueron procesados y analizados mediante el software Stata versión 14,0.

Componente cualitativo

El análisis cualitativo se desarrolló de manera complementaria al enfoque cuantitativo, con el propósito de profundizar en los significados, percepciones y experiencias que configuran el acceso a los servicios de salud universitarios. Se adoptó el método de análisis temático reflexivo propuestos por (Braun y Clarke 2022), que permite identificar patrones de sentido a partir de una codificación flexible.

El proceso combinó estrategias deductivas, basadas en el modelo teórico de (Penchansky y Thomas 1981) y su ampliación conceptual de (Saurman 2016), con un abordaje inductivo que incorporó categorías emergentes derivadas de los testimonios y documentos institucionales. Para asegurar la validez interpretativa, se utilizó un libro de códigos (Anexo 4), estructurado en cuatro niveles analíticos:

1. Acceso global con equidad con 8 dimensiones analíticas: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación organizativa, aceptabilidad, conciencia, gobernanza y gestión institucional, además de hallazgos emergentes.
2. Gobernanza y marco político-estratégico,
3. Capacidades institucionales
4. Gestión operativa.

Este esquema permitió incorporar el enfoque transversal de equidad y garantizar la coherencia entre los distintos niveles de análisis.

Grupos focales (nivel micro)

El análisis de los grupos focales se realizó mediante la aplicación del método temático reflexivo, que combina la lógica deductiva-inductiva para construir categorías significativas y contextualizadas. Este procedimiento permitió sistematizar las percepciones estudiantiles sobre los factores que facilitan o limitan el acceso efectivo,

considerando diferencias según inequidades. Se elaboraron matrices por dimensión que integran citas textuales, frecuencias y niveles de saturación (Flick 2015), construyendo una interpretación del acceso desde la experiencia estudiantil.

Entrevistas (nivel meso)

El análisis de las entrevistas semiestructuradas con autoridades y personal técnico de la Unidad de Bienestar Universitario se orientó a identificar condiciones institucionales, capacidades operativas y criterios de gestión que inciden en la provisión de servicios de salud. Se empleó una matriz analítica multinivel (gobernanza, capacidades y gestión operativa) para examinar los mecanismos de coordinación, planificación y evaluación, así como las brechas en recursos humanos, financiamiento y articulación interinstitucional. El tratamiento de la información siguió un enfoque interpretativo-comparativo (Saldaña 2014), centrado en los ejes de cumplimiento, barreras y facilitadores institucionales.

Documentos institucionales (nivel macro)

El análisis documental comprendió la revisión sistemática de documentos e instrumentos normativos, planes estratégicos, informes de gestión y reglamentos internos relacionados con el funcionamiento de la Unidad de Bienestar Universitario y la provisión de servicios de salud que ejecuta la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. Estos documentos se consideraron fuentes primarias de carácter institucional y se examinaron en el nivel macro.

El propósito del análisis fue identificar los marcos de gobernanza, políticas de bienestar y lineamientos administrativos que estructuran la gestión de los servicios de salud universitaria. De igual manera, la revisión se orientó a determinar la coherencia entre los objetivos institucionales, las disposiciones normativas y las prácticas operativas observadas en la unidad, valorando su alineación a la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación, aceptabilidad, conciencia y equidad en la prestación de los servicios de salud, frente a los niveles que los estudiantes señalaron.

Este análisis, permitió además identificar posibles vacíos normativos, duplicidades o ausencia de mecanismos de medición y seguimiento de la gestión, a partir de la evidencia disponible entre los documentos de planificación y la ejecución real de los programas.

Componente ético

La investigación se desarrolló bajo los principios éticos de la Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador. Todos los involucrados fueron informados sobre los objetivos y alcances del estudio, los procedimientos de recolección de datos y su carácter voluntario, otorgando su consentimiento informado antes de participar. Se aseguró la confidencialidad y el anonimato de la información.

3. Resultados de la investigación por componentes

Los resultados obtenidos se presentan por componentes, cualitativo, cuantitativo, así como una síntesis narrativa de los hallazgos con los cuales se plantea la discusión de los mismo, obteniendo como resultado una articulación entre los componentes cuantitativo y cualitativo que muestra el nivel de acceso a los servicios de salud universitarios en la Universidad de las Fuerza Armadas ESPE.

3.1. Resultados del componente cuantitativo

El componente cuantitativo tuvo como propósito a través de la aplicación de la encuesta, recabar desde la experiencia estudiantil y no desde la oferta institucional, datos para las variables sociodemográficas de edad, género, carrera, ingresos, vivienda, etc. y de percepción en las dimensiones de acceso, uso, calidad de los servicios. El análisis permitió establecer la frecuencia de uso, percepción de accesibilidad y relación con características sociodemográficas; además se identificaron patrones de utilización, fortalezas de la gestión de la provisión y áreas que requieren fortalecimiento institucional.

La encuesta fue aplicada a 331 estudiantes de grado de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. La aplicación de la encuesta fue vía Web, a los estudiantes del campus matriz ubicado en Sangolquí, encontrando una población en términos de género con una distribución equilibrada, con 51,5 % de hombres ($n = 172$) y 47,0 % de mujeres ($n = 157$); apenas un 1,5 % ($N=2$) prefirió no responder. En cuanto a la identidad étnica, el grupo mayoritario se autoidentificó como mestizo/a (93,9 %), seguido por blancos/as (2,4 %), montubios/as (1,8 %), afroecuatorianos/as (0,9 %) e indígenas (0,6 %), lo que refleja una composición predominantemente mestiza y urbana del estudiantado.

Respecto a la actividad económica, el 39,9 % manifestó combinar estudios con trabajo, mientras que el 60,1 % se dedica exclusivamente a estudiar. En relación con los ingresos familiares mensuales (no per cápita), los resultados muestran que el 45,3 % percibe entre 800 y 1 500 USD, el 30,5 % menos de 400 USD, el 21,8 % entre 400 y 800 USD, y solo un 2,4 % supera los 1 500 USD.

En cuanto al entorno de residencia, la mayoría proviene de zonas urbanas (76,4 %), mientras que el 23,6 % reside en áreas rurales. La situación habitacional es mayoritariamente de alquiler (77,0 %), frente a un 22,9 % que habita en vivienda propia. Por tipo de vivienda, predomina la casa o villa (69,5 %), seguida de departamentos independientes (22,0 %), mientras que un pequeño porcentaje reside en cuartos de inquilinato (7,5 %) o en la residencia universitaria (0,9 %). En cuanto a las condiciones de equipamiento del hogar, el 42,6 % dispone de todos los servicios básicos y equipamiento tecnológico (internet, computadora y electrodomésticos), el 23,9 % cuenta únicamente con computadora o laptop, el 18,1 % solo con internet, y el 15,4 % únicamente con electrodomésticos.

En conjunto, estos resultados permiten caracterizar al grupo encuestado como una población joven, urbana y mestiza, con niveles socioeconómicos intermedios², acceso generalizado a tecnologías básicas y una proporción significativa que combina estudios con trabajo, lo que puede influir en su disponibilidad y percepción respecto al uso de los servicios de salud universitarios.

A partir de esto, los resultados se organizan en tres niveles: el nivel micro, centrado en la experiencia individual de los estudiantes; el nivel meso, que examina la gestión operativa de la provisión; y el nivel macro, que aborda las condiciones estructurales que influyen en el acceso.

Experiencia de los estudiantes en el acceso a servicios de salud universitarios (nivel micro)

En este apartado se analiza la experiencia del estudiante como usuario de los servicios de salud universitarios, considerando el conocimiento, uso, frecuencia de atención, accesibilidad percibida y los principales factores que facilitan o limitan el acceso.

² Estos resultados se analizan considerando los datos oficiales disponibles de la última *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico* realizada por el Instituto de Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en el año 2011, donde los hogares ecuatorianos con ingresos y condiciones similares se ubican en los estratos C- y C+, que corresponden a los niveles medio-bajo y medio de la estructura socioeconómica nacional. Estos estratos se caracterizan por viviendas de materiales permanentes, equipamiento básico, educación media o técnica y acceso parcial a bienes tecnológicos, lo que concuerda con el perfil observado en la población encuestada. lo cual evidencia un perfil socioeconómico medio-bajo con predominio de hogares de ingresos que pueden considerarse moderados (INEC 2011).

Uso de los servicios universitarios

Durante los dos últimos períodos académicos, la mayoría de los estudiantes encuestados (61,3 %) reportó no haber utilizado los servicios de salud universitarios, mientras que un 32,9 % los usó una vez y apenas el 5,7 % acudió entre dos y tres veces. Este patrón de baja utilización fue similar entre hombres (58,1 %) y mujeres (64,3 %). Entre quienes reportaron haber utilizado los servicios de salud universitarios, la atención médica general fue la más frecuentemente empleada (31,1 %). No obstante, cuando se analiza la percepción de necesidad de atención, los servicios de salud mental emergen como una de las principales áreas de demanda insatisfecha, lo que sugiere que, pese a su relevancia percibida, la utilización efectiva de estos servicios sigue siendo baja.

En relación con el área de residencia y el nivel de ingresos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), lo que sugiere que el acceso limitado no responde exclusivamente a factores individuales o socioeconómicos. Estos resultados se presentan en la Tabla 4.

Además de evidenciar una baja utilización de servicios, en general, este patrón sugiere que los servicios son empleados de forma esporádica, principalmente frente a episodios agudos de enfermedad, y no como parte de un seguimiento continuo o de acciones de promoción y prevención de la salud, lo cual se ve reflejado en el predominio de consultas médicas generales por morbilidad frente a la demanda de servicios preventivos, los resultados se observan en el Anexo 6: Tabla suplementaria 1. No obstante, un aspecto positivo es que los servicios son reconocidos y valorados por los estudiantes que los han utilizado, quienes destacan la gratuidad, la atención personalizada y la disponibilidad de atención médica general; lo cual refleja un potencial de confianza que podría aprovecharse para incrementar la demanda y fortalecer prevención y promoción de la salud desde el servicio.

Tabla 4
Distribución del uso y la frecuencia de utilización de los servicios de salud universitarios según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia de uso de los servicios de salud durante los últimos dos periodos académicos									
		Nunca		Una vez		2-3 veces		Más de 3 veces		p	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
	Total	203	61,3%	109	32,9%	15	4,5%	4	1,2%		
Género	Hombre	100	58,1%	61	35,5%	9	5,2%	2	1,2%	0.840	
	Mujer	101	64,3%	48	30,6%	6	3,8%	2	1,3%		

Variable	Categoría	Frecuencia de uso de los servicios de salud durante los últimos dos periodos académicos								
		Sí		No		Parcialmente		p		
	Prefiero no responder	2	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
Tipo de residencia	Rural	54	69,2%	21	26,9%	2	2,6%	1	1,3%	0,386
	Urbana	149	58,9%	88	34,8%	13	5,1%	3	1,2%	
Grupo etario	17–19 años	62	60,8%	33	32,4%	6	5,9%	1	1,0%	0,659
	20–22 años	84	67,2%	34	27,2%	4	3,2%	3	2,4%	
	23–25 años	48	57,8%	31	37,3%	4	4,8%		0,0%	
	26 años o más	9	42,9%	11	52,4%	1	4,8%		0,0%	
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a	2	66,7%	1	33,3%		0,0%		0,0%	0,159
	Blanco/a	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%		0,0%	
	Indígena	1	50,0%	1	50,0%		0,0%		0,0%	
	Mestizo/a	194	62,4%	100	32,2%	14	4,5%	3	1,0%	
	Montubio/a	1	16,7%	4	66,7%		0,0%	1	16,7%	
	Otro		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%	
Ingresos	entre 400–800 USD	42	58,3%	24	33,3%	4	5,6%	2	2,8%	0,916
	entre 800–1.500 USD	96	64,0%	47	31,3%	6	4,0%	1	0,7%	
	mayor 1.500 USD	4	50,0%	4	50,0%		0,0%		0,0%	
	menor a 400 USD	61	60,4%	34	33,7%	5	5,0%	1	1,0%	

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes (2022-2025)

Nota: Se muestra el uso y frecuencia por parte de los estudiantes matriculados en los dos últimos periodos académicos y desglosada en variables sociodemográficas como género, tipo de residencia, grupo etario, identidad étnica e ingresos. Los valores representan el número de estudiantes (n) y el porcentaje correspondiente (%). La columna P indica los resultados de la prueba estadística de asociación entre la variable sociodemográfica y la frecuencia de uso

Conocimiento de la oferta de servicios de salud

El análisis del nivel de conocimiento sobre la oferta institucional evidencia que más de la mitad de los estudiantes manifestó tener información limitada o nula sobre los servicios disponibles. Este hallazgo que se muestra en la Tabla 5, sugiere debilidades en los mecanismos de difusión y comunicación, lo que restringe el aprovechamiento de la oferta disponible y limita la capacidad.

Tabla 5
Conocimiento de la oferta institucional de los servicios de salud según variables sociodemográficas

Variable	Categoría	¿Conoce los servicios de salud que ofrece la universidad?						
		Sí		No		Parcialmente		p
		N	%	N	%	n	%	
		11,8						
	Total	39	%	97	29,3 %	195	58,9 %	

Variable	Categoría	¿Conoce los servicios de salud que ofrece la universidad?						p
		Sí		No		Parcialmente		
		N	%	N	%	n	%	
Género	Hombre	19	11,0 %	59	34,3 %	94	54,7 %	0,041
	Mujer	20	12,7 %	36	22,9 %	101	64,3 %	
	Prefiero no responder	0	0,0 %	2	100,0 %		0,0 %	
Tipo de residencia	Rural	7	9,0 %	26	33,3 %	45	57,7 %	0,529
	Urbana	32	12,6 %	71	28,1 %	150	59,3 %	
Grupo etaria	17–19 años	14	13,7 %	28	27,5 %	60	58,8 %	0,972
	20–22 años	13	10,4 %	36	28,8 %	76	60,8 %	
	23–25 años	8	9,6 %	28	33,7 %	47	56,6 %	
	26 años o más	4	19,0 %	5	23,8 %	12	57,1 %	
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a	1	33,3 %		0,0 %	2	66,7 %	0,237
	Blanco/a	3	37,5 %	3	37,5 %	2	25,0 %	
	Indígena		0,0 %	1	50,0 %	1	50,0 %	
	Mestizo/a	33	10,6 %	92	29,6 %	186	59,8 %	
	Montubio/a	2	33,3 %	1	16,7 %	3	50,0 %	
	Otro		0,0 %		0,0 %	1	100,0 %	
Ingresos	entre 400–800 USD	9	12,5 %	29	40,3 %	34	47,2 %	0,001
	entre 800–1.500 USD	10	6,7 %	33	22,0 %	107	71,3 %	
	mayor 1.500 USD	1	12,5 %	1	12,5 %	6	75,0 %	
	menor a 400 USD	19	18,08 %	34	33,7 %	48	47,5 %	

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes (2022-2025)

Nota: La tabla muestra el nivel de conocimiento de los servicios de salud universitarios según variables sociodemográficas. Se presentan el número de estudiantes (n) y el porcentaje (%) que respondió “Sí”, “No” o “Parcialmente”. La columna P indica el valor de la prueba estadística de asociación entre cada variable y el conocimiento de los servicios

Al indagar el conocimiento de la oferta de servicios de salud según las características sociodemográficas, las diferencias según tipo de residencia, edad o

identidad étnica no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0,05$), manteniéndose una distribución similar entre grupos. No obstante, se observaron diferencias significativas por género, siendo las mujeres quienes reportaron mayor proporción de conocimiento parcial.

Al analizar el conocimiento de la oferta según las características sociodemográficas, no se identificaron diferencias significativas por tipo de residencia, edad o identidad étnica ($p > 0,05$), manteniéndose una distribución homogénea entre grupos. Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas por género, siendo las mujeres quienes reportaron mayor conocimiento parcial de la oferta institucional. Este hallazgo podría reflejar una mayor disposición o sensibilidad hacia los temas de salud, aunque no necesariamente se traduzca en una utilización efectiva de los servicios.

En cuanto al nivel de ingresos, se observa un patrón diferenciado, con estudiantes con ingresos intermedios y altos que concentran la mayor proporción de conocimiento parcial, mientras que aquellos con ingresos inferiores a 400 USD presentan la proporción más alta de desconocimiento total (33,7 %). Esto sugiere una brecha de información vinculada al nivel socioeconómico, posiblemente derivada de estrategias de comunicación institucional que no consideran las características y contexto estudiantil para la difusión de información.

En conjunto, estos hallazgos reflejan que el acceso a los servicios de salud universitarios se encuentra condicionado por factores institucionales más que individuales, siendo la difusión insuficiente y la orientación predominantemente asistencial dos de los principales elementos que limitan el uso de servicios. Sin embargo, también muestran la existencia de una base de confianza y valoración positiva entre quienes han hecho uso del servicio, lo cual constituye una oportunidad estratégica para fortalecer su rol preventivo y consolidar su función social dentro de la comunidad universitaria.

Accesibilidad percibida ante la necesidad de atención

Cuando se analizó la accesibilidad percibida, conforme se evidencia en la Tabla 6, solo un tercio de los estudiantes (32,9 %) manifestó haber podido acudir siempre que lo necesitó, mientras que el 61,3 % declaró no haber podido hacerlo nunca, y un 5,7 % lo hizo solo en algunas ocasiones.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grupo etario e identidad étnica ($p < 0,05$). Los estudiantes mayores de 26 años y aquellos que se

identifican como mestizos reportaron mayor accesibilidad, mientras que los estudiantes afroecuatorianos e indígenas presentaron menor posibilidad de acceso. Estas diferencias evidencian brechas de equidad en el acceso a los servicios, posiblemente relacionadas con barreras culturales, de información o de percepción de pertinencia. A pesar de ello, se identifican avances en el reconocimiento del servicio como parte de la oferta integral universitaria, especialmente entre los estudiantes de mayor edad y aquellos que han tenido contacto previo con el personal de salud.

Tabla 6
Accesibilidad percibida ante la necesidad de atención en salud según características sociodemográficas

Variable	Categoría	En los dos últimos períodos académicos cuando necesitó atención en salud, ¿pudo acudir a los servicios de salud que brinda la universidad?						
		No, nunca pude acudir		Sí, algunas veces		Sí, siempre que lo necesité		p
		n	%	N	%	n	%	
	Total	203	61,3 %	19	5,7 %	109	32,9 %	
Género	Hombre	100	58,1 %	8	4,7 %	64	37,2 %	0,355
	Mujer	101	64,3 %	11	7,0 %	45	28,7 %	
	Prefiero no responder	2	100,0 %		0,0 %		0,0 %	
Tipo de residencia	Rural	54	69,2 %	1	1,3 %	23	29,5 %	0,085
	Urbana	149	58,9 %	18	7,1 %	86	34,0 %	
Grupo etario	17–19 años	62	60,8 %	3	2,9 %	37	36,3 %	0,024
	20–22 años	84	67,2 %	6	4,8 %	35	28,0 %	
	23–25 años	48	57,8 %	9	10,8 %	26	31,3 %	
	26 años o más	9	42,9 %	1	4,8 %	11	52,4 %	
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a	2	66,7 %		0,0 %	1	33,3 %	0,01
	Blanco/a	5	62,5 %		0,0 %	3	37,5 %	
	Indígena	1	50,0 %	1	50,0 %		0,0 %	
	Mestizo/a	194	62,4 %	16	5,1 %	101	32,5 %	
	Montubio/a	1	16,7 %	1	16,7 %	4	66,7 %	

Variable	Categoría	En los dos últimos períodos académicos cuando necesitó atención en salud, ¿pudo acudir a los servicios de salud que brinda la universidad?						
		100,0						
	Otro	0,0 %	1	%		0,0 %		
Ingresos	entre 400–800 USD	42	58,3 %	2	2,8 %	28	38,9 %	0.052
	entre 800–1.500 USD	96	64,0 %	5	3,3 %	49	32,7 %	
	mayor 1.500 USD	4	50,0 %		0,0 %	4	50,0 %	
							27,7 %	
	menor a 400 USD	61	60,4 %	12	11,9 %	28	27,7 %	

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes (2022-2025)

Nota: La tabla muestra el nivel de accesibilidad a los servicios de salud universitarios según variables sociodemográficas. Se presentan el número de estudiantes (n) y el porcentaje (%) que respondió “No, nunca pude acudir”, “Sí, algunas veces” “Sí, siempre que lo necesité”. La columna P indica el valor de la prueba estadística de asociación entre cada variable y el conocimiento de los servicios

Por otra parte, el tipo de residencia también mostró una tendencia importante ($p < 0,05$), donde los estudiantes urbanos reportaron ligeramente mayor accesibilidad que los rurales. Si bien la diferencia fue marginal, puede explicarse porque para muchos estudiantes con residencia en el área rural, el servicio universitario representa una de las pocas alternativas de atención disponibles, mientras que los estudiantes urbanos suelen contar con otras opciones externas, públicas o privadas. En este sentido, el hallazgo sugiere que los estudiantes de origen rural no necesariamente tienen mejores condiciones de acceso, sino que dependen más del servicio universitario, lo cual resalta de la universidad, que no solo brinda servicios de salud, sino que también compensa las desigualdades que enfrentan muchos jóvenes en sus zonas de origen.

Gestión operativa y desempeño de la provisión de servicios (nivel meso)

El análisis a nivel meso aborda los aspectos relacionados con la organización, gestión y desempeño operativo de los servicios de salud universitarios. Este nivel permite comprender cómo la provisión, horarios, difusión y calidad de los servicios, influyen en las experiencias de acceso y utilización reportadas por los estudiantes.

Capacidad de respuesta y accesibilidad institucional

La accesibilidad percibida ante la necesidad de atención (Tabla 6) refleja la capacidad operativa del sistema para responder a la demanda. La mayoría de los estudiantes calificó el acceso como moderado, destacando como aspectos favorables la gratuidad del servicio, la proximidad física dentro del campus y la disposición del personal de salud. Sin embargo, también se identificaron limitaciones institucionales vinculadas con los horarios restringidos de atención, la saturación del servicio en ciertos periodos académicos y los tiempos de espera prolongados, factores que afectan la oportunidad y continuidad de la atención.

Percepción de calidad y adecuación del servicio

Con el propósito de obtener una aproximación más precisa al desempeño y calidad de los servicios de salud universitarios, el análisis de esta sección se basa exclusivamente en los estudiantes que reportaron haber utilizado los servicios durante los dos últimos periodos académicos (n=128). Este enfoque permite obtener una valoración más cercana en cuanto a la percepción de quienes tienen experiencia directa con la atención recibida, aportando información sobre la calidad percibida y la adecuación del servicio.

De acuerdo con la Tabla 7, los promedios ponderados de los distintos ítems oscilaron entre 2,81 y 3,25 puntos en una escala de cinco, lo que refleja una valoración moderadamente favorable, pero con importantes áreas de mejora. Las respuestas positivas (“de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”) fueron minoritarias. En términos generales, las dimensiones relacionadas con la interacción interpersonal fueron las mejor calificadas. Destaca que el 29,7 % de los usuarios manifestó haber sido tratado con respeto y sin discriminación, seguido de un 23,4 % que reconoció no haber enfrentado gastos significativos para acceder a la atención. Asimismo, alrededor del 22 % de los estudiantes expresó que el personal mostró empatía y comprensión hacia su situación personal, y que la atención fue oportuna y resolutive. Estos resultados evidencian que los usuarios valoran positivamente el componente humano del servicio, asociado a la cercanía, respeto y calidez del trato recibido.

Por otra parte, los aspectos vinculados a la organización y condiciones estructurales del servicio obtuvieron los porcentajes más bajos. Solo 3,1 % de los usuarios consideró que los horarios de atención son adecuados, mientras que 18,8 % valoró positivamente la adecuación de las instalaciones y 17,2 % la ubicación física de los servicios. Estos hallazgos sugieren que existen barreras logísticas y de disponibilidad que

afectan la accesibilidad y la conveniencia del servicio, lo que podría explicar la baja utilización o la percepción de limitada respuesta de los servicios de salud universitarios.

Tabla 7
Percepción sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Promedio ponderado
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Accedo sin gastos significativos	10	7,8 %	2	1,6 %	86	67,2 %	18	14,1 %	12	9,4 %	3,16
El personal mostró empatía y comprensión, considerando mi identidad o necesidades.	8	6,3 %	14	10,9 %	78	60,9 %	16	12,5 %	12	9,4 %	3,08
Fui tratada/o/x con respeto y sin discriminación	6	4,7 %	9	7,0 %	75	58,6 %	23	18,0 %	15	11,7 %	3,25
La atención fue oportuna y resolutive	10	7,8 %	11	8,6 %	79	61,7 %	18	14,1 %	10	7,8 %	3,05
La ubicación física de los servicios de salud facilita mi asistencia	13	10,2 %	8	6,3 %	85	66,4 %	17	13,3 %	5	3,9 %	2,95
La universidad ofrece los servicios de salud que necesito	9	7,0 %	9	7,0 %	86	67,2 %	15	11,7 %	9	7,0 %	3,05
Las instalaciones son adecuadas y privadas	13	10,2 %	5	3,9 %	86	67,2 %	22	17,2 %	2	1,6 %	2,96
Los horarios de atención son adecuados	7	5,5 %	26	20,3 %	91	71,1 %	2	1,6 %	2	1,6 %	2,73
Me siento cómoda/o/x con el personal que presta el servicio	9	7,0 %	10	7,8 %	96	75,0 %	9	7,0 %	4	3,1 %	2,91
Respetaron mi identidad de género, etnia u origen	8	6,3 %	7	5,5 %	85	66,4 %	14	10,9 %	14	10,9 %	3,15
Se garantizó mi privacidad y confidencialidad	10	7,8 %	13	10,2 %	86	67,2 %	13	10,2 %	6	4,7 %	2,94

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes (2022-2025)

Nota: La tabla muestra la percepción de los estudiantes que utilizaron los servicios de salud universitarios, distribuida según las categorías de respuesta (Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo). La columna “PP” indica el promedio ponderado de cada ítem

Con relación a los aspectos relacionados con la privacidad y comodidad también muestran debilidades, únicamente 14,8 % consideró que se garantizó la confidencialidad durante la atención y 10,2 % se sintió plenamente cómodo con el personal. Estas cifras evidencian la necesidad de fortalecer los estándares de atención centrada en el usuario.

Barreras y facilitadores institucionales

El análisis de las barreras y facilitadores institucionales permitió comprender las condiciones organizativas que influyen en el uso de los servicios de salud universitarios. La Figura 1 muestra los principales facilitadores para el acceso a los servicios de salud universitarios identificados por los estudiantes. Casi la mitad (48,9 %) destacó la gratuidad o el bajo costo del servicio como el principal facilitador. Una proporción menor reportó la existencia de atención sin cita previa para emergencias o imprevistos (11,5 %) y la recepción de información suficiente y clara sobre los servicios disponibles (9,7 %).

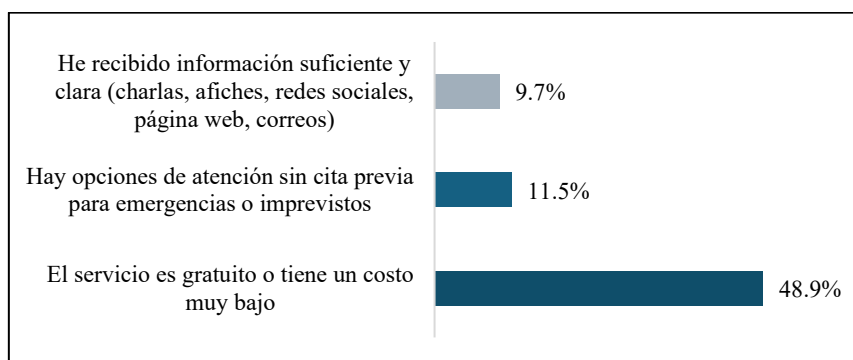


Figura 1. Facilitadores para el acceso a servicios

Nota: Se muestran los principales facilitadores para el acceso a los servicios señalados por los estudiantes. Las barras representan las frecuencias relativas (%) de respuestas en cada categoría respecto al total de participantes

Por otro lado, en la Figura 2 se presentan las tres principales barreras para el acceso a los servicios de salud universitarios identificadas por los estudiantes. Los mayores obstáculos corresponden al desconocimiento sobre los servicios disponibles (54,4 %) y a la falta de información sobre cómo solicitar una cita o acceder al servicio (44,1 %), ambos vinculados a limitaciones institucionales y comunicacionales. En tercer lugar, se destaca la inadecuación de los horarios de atención respecto a las actividades

académicas (29,6 %). Estos resultados evidencian que, a diferencia de los factores económicos, las barreras más relevantes son de tipo organizativo y cultural, relacionadas con la visibilidad, la comunicación y la pertinencia de los horarios de atención.

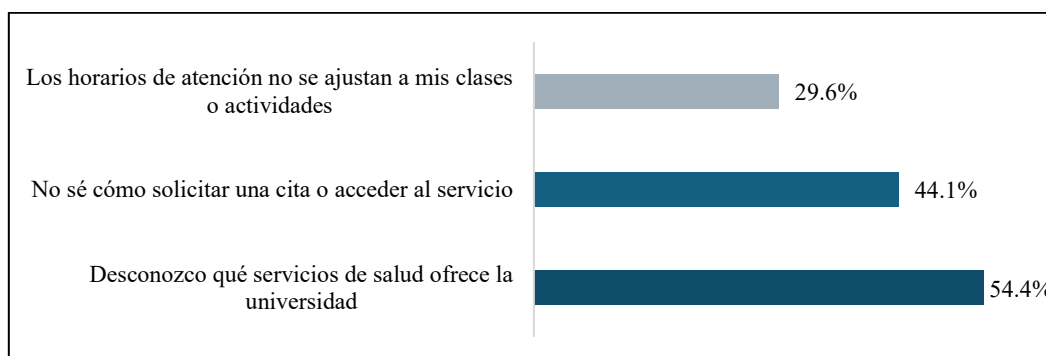


Figura 2. Barreras para el acceso a servicios

Nota: Se muestran las principales barreras para el acceso a los servicios señalados por los estudiantes. Las barras representan las frecuencias relativas (%) de respuestas en cada categoría respecto al total de participantes

Tras esta información, se evidencia que los factores económicos actúan como los principales facilitadores del acceso, destacando la gratuidad o el bajo costo del servicio, mientras que las barreras más relevantes se relacionan con aspectos comunicacionales y organizativos, como el desconocimiento de los servicios disponibles, la falta de información sobre cómo acceder a ellos y la inadecuación de los horarios de atención.

Desempeño estructural y equidad del sistema universitario de salud (nivel macro)

El análisis a nivel macro examina el comportamiento global del sistema universitario de salud, integrando los resultados de acceso y equidad. Este nivel permite valorar en qué medida la provisión de servicios responde a una de las funciones del sistema, que es la provisión de recursos y cómo estas se traducen en resultados agregados de acceso equitativo y capacidad de respuesta.

Índice Global de Acceso

El Índice Global de Acceso (IGA) alcanzó un valor promedio de 0,624, correspondiente a un nivel medio de acceso a los servicios de salud universitarios. Entre las dimensiones analizadas se refleja que la accesibilidad presentó el valor más alto en el IGA (0,789), a pesar de que el análisis específico de la accesibilidad percibida ante la necesidad de atención refleja que solo un tercio de los estudiantes pudo acudir siempre que lo necesitó (Tabla 6). Esta discrepancia sugiere que, aunque los servicios universitarios son visibles, gratuitos y físicamente accesibles, existen barreras funcionales que limitan su uso efectivo (Figura 2). En otras palabras, el alto puntaje de accesibilidad

global refleja la presencia y disponibilidad potencial del servicio, pero no necesariamente la posibilidad real de utilizarlo cuando se requiere atención. Por otro lado, la aceptabilidad (0,751), refleja una percepción positiva del trato y la empatía del personal de salud, así como una adecuada relación interpersonal durante la atención.

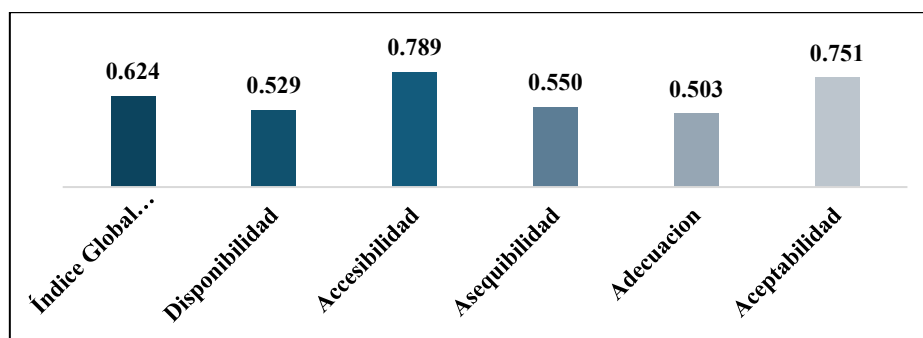


Figura 3. Índice global de acceso y por cada dimensión de acceso

Nota: En la figura se representa por cada dimensión de acceso el índice global

En contraste, las dimensiones de disponibilidad (0,529) y adecuación (0,503) registran los valores más bajos, lo que sugiere limitaciones en la oportunidad de la atención, en la cobertura de servicios preventivos, y en la alineación de la oferta con las necesidades estudiantiles, especialmente en áreas como salud mental. Finalmente, la asequibilidad (0,550) presenta un nivel coherente con la gratuidad general del servicio, aunque podría verse afectada por otros costos indirectos, como el tiempo o la compatibilidad de horarios. En el material suplementario se detallan las diferencias por características sociodemográficas. Véase Anexo 7: Tabla suplementaria 2.

En conjunto, estos resultados muestran que, si bien el sistema universitario de salud ofrece buenas condiciones estructurales y alta aceptación, persisten brechas organizativas y funcionales que limitan un acceso plenamente equitativo y continuo.

Desigualdades estructurales en el acceso

El IGA evidencia variaciones moderadas entre los distintos grupos sociodemográficos. Por género, no se observan diferencias sustanciales, los hombres registraron un IGA de 0,628 y las mujeres 0,623, lo que indica condiciones similares de acceso. Sin embargo, por identidad étnica, las disparidades son más marcadas. Los estudiantes mestizos presentan mejores condiciones de acceso que la población autoidentificada como afroecuatoriana y blanca, lo que podría sugerir la existencia de brechas probablemente relacionadas con la adecuación cultural de los servicios.

Asimismo, los estudiantes provenientes de áreas rurales muestran una tendencia a mejores niveles de acceso que los urbanos, que como se mencionó previamente podría reflejar un efecto de adaptación institucional, donde los servicios universitarios están compensando desigualdades previas.

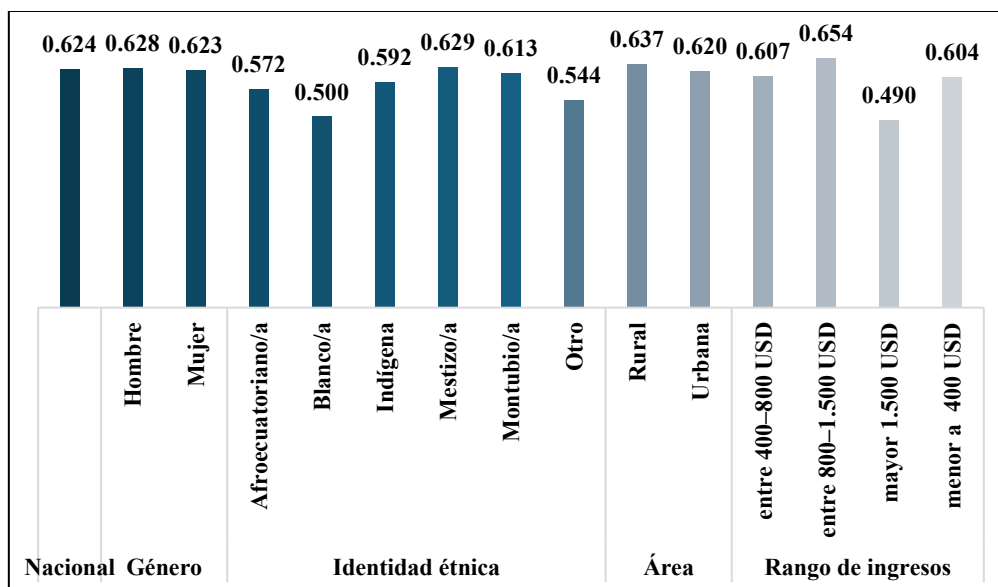


Figura 4. Índice global de acceso según características sociodemográficas

Nota: La figura muestra diferencias percibidas en el acceso a servicios universitarios según identidad étnica, procedencia geográfica y nivel de ingresos

Si bien en la Tabla 6, se observa que los estudiantes con ingresos mayores a 1 500 USD reportaron en mayor proporción haber podido acceder a los servicios universitarios cuando lo necesitaron (50 %, $p = 0,052$), en el IGA este grupo presenta el valor promedio más bajo (0,490). Esta aparente discrepancia responde a la diferencia entre ambas medidas, mientras la primera refleja una condición puntual de acceso ante una necesidad específica de atención, el IGA sintetiza la percepción general del acceso, integrando componentes como información, oportunidad, adecuación y capacidad de respuesta institucional. Por otro lado, los de ingresos bajos y medios muestran valores más elevados (0,604–0,654). Este hallazgo indica que los servicios de salud universitarios están siendo más relevantes y utilizados por los grupos económicamente más vulnerables, reflejando un componente de equidad positivo dentro de los servicios que ofrece la universidad.

3.2. Resultados del componente cualitativo

Los resultados cualitativos permiten comprender cómo se vive y gestiona el acceso a la salud universitaria desde una mirada de equidad. A partir de grupos focales

con estudiantes y entrevistas con funcionarios, se examinan las condiciones, percepciones y prácticas que facilitan o limitan el uso efectivo de los servicios.

3.3. Perspectiva estudiantil sobre el acceso a los servicios de salud (nivel micro)

Este apartado recoge las percepciones y experiencias de los estudiantes sobre el acceso real a los servicios de salud.

Configuración del acceso a servicios de salud desde la experiencia estudiantil (micro)

En la Tabla 8, se muestra los principales hallazgos respecto a lo que perciben los estudiantes sobre la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación, aceptabilidad, conciencia y equidad como factores que aportan al acceso a servicios de salud.

Tabla 8

Configuración del acceso a servicios de salud desde la experiencia estudiantil

Factores	Síntesis
Disponibilidad	<p>A pesar de que los estudiantes valoran la existencia de los servicios de salud universitaria, la disponibilidad se ve afectada por la escasez de personal, la cobertura horaria restringida y la falta de espacios adecuados. Esta situación impacta con mayor fuerza a estudiantes de jornada nocturna, madres estudiantes y personas en situación de crisis. La salud mental constituye la necesidad más urgente y prioritaria, con una demanda creciente y una respuesta institucional limitada. De igual forma, los estudiantes expresan de manera reiterada la necesidad de incorporar servicios de ginecología y nutrición.</p> <p>“Una vez intenté atenderme y cuando me tocaba el turno el personal se fue al almuerzo” (hombre, 6.º semestre).</p> <p>“Hace falta más atención psicológica, y también un espacio de ginecología; no todas queremos hablar esos temas con un médico general” (mujer, 6.º semestre).</p>
Accesibilidad	<p>La ubicación física del centro médico, la falta de señalización interna y los horarios restrictivos dificultan el acceso, especialmente para quienes estudian y trabajan. Aunque se valora la orientación informal, la falta de transporte refuerzan las barreras estructurales. Las condiciones de accesibilidad son inequitativas para estudiantes con discapacidad, o con cargas de cuidado.</p> <p>“Está lejos del bloque.” (mixto, 4º semestre)</p> <p>“Los estudiantes de la noche no pueden ir, porque cierran a las cinco” (mixto, 5.º semestre).</p>

Factores	Síntesis
Asequibilidad	<p>Las consultas gratuitas de medicina general son ampliamente valoradas, pero los costos asociados a medicamentos, exámenes, terapias específicas o traslados generan barreras económicas que limitan la continuidad del cuidado. Esta condición afecta con más fuerza a quienes no acceden a becas, no conocen los beneficios disponibles o deben costear traslados desde zonas alejadas. La falta de una farmacia interna y el requerimiento de pagos en lugares separados son una barrera.</p> <p>“Me dijeron: ‘No hay medicina aquí; vaya a comprar y regrese’” (mujer, 6.º semestre).</p>
Adecuación	<p>Los procesos administrativos se perciben como lentos, manuales y poco coordinados. Interrupciones por horario de almuerzo y la falta de seguimiento posterior reducen la eficiencia del sistema. Estudiantes con tiempos académicos ajustados, o quienes trabajan prefieren no acudir para no perder clases o tiempo para alimentarse.</p> <p>“Para pedir cita hay que hacer cola y llenar papeles” (mujer, 1.er semestre).</p>
Aceptabilidad	<p>La atención en salud universitaria combina valoraciones positivas de trato empático con experiencias de incomodidad, sobre todo cuando se compromete la confidencialidad. Las mujeres mencionan mayor malestar ante la exposición de temas personales en espacios poco privados, mientras que los hombres muestran resistencia a buscar apoyo psicológico por estigmas asociados. Los comentarios públicos, entrega de resultados sin reserva y trato preferencial hacia docentes o personal conocido generan sensación de desigualdad y reducen la confianza.</p> <p>“Me dijeron mi resultado delante de todos; faltó tacto y privacidad” (mujer, 1.er semestre).</p>
Conciencia	<p>Existe un desconocimiento generalizado sobre los servicios disponibles, los horarios, las rutas de acceso y los derechos de los estudiantes. Si bien las ferias y charlas son recordadas positivamente, su frecuencia es baja y su alcance limitado. Los canales digitales institucionales (correo, afiches) no son suficientes, la falta de señalética interna o información permanente en la página web reducen el conocimiento de los estudiantes sobre los servicios. Esta falta de información afecta especialmente a estudiantes de primeros niveles, o nocturnos.</p> <p>“No sabía que había centro de salud; me enteré por un guardia” (hombre, 4.º semestre).</p>
Equidad	<p>Las condiciones de acceso están fuertemente marcadas por desigualdades estructurales. La jornada nocturna, el género, la maternidad, la discapacidad y la situación socioeconómica determinan quién accede, cómo y en qué condiciones.</p>

Factores	Síntesis
Factores emergentes (simbólicos, culturales)	<p data-bbox="587 230 1337 300">“Los que trabajamos o tenemos hijos faltamos más a clase cuando enfermamos” (mujer, 6.º semestre).</p> <p data-bbox="469 338 1353 813">El estigma asociado al uso de servicios (principalmente los psicológicos) como la vergüenza de ser visto operan como barreras especialmente entre varones. También influyen actitudes institucionales que minimizan la importancia del cuidado, como la falta de reconocimiento de certificados médicos o la escasa empatía docente ante la enfermedad, que refuerzan la idea de que enfermarse implica un riesgo académico. Las redes de apoyo entre pares surgen como mecanismos de contención emocional que suplen vacíos institucionales. También emergen referencias a la alimentación universitaria; la falta de comida saludable, los precios altos o la ubicación del bar llevan a estudiantes a elegir entre alimentarse o acudir a los servicios de salud, afectando su bienestar cotidiano y reforzando decisiones que afectan el acceso a los servicios.</p> <p data-bbox="587 819 1337 884">“A veces da vergüenza ir a psicología porque todos te ven entrar” (mujer, 1.er semestre).</p>

Fuentes: Grupos focales, mediante la transcripción y análisis empleando el libro de códigos planteado para la investigación (2055-2025; ver Anexo 5)

Nota: La tabla muestra una síntesis para cada factor a partir de los resultados obtenidos en los GF, donde los estudiantes expresaron su percepción respecto del acceso a los servicios de salud

Percepciones estudiantiles sobre la gobernanza, gestión y capacidades institucionales

En la Tabla 9, se muestra los principales hallazgos respecto a lo que perciben los estudiantes el acceso a servicios de salud en contraste con los factores de gobernanza, gestión y capacidades institucionales de la UFA ESPE.

Tabla 9

Percepciones estudiantiles sobre la gobernanza, gestión y capacidades institucionales	
Factores	Síntesis
<i>Gobernanza y el marco político-estratégico</i>	<p data-bbox="544 1500 1353 2042">El bienestar universitario es reconocido por los estudiantes como un componente fundamental de la política institucional, aunque su capacidad para garantizar un acceso equitativo aún se percibe limitada. Se valora la presencia del equipo de bienestar en ferias, inducciones y espacios presenciales, donde se genera confianza y comprensión sobre los servicios. Sin embargo, esa visibilidad es intermitente, concentrada en la jornada diurna. La comunicación institucional también presenta limitaciones, ya que las campañas y protocolos existen, pero los canales digitales (correos, afiches) son considerados poco efectivos frente a las estrategias presenciales, que resultan más claras y accesibles. Los estudiantes mencionan la falta de criterios uniformes en la atención, que genera percepciones de trato desigual frente a docentes o funcionarios.</p>

Factores	Síntesis
<p>Capacidades institucionales y la sostenibilidad:</p>	<p>“Cuando explican en clase uno entiende cómo pedir cita.” (mixto, 5.º semestre)</p> <p>“Nos dan paso después si llega un profe.” (mujer, 1.er semestre).</p> <p>Los estudiantes perciben que la escasez de personal médico y psicológico limita la cobertura y la continuidad de los servicios, especialmente en salud mental, que se reconoce como la necesidad más urgente y a la vez más restringida. Valoran la empatía del equipo, pero mencionan que la sobrecarga laboral, los horarios limitados y los espacios poco adecuados afectan la calidad y sostenibilidad de la atención.</p> <p>Además, destacan que la efectividad del acompañamiento depende del perfil y la experiencia profesional del personal, por lo que sugieren fortalecer simultáneamente la cantidad y la cualificación de los psicólogos.</p> <p>“Pedí cita con psicología y me la dieron para el mes siguiente... no hay continuidad y los espacios no son privados.” (mujer, 6.º semestre).</p> <p>“Cuando te sientes acompañado, regresas más tranquilo a clase.” (mixto, 4.º semestre).</p>
<p>Gestión operativa y articulación con usuarios:</p>	<p>Los estudiantes describen los procesos administrativos como lentos, manuales y poco coordinados. Las esperas prolongadas y los cierres por horario de almuerzo generan desmotivación y pérdida de tiempo académico, especialmente en estudiantes que trabajan. En términos de calidad, el trato interpersonal se valora como determinante para el bienestar y la confianza en los servicios. La limitada coordinación entre las áreas de salud, bienestar y docencia interrumpe la continuidad del cuidado y debilita el acompañamiento académico ante situaciones de enfermedad, lo que se refleja en procesos poco claros para justificar ausencias, y en respuestas docentes que no muestran comprensión ante problemas de salud.</p> <p>“Te atienden una vez y luego no te llaman más.” (mujer, 6.º semestre)</p> <p>“El médico me explicó con calma y eso tranquiliza.” (mujer, 1.er semestre).</p>

Fuentes: Grupos focales, mediante la transcripción y análisis empleando el libro de códigos planteado para la investigación (2022-2025, ver Anexo 5).

Nota: La tabla muestra una síntesis a partir de los resultados obtenidos en los GF, donde los estudiantes expresaron su percepción respecto del acceso a los servicios de salud en contraste con los factores de gobernanza, gestión y capacidades institucionales de la UFA ESPE

Perspectiva de los funcionarios sobre la gestión del acceso a los servicios de salud universitaria (Entrevistas, nivel meso)

Este apartado recoge un análisis de las entrevistas con funcionarios y autoridades responsables del bienestar universitario. Sus relatos muestran cómo la gobernanza, las capacidades institucionales y la gestión operativa inciden en la efectividad y equidad del acceso a los servicios.

Perspectiva de los funcionarios sobre el acceso a los servicios de salud universitaria

En la Tabla 10 se muestra la perspectiva de los funcionarios respecto de los factores que permiten el acceso a los servicios de salud a la comunidad universitaria.

Tabla 10

Síntesis de las entrevistas a los funcionarios sobre la gestión del acceso a los servicios de salud universitaria

Factores	Síntesis
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los funcionarios destacan que la universidad mantiene una oferta formal y gratuita de servicios médicos, psicológicos y odontológicos a través del Sistema Integrado de Salud (SIS) y la Unidad de Bienestar Universitario (UBUN), con un volumen anual superior a nueve mil atenciones, lo que evidencia funcionamiento continuo. • La coordinación con el Ministerio de Salud fortalece las acciones preventivas; sin embargo, la disponibilidad efectiva se ve limitada por la falta de personal especializado particularmente en el área de psicología, la infraestructura inadecuada y la sobrecarga laboral. • La salud mental es reconocida por los funcionarios como el ámbito más crítico y sensible de la atención. Aunque existen protocolos de crisis y actividades preventivas, su aplicación sigue siendo reactiva y depende del esfuerzo del equipo más que de una política institucional sostenida. Esta situación revela una capacidad limitada para responder a una demanda creciente y confirma la necesidad de fortalecer la disponibilidad del servicio con recursos humanos y técnicos suficientes.
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los equipos muestran disposición para atender emergencias fuera de horario, lo que refleja flexibilidad institucional. • Los funcionarios reconocen que los horarios no responden a la diversidad de jornadas académicas, por lo que, estudiantes vespertinos o trabajadores enfrentan dificultades para acudir. • La accesibilidad formal se cumple, pero las brechas horarias y falta de transporte interno generan inequidad en el acceso real.
Asequibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • La gratuidad de la atención médica y psicológica constituye un cumplimiento del principio de acceso universal.

Factores	Síntesis
Adecuación	<ul style="list-style-type: none"> • Las becas y apoyos económicos gestionados por la UBUN actúan como mecanismos compensatorios para estudiantes en vulnerabilidad. • La ausencia de un presupuesto específico para salud universitaria reduce la sostenibilidad de los servicios. • Los costos indirectos en medicamentos, exámenes o transporte afectan la continuidad de la atención. • La equidad económica se cumple parcialmente: el acceso inicial es garantizado, pero la permanencia depende de los recursos del estudiante. • Los servicios cumplen con los estándares básicos del Ministerio de Salud Pública y mantienen procesos de triaje y derivación que garantizan atención médica y psicológica continua. • El personal adapta procedimientos para sostener la atención en periodos de alta demanda, aunque la infraestructura resulta limitada: los consultorios son pequeños, carecen de privacidad y, en algunos casos, se ubican en espacios provisionales o reutilizados. • Estas condiciones afectan la confidencialidad, reducen la percepción de seguridad y desincentivan el uso del servicio en casos sensibles, lo que convierte la adecuación física en un punto crítico de mejora institucional. • Los funcionarios también reconocen la ausencia de un sistema de fichas médicas integradas y la gestión de registros de forma manual y fragmentada por área. La falta de trazabilidad y de comunicación entre psicología, medicina y trabajo social impide el seguimiento integral de los casos y la detección temprana de riesgos psicosociales.
Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • La empatía y la cercanía del equipo son los principales facilitadores del vínculo de confianza. No obstante, los funcionarios señalan que la institución carece de programas permanentes de formación en trato inclusivo y diversidad. • El estigma asociado a la salud mental persiste y afecta la disposición a buscar ayuda. • La aceptabilidad se sostiene principalmente en la vocación del equipo.
Conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • La universidad cumple parcialmente con la difusión de servicios mediante ferias, campañas e inducción. • Las estrategias comunicacionales se apoyan en redes sociales, aunque su alcance es irregular. • Los funcionarios reconocen que la comunicación depende de la iniciativa del personal y de los recursos disponibles, sin una planificación continua ni segmentación por públicos. • Esta difusión desigual genera brechas informativas que afectan sobre todo a los estudiantes nuevos.

Factores	Síntesis
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los funcionarios sostienen que la atención se ofrece sin costo ni discriminación, y que el trato empático favorece la inclusión de mujeres, estudiantes LGBTI y personas con discapacidad. • La inequidad se expresa en la desigual distribución de personal.
Factores emergentes	<ul style="list-style-type: none"> • Las entrevistas resaltan avances en salud mental, como la implementación de guías de crisis y protocolos internos, así como la colaboración interáreas que permite respuestas oportunas ante emergencias. Estas prácticas emergentes no siempre se institucionalizan ni cuentan presupuesto. • Persisten estigmas que limitan el reconocimiento de la salud mental como dimensión prioritaria del bienestar universitario.

Fuentes: Entrevistas ejecutadas a los funcionarios de la UBUN ESPE (2022-2025)

Nota: La tabla muestra una síntesis de los hallazgos respecto a lo que perciben los funcionarios de la UBUN sobre la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, adecuación, aceptabilidad, conciencia y equidad como factores que aportan al acceso a servicios de salud

Gobernanza, gestión y capacidad institucional para configurar el acceso a los servicios de salud desde la mirada de los funcionarios

En la Tabla 11 se tiene una síntesis de las entrevistas a los funcionarios respecto de cómo se configura el acceso a los servicios de salud desde la gobernanza, capacidades institucionales y gestión operativa.

Tabla 11

Síntesis de las entrevistas a los funcionarios respecto a la configuración del acceso a los servicios de salud desde la gobernanza, capacidades institucionales y gestión operativa de la UFA ESPE

Factores	Síntesis
Gobernanza y el marco político-estratégico	<p>Los funcionarios reconocen la existencia de un marco formal compuesto por políticas, planes y protocolos vigentes que evidencian cumplimiento institucional.</p> <p>La coordinación con el Ministerio de Salud y gobiernos locales fortalece la ejecución de campañas y la prevención. Las entrevistas muestran debilidades en la aplicación y el seguimiento: la rotación de autoridades, la falta de mecanismos de evaluación y la dependencia de liderazgos personales.</p>
Capacidades institucionales y sostenibilidad	<p>Las capacidades institucionales combinan fortalezas humanas y limitaciones estructurales. Se valora el compromiso y cohesión del personal técnico. La falta de presupuesto específico para salud, el déficit de profesionales especializados, y la ausencia de programas de capacitación técnica limitan la consolidación de capacidades sostenibles. Las condiciones laborales, la sobrecarga y los registros manuales impiden una gestión más eficiente.</p> <p>Los funcionarios coinciden en que la salud mental constituye el ámbito más crítico y sensible de la gestión del bienestar.</p>

Factores	Síntesis
Gestión operativa y articulación con usuarios	<p>Reconocen la existencia de protocolos de crisis y actividades preventivas impulsadas tras episodios de riesgo.</p> <p>Los equipos garantizan la atención mediante coordinación entre UBUN, SIS y otras áreas, cumpliendo con los protocolos básicos de derivación y referencia. El acompañamiento interprofesional y la empatía del personal facilitan la atención oportuna. Se identifican brechas en digitalización, horarios y privacidad. La falta de un sistema de información integrado y la carga administrativa dificultan el seguimiento de casos. Las estrategias de difusión, aunque efectivas, no son continuas.</p>

Fuentes: Entrevistas ejecutadas a los funcionarios de la UBUN ESPE (2022-2025)

Nota: La tabla muestra la síntesis de la percepción de los funcionarios respecto del acceso a los servicios de salud en contraste con los factores de gobernanza, gestión y capacidades institucionales de la UFA ESPE

Hallazgos del análisis documental de la gestión institucional (macro)

El análisis se realiza a partir de treinta y siete (37) documentos institucionales de la Unidad de Bienestar Universitario correspondientes al período 2021–2025, en los cuales se evidencia una gestión caracterizada por una sólida formalización administrativa, una estructura funcional estable y una sostenida continuidad programática. No obstante, se evidencia limitaciones relevantes en la evaluación del impacto de las acciones, la articulación interinstitucional y la consolidación del enfoque de equidad como práctica medible.

En tal sentido, en la Tabla 12 se presentan los principales hallazgos consolidados desde una mirada del acceso global y equitativo; gobernanza y marco político-estratégico; capacidades institucionales; gestión operativa e institucional y, Equidad como eje transversal.

Tabla 12

Resultados de la revisión documental respecto a la gestión institucional para el acceso a los servicios de salud universitarios

Factores	Síntesis
Acceso global y equitativo	<ul style="list-style-type: none"> • La LOES, la Constitución y los Planes de Igualdad institucionales establecen el acceso gratuito a los servicios de bienestar, salud y orientación como un derecho. • La UBUN cumple con garantizar la existencia de servicios básicos (médico, psicológico y odontológico), becas económicas y actividades de promoción de la salud. • Los documentos revisados no incluyen información sistemática sobre cobertura, satisfacción o equidad en el acceso según género, sede, jornada o condición.

Factores	Síntesis
Gobernanza y marco político-estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • El marco institucional otorga a la UBUN una legitimidad normativa sólida, y la incorpora bajo la dependencia del Vicerrectorado Académico. • Los memorandos y actas de 2025 ratifican su vigencia y continuidad, lo que refleja coherencia y estabilidad. • La gobernanza mantiene una orientación normativa y vertical, enfocada en el cumplimiento reglamentario más que en la participación o la rendición de cuentas.
Capacidades institucionales	<ul style="list-style-type: none"> • Los planes operativos y los reportes presupuestarios muestran una alta eficiencia financiera, con ejecuciones superiores al 90 % entre 2 022 y 2024. • Los recursos se concentran en becas y ayudas económicas, beneficiando a más de 1 200 estudiantes. • La UBUN dispone de personal técnico comprometido y procesos administrativos estandarizados. • La dotación de recursos humanos y técnicos es limitada: pocos profesionales cubren simultáneamente funciones de psicología, trabajo social, cultura y becas. • La información presupuestaria carece de desagregación por eje temático, lo que impide conocer cuánto se invierte en servicios de salud, o salud mental.
Gestión operativa e institucional	<ul style="list-style-type: none"> • El conjunto de protocolos, campañas y talleres ejecutados entre febrero y septiembre de 2025 representa la evidencia más visible de la gestión operativa de la UBUN. • Los documentos muestran una planificación mensual sostenida, con actividades sobre salud mental, prevención de violencia, autocuidado docente, diversidad sexual, inclusión digital y promoción cultural. • Los protocolos están bien estructurados, incluyen objetivos, cronogramas, responsables y firmas de aprobación, reflejando un alto grado de institucionalización de procesos. • La gestión mantiene un enfoque centrado en la ejecución de eventos y campañas, sin herramientas que permitan medir el impacto o la satisfacción.
Equidad como eje transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización de Planes de Igualdad, incorporación de indicadores de género y la ampliación de actividades formativas sobre diversidad, inclusión y salud mental. Pero estos todavía no se traducen a resultados medibles.

Fuentes: Documentos institucionales proporcionados por la Unidad de Bienestar Universitario de la ESPE (2022-2025; ver Anexo 4)

Nota: La tabla presenta el resultado de la revisión documental disponible y entregada por la Unidad de Bienestar Universitario hasta el 23 de octubre de 2025

3.3. Síntesis narrativa y discusión de resultados cualitativos y cuantitativos

El análisis articulado de los componentes cuantitativo y cualitativo muestra que el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios se configura como un proceso multinivel que combina avances formales e inequidades estructurales persistentes. Las evidencias convergen en señalar que la oferta institucional y la gratuidad no garantizan un acceso pleno, mientras que las divergencias se concentran en la percepción: el personal enfatiza la calidad humana y la cobertura normativa, en tanto que el estudiantado destaca la saturación del servicio y las barreras prácticas que impiden su uso efectivo.

La gestión institucional configura un acceso formalmente garantizado, pero funcionalmente desigual, condicionado por la capacidad de la universidad para articular sus niveles de decisión, recursos y prácticas cotidianas bajo un enfoque de equidad. En tal sentido, los resultados de acuerdo con las variables estudiadas se presentan de la siguiente manera:

Acceso global y equidad: El Índice Global de Acceso (IGA) promedio general es 0,62, lo que evidencia una cobertura institucional moderada pero subutilizada, considerando que el 61,3 % de los estudiantes expuso que no ha utilizado los servicios y el 32,9 % que lo ha hecho solo una vez. Esta tendencia coincide con los hallazgos de la (Unesco - Iesalc 2024), que describen un acceso universitario regional caracterizado por la existencia formal de servicios, pero limitado en su uso efectivo. Los grupos focales confirman este patrón: la demanda es reactiva, centrada en crisis o enfermedad, y la salud mental surge como la necesidad más requerida y prioritaria, seguida de servicios de ginecología, y nutrición.

Al desagregar el análisis según las seis dimensiones se observa lo siguiente:

5. Disponibilidad (IGA 0,529): La oferta médica y psicológica resulta insuficiente frente a la demanda. Los tiempos de espera y la saturación de citas confirman que la existencia de servicios no asegura un acceso oportuno. Se identifica a la salud mental como el ámbito más crítico, pese a los protocolos y actividades preventivas, la atención sigue siendo reactiva. La falta de personal especializado, espacios confidenciales y presupuesto limita la respuesta. Se evidencia la necesidad de incorporar servicios de ginecología y nutrición para fortalecer una atención integral. Hallazgos similares fueron reportados por (CACES y UDLA 2022), que identifican la salud mental como la dimensión más rezagada del bienestar universitario.

6. Accesibilidad (IGA 0,789): Aunque el índice refleja una percepción institucional alta, el 61 % del estudiantado declaró no haber podido acudir al servicio cuando lo necesitó. Esto confirma la brecha entre acceso potencial y acceso realizado planteada por (Saurman 2016), explicada por la rigidez de los horarios, la distancia física y la incompatibilidad entre la jornada académica y los tiempos de atención.
7. Asequibilidad (IGA 0,550): La gratuidad es reconocida como facilitador por el 48,9 % del estudiantado; sin embargo, los costos indirectos como transporte, medicación y pérdida de tiempo académico limitan la continuidad del cuidado. Este hallazgo coincide con (Báscolo et al. 2020) que advierte que la gratuidad no elimina por sí sola las desigualdades económicas cuando existen gastos complementarios no cubiertos.
8. Adecuación (IGA 0,503): Es la dimensión con menor desempeño. Los procesos manuales, la duplicación de trámites y la ausencia de registros digitales dificultan la trazabilidad y continuidad. Esto confirman lo descrito por (Flores-Calle 2015) quien señala que las universidades ecuatorianas tienden a priorizar la atención asistencial sobre la preventiva, y que la falta de gestión digitalizada debilita la eficiencia.
9. Aceptabilidad (IGA 0,751): Esta dimensión constituye una de las fortalezas del sistema. El 29,7 % del estudiantado valora el respeto recibido y el 22 % la empatía del personal. No obstante, persisten tensiones de confidencialidad y estigma, sobre todo en la atención psicológica.
10. Conciencia: Solo el 11,8 % del estudiantado conoce plenamente la oferta institucional y el 58,9 % de manera parcial, lo que reproduce la brecha comunicacional descrita por (Rickwood et al. 2014) y (Yunga 2022). La ausencia de una estrategia comunicacional permanente y segmentada por públicos limita el conocimiento y uso efectivo de los servicios, lo que reduce la participación estudiantil y la búsqueda oportuna de atención.

También surgieron elementos de cultura organizacional emergentes como por ejemplo que la salud se entiende como función exclusiva de la UBUN. La falta de corresponsabilidad de docentes y otras áreas, visible en la escasa sensibilidad frente a la enfermedad y en una oferta alimentaria poco saludable evidencia una cultura institucional de salud débil.

El conjunto de estas dimensiones evidencia un acceso heterogéneo, donde la gratuidad y el marco normativo conviven con barreras organizativas, informativas y simbólicas. El desajuste entre la oferta institucional y las condiciones reales de uso demuestra que el acceso equitativo, aunque reconocido como derecho, es parcial en su cumplimiento.

Gobernanza y marco político-estratégico: A nivel macro, la universidad posee una gobernanza normativa consolidada, coherente con la Constitución (Ecuador 2008), la LOES (Ecuador 2008) y el Plan Institucional de Igualdad 2022-2025 (Ecuador UFA ESPE 2022), que consagran la salud y el bienestar como funciones sustantivas. Los documentos revisados demuestran coherencia formal y estabilidad programática; sin embargo, las entrevistas y grupos focales evidencian brechas entre el discurso político y la práctica institucional. La participación estudiantil en la toma de decisiones es limitada, y los mecanismos de evaluación carecen de indicadores específicos de equidad, reproduciendo la estructura jerárquica de gobernanza descrita por (Rhodes 1996; Brennan 2010).

La convergencia entre las fuentes indica que el liderazgo institucional mantiene un compromiso explícito con la equidad, pero sin consolidar instrumentos de seguimiento ni espacios de diálogo efectivo con la comunidad universitaria. La gobernanza, por tanto, configura un acceso equitativo más normativo que participativo, dependiente de decisiones centralizadas y de una cultura de gestión aún poco inclusiva.

Capacidades institucionales y sostenibilidad: En el nivel meso, los resultados evidencian una ejecución presupuestaria superior al 90 %, lo que denota eficiencia administrativa, pero también un desequilibrio entre planeación y capacidad real de respuesta. Los datos cualitativos destacan la escasez de personal especializado, la alta rotación y la sobrecarga laboral, especialmente en salud mental que se reconoce como el ámbito de mayor preocupación institucional en todos los niveles. A ello se suma la persistencia de procesos manuales y circuitos administrativos extensos que ralentizan la gestión y limitan la trazabilidad de la información, lo que refleja una modernización tecnológica aún incipiente. A esta limitación se suma la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas y profesionales del equipo psicológico, garantizando no solo un incremento en su número, sino también una actualización continua acorde con la complejidad de la creciente demanda.

Este escenario refleja el déficit de capacidades institucionales planteado por (Fullan 2007) que destaca estructuras capaces de planificar, pero sin los recursos suficientes para sostener la política en la práctica.

Los documentos presupuestarios muestran que la prioridad institucional recae en becas y ayudas económicas, mientras la inversión en infraestructura y talento humano en salud se mantiene limitada. Estos resultados coinciden con lo documentado por (Flores-Calle 2016; CACES y UDLA 2022), quienes subrayan que la sostenibilidad de la salud universitaria depende de la asignación estable de recursos y de la profesionalización del personal.

La convergencia entre fuentes confirma que la universidad cuenta con procedimientos administrativos consolidados, pero sin capacidad suficiente para expandir la cobertura o responder a nuevas demandas. La divergencia se manifiesta en las percepciones: el personal resalta su compromiso, mientras los estudiantes perciben la falta de continuidad y seguimiento como señales de ineficiencia estructural.

Gestión operativa y articulación con usuarios: El nivel micro analiza cómo las políticas institucionales se traducen en la experiencia cotidiana del servicio. Los equipos de la UBUN y del SIS son valorados por su trato empático y compromiso, pero la gestión diaria continúa marcada por procesos manuales, horarios inflexibles y coordinación limitada entre áreas.

Este patrón coincide con la “gobernanza operativa basada en esfuerzos individuales” descrita por (Bryson et al. 2014) y contrasta con el principio de mejora continua de (Fullan 2007). La evidencia cualitativa revela una comunicación interna fragmentada y una articulación interinstitucional débil con el Ministerio de Salud Pública, lo que interrumpe la continuidad del cuidado.

Desde la perspectiva de los estudiantes, los servicios son valorados por su trato humano, pero percibidos como insuficientes y desarticulados, evidenciando convergencia entre el análisis documental y los testimonios: el compromiso individual suple la falta de estructura organizativa.

Equidad como eje transversal: La equidad atraviesa los cuatro niveles analíticos como principio y lente interpretativo. Los resultados muestran que las desigualdades de acceso no se explican únicamente por género, sino también por jornada, ingreso, discapacidad y territorio, lo que confirma la naturaleza interseccional de la inequidad (Whitehead, 1991; OMS, 2008). Aunque la equidad está reconocida en la LOES (Ecuador 2008) y el Plan de Igualdad (2022-2025) (Ecuador UFA ESPE 2022), su aplicación aún está en desarrollo. La falta de indicadores desagregados y de mecanismos de monitoreo impide evaluar avances reales. Los grupos focales revelan la persistencia de estigmas, desconfianza en la confidencialidad y desconocimiento de derechos, elementos que se

traducen en inequidades simbólicas. La cultura institucional de salud continúa concentrando la responsabilidad del acceso en la UBUN, mientras los docentes, y otras áreas asumen un papel periférico.

La Tabla 13, resume los trece hallazgos principales identificados a partir de la integración de los diferentes métodos de análisis y fuentes empíricas. Estos hallazgos constituyen la base para la formulación de los lineamientos institucionales que se desarrollan en el Capítulo cuarto.

Tabla 13

Hallazgos integrados. Configuración del acceso equitativo a los servicios de salud universitarios desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional

Nivel	Facilitadores / avances	Brechas / limitaciones	Relevanc; Converg
1. Disp.	Existencia formal y gratuita de servicios médicos; compromiso del personal técnico.	Capacidad instalada insuficiente; falta de especialistas en salud mental; horarios e infraestructura limitados; ausencia de servicios de ginecología y nutrición.	Alta; EE-GF-EF-DI
2. Acces.	El personal es percibido como cercano y empático.	Horarios inflexibles y escasa cobertura en jornada nocturna; distancia; débil articulación con planificación académica restringe el acceso.	Alta; EE-GF-EF-DI
3. Aseq.	Gratuidad general reconocida y existencia de apoyos económicos complementarios.	Costos indirectos (transporte, medicinas, pérdida de clases) limitan continuidad; desigualdad económica entre grupos.	Alta; EE-GF-EF-DI
4. Adeg. Org.	Procedimientos administrativos definidos y personal con experiencia.	Procesos manuales y duplicados; ausencia de sistemas digitales de registro y trazabilidad; lentitud operativa.	Alta; GF-EF-DI
5. Acept.	Trato respetuoso y empático valorado; percepción positiva del compromiso del personal.	Estigmas asociados a la salud mental; falta de privacidad en espacios físicos; y ausencia de seguimiento.	Alta; EE-GF-EF
6. Conc.	Campañas y ferias son mecanismos valorados de información y sensibilización.	Conocimiento limitado; la comunicación, promoción y visibilidad de los servicios de salud es discontinua y fragmentada, sin estrategia sostenida ni segmentación.	Alta; EE-GF-EF-DI
7. Gob. Inst.	Marco normativo sólido; compromiso formal con la equidad.	Participación estudiantil escasa; falta de indicadores de	Alta; EF-DI

Nivel	Facilitadores / avances	Brechas / limitaciones	Relevanc; Converg
		seguimiento de equidad; gestión jerárquica y centralizada.	
8. Cap. Inst.	Personal comprometido con la atención y gestión del bienestar.	Escasez de personal estable y especializado; profesionalización insuficiente; recursos financieros limitados; circuitos administrativos extensos.	Alta; EF-DI
9. Artic. Inter.	Colaboración puntual entre la UBUN, el SIS y el MSP; disposición del personal.	Coordinación interinstitucional irregular dependiente de gestiones individuales; ausencia de mecanismos formales de seguimiento o evaluación conjunta.	Alta; EF-DI
10. Equid. Inst.	La equidad está reconocida en la normativa y planes institucionales.	Persisten brechas por género, jornada, ingreso, discapacidad y territorio; carencia de indicadores desagregados y mecanismos de monitoreo.	Alta; EE-GF-EF-DI
11. SM (prior.)	La salud mental es la prioridad institucional más urgente, reconocida en todos los niveles de gestión. Las campañas de sensibilización y los protocolos de atención han fortalecido la visibilidad y relevancia del tema.	Salud mental es el requerimiento más crítico y prioritario. Déficits de personal especializado y profesionalización. Barreras de género: mujeres se sienten expuestas por la falta de privacidad y hombres muestran resistencia al solicitar apoyo. Se requiere una respuesta estructural y preventiva.	Crítica-Alta; EE-GF-EF-DI
12. Cult. Salud (emerg.)	La UBUN es reconocida como referente visible de bienestar universitario y principal instancia de apoyo estudiantil.	Falta de corresponsabilidad docente y administrativa, con escasa sensibilidad frente a la enfermedad y el bienestar estudiantil. La oferta alimentaria es poco saludable. Esto refleja una cultura institucional débil hacia la salud.	Media-Alta; GF-EF-DI

Fuente: Encuesta aplicada sobre Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública; Guía para grupos focales con estudiantes; Guías de entrevistas semiestructuradas para autoridades, directivos y funcionarios de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE relacionados con el Bienestar Universitario (2022-2025)

Nota: EE = Encuesta estudiantil; GF = Grupos focales; EF = Entrevistas a funcionarios; DI = Documentos institucionales

Capítulo cuarto

Propuesta para fortalecer la gestión orientada mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios y conclusiones finales

El presente capítulo desarrolla una propuesta institucional orientada a fortalecer el acceso equitativo a los servicios de salud universitarios en la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE, así como presentar las conclusiones finales obtenidas a partir de la misma.

Esta propuesta surge como respuesta directa a los doce hallazgos principales identificados en el Capítulo Tercero, que evidencian brechas estructurales y operativas en la gestión institucional del bienestar: insuficiencia de oferta médica y psicológica, barreras de horario, costos indirectos, procesos manuales, estigma y falta de privacidad, comunicación dispersa, gobernanza centralizada, ausencia de presupuesto y capacitación, débil articulación interinstitucional, inequidades estructurales, falta de evaluación comunicacional y una cultura institucional de salud aún incipiente.

Estos hallazgos, sintetizados en la Tabla 13 *Hallazgos integrados*, expresan los principales nudos críticos del acceso equitativo a la salud universitaria. Frente a ello, este capítulo propone doce lineamientos estratégicos institucionales, concebidos como orientaciones de gestión que permitan transformar la evidencia empírica en decisiones sostenibles.

1. Fundamentación metodológica

La propuesta de lineamientos se elaboró con base en una metodología aplicada y participativa, orientada a transformar la evidencia del diagnóstico en acciones institucionales concretas. El proceso combinó el análisis empírico, documental y normativo, asegurando coherencia con la planificación vigente de la Universidad.

1. Integración de evidencias: Se sistematizaron los resultados del Capítulo 3 —encuesta, grupos focales, entrevistas y revisión documental— junto con los principales instrumentos institucionales: *Plan de Igualdad 2022–2025*, *Plan de Desarrollo Operativo 2022–2025* y protocolos de bienestar como *Somos Bienestar en la U* o *Construyendo Espacios de Diálogo*. Esta revisión permitió identificar coincidencias, vacíos de gestión y doce problemáticas clave, convertidas en lineamientos estratégicos.

2. Coherencia normativa: Los lineamientos se contrastaron con el marco legal y programático vigente: Constitución del Ecuador, LOES, Plan Nacional de Desarrollo, EDI 2021–2025, Norma Técnica para Transversalizar el Enfoque de Género 2024 y ODS 3, 4, 5 y 10. Esto garantizó su alineación con los principios de equidad, inclusión y progresividad.

3. Formulación y validación: Cada lineamiento se construyó a partir de un propósito de cambio institucional, definiendo subejos, actores responsables y ejes transversales (equidad, salud mental, comunicación y participación). Su pertinencia fue verificada frente a los objetivos y recursos del *Plan de Igualdad* y el *Plan Operativo Anual 2025*, consolidándose una matriz final de articulación entre diagnóstico, normativa y propuesta.

2. Lineamientos estratégicos institucionales

El diseño de los lineamientos estratégicos se deriva directamente de los doce hallazgos integrados del Capítulo tercero. Cada lineamiento responde a un cuello de botella identificado en la gestión del acceso equitativo a los servicios de salud universitaria.

2.1. Política integral de salud mental universitaria (prioritario)

Objetivo: establecer una política institucional integral de salud mental con enfoque preventivo, ético y de equidad de género, que garantice atención continua, especializada y confidencial. Aborda el cuello de botella: atención psicológica fragmentada y reactiva; falta de personal especializado; espacios poco confidenciales y barreras culturales y de género.

Subejos:

1. Creación del Programa Integral de Salud Mental Universitaria.
2. Incorporación progresiva de psicólogos/as clínicos/as especializados/as en salud mental universitaria.
3. Protocolos diferenciados para atención, crisis y seguimiento, con espacios confidenciales y seguros.
4. Sistema de seguimiento interáreas (medicina, psicología y trabajo social) para continuidad de casos y acompañamiento postatención.
5. Formación anual en salud mental y autocuidado para personal UBUN y docente.

6. Adecuación y ambientación de espacios psicológicos con criterios de privacidad, confort y confidencialidad acústica.
7. Horizonte: aprobación 2026; ejecución 2027–2028.
8. Indicador de logro esperado: política aprobada e implementación del programa con aumento anual de cobertura y continuidad de atención psicológica.

2.2. Estrategia institucional de comunicación, visibilidad y promoción del bienestar (prioritario)

Objetivo: garantizar que toda la comunidad universitaria conozca, valore y acceda efectivamente a los servicios de bienestar. Aborda el cuello de botella: desconocimiento generalizado de la oferta, campañas aisladas y falta de evaluación del impacto comunicacional.

Subejjes:

1. Identidad comunicacional “Somos Bienestar en la U” como marca institucional.
2. Estrategia multicanal: actualización permanente de información sobre servicios, horarios, contactos y ubicación en la página web institucional, el portal estudiantil y redes oficiales.
3. Instalación de señalética y material informativo visible en espacios comunes, accesos y puntos de atención.
4. Difusión en medios internos: correo institucional, pantallas en aulas y grupos oficiales de mensajería.
5. Campañas segmentadas por sede, jornada y grupo poblacional, con evaluación semestral de alcance y participación.
6. Sesiones informativas en aulas y ferias de carrera al inicio de cada semestre para presentación directa de servicios.
7. Horizonte: lanzamiento 2026; continuidad 2027–2028.
8. Indicador de logro esperado: incremento sostenido del conocimiento y uso de los servicios de bienestar y mayor participación en actividades institucionales.

2.3. Fortalecimiento de la capacidad instalada y cobertura del servicio de salud universitaria

Objetivo: ampliar la capacidad operativa de la UBUN mediante recursos humanos, infraestructura y equipamiento adecuados. Aborda el cuello de botella:

insuficiencia de personal e infraestructura; ausencia de servicios de ginecología y nutrición.

Subejos:

1. Contratación y estabilidad de personal médico, psicológico y social.
2. Adecuación de consultorios confidenciales y accesibles.
3. Incorporación de servicios de ginecología y nutrición con enfoque integral.
4. Mejoramiento de privacidad y ambientación en espacios psicológicos.
5. Monitoreo semestral de cobertura y tiempos de espera.
6. Horizonte: corto 2026–2027; mediano 2028.
7. Indicador de logro esperado: reducción del tiempo promedio de espera y aumento sostenido de cobertura.

2.4. Modernización de la gestión y digitalización de procesos del bienestar

Objetivo: optimizar la eficiencia, trazabilidad y transparencia de la gestión institucional mediante automatización y digitalización. Aborda el cuello de botella: procesos manuales, duplicación de trámites y falta de registro y seguimiento de casos.

Subejos:

1. Implementación del Sistema Integrado de Gestión del Bienestar (SIG-UBUN).
2. Módulo de citas en línea y agenda automatizada con recordatorios y priorización por urgencia.
3. Fichas médicas digitales interoperables entre medicina, psicología y trabajo social, garantizando trazabilidad y seguimiento.
4. Módulo de alertas y derivaciones interáreas.
5. Interoperabilidad del SIG-UBUN con UTIC, Registro Académico y Talento Humano.
6. Capacitación del personal en uso ético y seguro de los datos.
7. Horizonte: diseño 2026; operación 2027–2028.
8. Indicador de logro esperado: sistema operativo con citas en línea, fichas médicas activas y reportes automáticos trimestrales.

2.5. Modelo de atención accesible y flexible

Objetivo: eliminar barreras de horario, distancia y carga académica. Aborda el cuello de botella: incompatibilidad horaria y falta de cobertura para jornadas nocturnas y sedes.

Sub-ejes:

9. Implementación de horarios extendidos y servicios itinerantes.

1. Descentralización hacia sedes y extensión a jornada nocturna.
2. Coordinación con planificación académica y Dirección de Docencia.
3. Piloto de atención virtual o teleorientación para estudiantes de jornada nocturna y sedes periféricas.
4. Horizonte: pilotos 2026; expansión 2027–2028.
5. Indicador de logro esperado: incremento de atención fuera de jornada ordinaria y reducción de inasistencias por incompatibilidad horaria.

2.6. Protocolo institucional de atención ética, confidencial y participativa

Objetivo: fortalecer la confianza, la confidencialidad y la aceptabilidad de los servicios.

Aborda el cuello de botella: estigmas, falta de privacidad y ausencia de mecanismos de retroalimentación.

Subejos:

1. Definición de estándares institucionales de trato digno y confidencialidad.
2. Mecanismos anónimos de retroalimentación estudiantil.
3. Formación anual en ética, derechos y enfoque de género.
4. Horizonte: aprobación 2026; seguimiento 2027–2028.
5. Indicador de logro esperado: protocolo aplicado en todas las sedes y evaluaciones anuales de cumplimiento.

2.7. Gobernanza participativa y corresponsabilidad institucional

Objetivo: promover la participación y corresponsabilidad activa de estudiantes, docentes y personal en la gestión del bienestar. Aborda el cuello de botella: limitada participación y gestión centralizada.

Subejos:

1. Creación de Comités Mixtos de Bienestar por sede.
2. Sesiones semestrales de rendición de cuentas.
3. Inclusión de mecanismos participativos en reglamentos institucionales.
4. Coordinación docente-bienestar para detección temprana y acompañamiento académico de estudiantes en riesgo.
5. Horizonte: constitución 2026; consolidación 2027–2028.
6. Indicador de logro esperado: comités activos con reportes semestrales publicados.

2.8. Plan institucional de desarrollo y estabilidad del talento humano en bienestar universitario

Objetivo: fortalecer la estabilidad, formación y desempeño del personal de bienestar, garantizando continuidad y calidad de atención. Aborda el cuello de botella: alta rotación, sobrecarga laboral y falta de formación continua del personal.

Subejos:

1. Diseño de un Plan de Desarrollo Profesional UBUN que incluya formación técnica, mentorías y actualización en salud mental, equidad y juventud.
2. Incentivos no salariales: reconocimiento institucional, participación en redes y movilidad académica.
3. Estrategia de estabilidad laboral mediante planificación anticipada de contratos y cobertura de reemplazos.
4. Supervisión técnica y acompañamiento profesional por niveles de experiencia.
5. Horizonte: aprobación 2026; implementación 2027–2028.
6. Indicador de logro esperado: personal capacitado, rotación reducida y continuidad operativa asegurada.

2.9. Mecanismo de apoyo económico complementario en salud

Objetivo: reducir desigualdades derivadas de los costos indirectos de atención. Aborda el cuello de botella: gastos complementarios (transporte, medicinas, tiempo académico) que limitan la continuidad.

Subejos:

1. Becas parciales de salud y transporte.
2. Convenios con farmacias y aseguradoras.
3. Priorización por vulnerabilidad socioeconómica.
4. Horizonte: inclusión presupuestaria 2026; consolidación 2027–2028.
5. Indicador de logro esperado: rubro incorporado al POA y al menos un convenio operativo activo.

2.10. Articulación interinstitucional para la atención integral en salud

Objetivo: fortalecer la cooperación con instituciones públicas y privadas para ampliar cobertura y especialización.

Aborda el cuello de botella: coordinación irregular con el MSP y falta de seguimiento conjunto.

Subejos:

1. Convenios activos con MSP, SIS y los GAD.
2. Participación activa en la Red Nacional de Salud Universitaria.
3. Sistema de referencia y contrarreferencia con MSP y los GAD para derivación y retroalimentación.
4. Horizonte: renovación 2026; consolidación 2027–2028.
5. Indicador de logro esperado: convenios activos y actividades conjuntas de prevención y derivación.

2.11. Sistema de monitoreo y evaluación de la equidad en salud universitaria

Objetivo: medir y reducir brechas de acceso con enfoque interseccional. Aborda el cuello de botella: ausencia de indicadores desagregados y monitoreo sistemático de equidad.

Subejos:

1. Definición de indicadores por género, jornada, sede y condición socioeconómica.
2. Integración de datos al SIG-UBUN.
3. Publicación anual de informes de brechas y avances.
4. Horizonte: diseño 2026; reportes 2027–2028.
5. Indicador de logro esperado: informes de equidad publicados y utilizados en la planificación institucional.

2.12. Cultura institucional de salud y bienestar integral (emergente)

Objetivo: consolidar una cultura universitaria corresponsable, sensible al bienestar y promotora de entornos saludables. Aborda el cuello de botella: falta de corresponsabilidad docente y administrativa, oferta alimentaria poco saludable y escasa sensibilidad frente a la enfermedad.

Subejos:

1. Inclusión de contenidos de salud, autocuidado y corresponsabilidad en docencia y tutorías.

2. Reforma integral de la oferta alimentaria institucional, garantizando menús saludables, accesibles y culturalmente adecuados.
3. Educación alimentaria y monitoreo participativo de cafeterías y comedores con participación estudiantil.
4. Campañas de sensibilización docente y administrativa sobre corresponsabilidad y bienestar institucional.
5. Convenios con proveedores de alimentos saludables para asegurar precios accesibles y estándares nutricionales.
6. Horizonte: sensibilización 2026; adopción institucional 2028.
7. Indicador de logro esperado: implementación de la Política Institucional de Salud y Bienestar Universitario y oferta alimentaria saludable disponible en todos los campus.

3. Corresponsabilidad institucional y colectiva

La corresponsabilidad institucional y colectiva se fundamenta en la teoría de la gobernanza colaborativa (Ansell y Gash, 2008), que promueve la cooperación entre actores con diferentes competencias para alcanzar metas comunes. Asimismo, se apoya en la Carta de Ottawa (OMS 1986) y en la Declaración de Shanghai sobre Universidades Promotoras de Salud (OMS 2016) que reconocen la participación social como condición esencial para generar entornos saludables y sostenibles.

Desde la gestión universitaria, la corresponsabilidad implica co-construcción y compromiso compartido entre autoridades, personal técnico, docentes y estudiantes, entendidos como actores activos del bienestar institucional. Esta gobernanza participativa asegura sostenibilidad, legitimidad y apropiación institucional de la salud universitaria como bien común. Ver Tabla 14.

Tabla 14

Corresponsabilidad en la gestión de la salud universitaria

Criterios	Detalle
Criterio Descripción y naturaleza	Corresponsabilidad institucional Se orienta a las decisiones políticas, normativas y presupuestarias que garantizan la planificación, el financiamiento y la sostenibilidad del bienestar universitario.
Actores involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Rectorado y Consejo Universitario • Vicerrectorados • Unidad de Talento Humano • Unidad de Comunicación Social

Criterios	Detalle
Funciones principales	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar los lineamientos y asignar recursos financieros. • Integrar el bienestar en la gestión académica y administrativa. • Ejecutar el plan de capacitación y prevención laboral. • Desarrollar y difundir el Plan Institucional de Comunicación en Salud y Bienestar.
Criterio Descripción y naturaleza	<p>Corresponsabilidad operativa Comprende la implementación técnica y administrativa de los lineamientos, asegurando su aplicación y seguimiento en las distintas sedes y unidades.</p>
Actores involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Bienestar Universitario (UBUN) • Direcciones de carrera y sedes • Unidad de Tecnologías de la Información y Comunicación (UTIC) • Departamentos académicos y Servicios Universitarios
Funciones principales	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar, coordinar y monitorear la ejecución de los lineamientos. • Adaptar las acciones al contexto de cada sede y carrera. • Proveer soporte digital y garantizar la operatividad del SIG-UBUN. • Apoyar en infraestructura, logística y mantenimiento de espacios saludables.
Criterio Descripción y naturaleza	<p>Corresponsabilidad colectiva Representa la participación activa de la comunidad universitaria y de actores externos, orientada a fortalecer una cultura institucional de bienestar y corresponsabilidad social.</p>
Actores involucrados	<ul style="list-style-type: none"> • Docentes • Estudiantes • Personal administrativo • Ministerio de Salud Pública (MSP) • Sistema de Integración Social (SIS) y Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADs)
Funciones principales	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el autocuidado y acompañamiento estudiantil. • Participar en comités, campañas y procesos de evaluación participativa. • Impulsar entornos laborales saludables. • Colaborar en redes interinstitucionales para la promoción y atención integral en salud universitaria.

Fuente: Adaptada de los datos de Ansell y Gash, 2008; OMS 1996; OMS 2016

4. Plan de implementación (2026–2028)

En este apartado se presentan las líneas para el cumplimiento del plan de implementación, organizado en tres fases. La fase I, se enfoca en preparar a la institución mediante la incorporación de los lineamientos en la planificación universitaria, la asignación de recursos necesarios y la conformación de un Comité Técnico de Bienestar encargado de coordinar el proceso, mientras que en la fase II, contempla la ejecución de acciones claves, como la digitación a través de SIG-UBUN, campañas de comunicación, la ampliación de servicios de salud y fortalecimiento del talento humano, finalizando con la fase III, en el cual se consolida el sistema mediante una evaluación institucional, la articulación con el Ministerio de Salud y otras entidades, y la aprobación de la política de salud y bienestar, garantizando continuidad, equidad y mejora constante.

4.1. Fase I. Alineación y preparación institucional (2026)

Durante el primer año se prevé integrar los lineamientos al marco de planificación universitaria y asegurar los recursos técnicos, humanos y financieros para su ejecución. Las acciones clave incluyen la aprobación de la propuesta por el Consejo Universitario, su incorporación al Plan Operativo Anual (POA) y al Plan de Igualdad 2022–2025, y la creación de un Comité Técnico de Bienestar conformado por la UBUN y los vicerrectorados. Esta fase busca dejar sentadas las bases institucionales para la ejecución, con un cronograma de trabajo claro y un equipo coordinador responsable de su seguimiento.

4.2. Fase II. Implementación y fortalecimiento (2026–2027)

En esta etapa se ejecutarán los lineamientos prioritarios y estructurales de base, centrados en mejorar la capacidad instalada, la digitalización y la comunicación. Se prevé la puesta en marcha del Sistema Integrado de Gestión del Bienestar (SIG-UBUN), con su módulo de citas en línea y fichas médicas digitales; la implementación del Plan de Comunicación Institucional, con campañas segmentadas y señalética en espacios visibles; y la expansión de servicios de salud mental, ginecología y nutrición. También se consolidarán los Comités Mixtos de Bienestar y se iniciará el Plan de Desarrollo del Talento Humano, con formación continua y acompañamiento técnico al

personal. Al finalizar 2027, se espera contar con servicios más accesibles, digitalizados y visibles, y con un sistema de gestión moderno y participativo.

4.3. Fase III. Consolidación y evaluación participativa (2028)

La última fase estará orientada a garantizar la sostenibilidad del sistema y su evaluación colectiva.

Se elaborará el Informe Institucional de Bienestar y Equidad 2028, basado en los indicadores del SIG-UBUN y en la evaluación de los comités y actores involucrados. Asimismo, se consolidará la articulación interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública y otras universidades, y se aprobará la Política Institucional de Salud y Bienestar Universitario, que incluirá la reforma de la oferta alimentaria en los campus. Esta fase marcará el paso hacia una gestión sostenida y evaluable, con un modelo de bienestar universitario basado en la corresponsabilidad, la equidad y la mejora continua.

Conclusiones

La presente investigación permitió concluir que la gestión institucional desempeña un papel decisivo en la configuración del acceso equitativo a los servicios de salud en el ámbito universitario. En el caso de la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE, se identificó una oferta consolidada de atención médica básica, orientación psicológica y apoyo social que responde a los mandatos normativos y a las necesidades estudiantiles. No obstante, esta oferta opera en un entorno organizativo fragmentado, con escasa articulación entre unidades y capacidades técnicas que requieren fortalecimiento, lo cual dificulta su funcionamiento como un sistema integral, coordinado y accesible.

El análisis de las dimensiones funcionales del modelo de acceso evidenció brechas relevantes. En cuanto a disponibilidad, los servicios existentes presentan limitaciones en cobertura, horarios, atención especializada y actividades preventivas. La accesibilidad geográfica es adecuada en el campus matriz, pero las sedes desconcentradas y programas no presenciales aún no se integran en la planificación operativa. Si bien la gratuidad constituye un avance en términos de asequibilidad económica, los costos de medicinas y de servicios específicos, junto con la falta de mecanismos que prioricen el acceso según condiciones de vulnerabilidad limita su efectividad distributiva.

Respecto a la adecuación organizativa, se observaron procesos institucionales dispersos y sin protocolos comunes, lo que obstaculiza la continuidad y la referencia efectiva entre unidades. En la dimensión de aceptabilidad, el reconocimiento positivo hacia el personal contrasta con la carencia de espacios sistemáticos de retroalimentación y evaluación participativa. En cuanto a la dimensión de conciencia, el desconocimiento generalizado sobre los servicios disponibles constituye una barrera estructural que impide su utilización plena y oportuna.

Uno de los hallazgos más críticos es la brecha estructural en el ámbito de la salud mental. El incremento sostenido de la demanda estudiantil no ha sido correspondido con una respuesta institucional adecuada, debido a la escasez de profesionales, la ausencia de protocolos específicos y una débil articulación con redes externas.

Desde una perspectiva de equidad, el estudio demuestra que garantizar el acceso a los servicios de salud universitarios no se limita a ampliar la cobertura, sino a reducir desigualdades estructurales vinculadas al género, la condición socioeconómica, la

discapacidad y la jornada de estudio. La equidad se configura, así como el principio que articula la gobernanza, las capacidades institucionales y la gestión operativa, orientando las decisiones hacia la redistribución de recursos, la adecuación de los servicios y la participación efectiva de los estudiantes. Alcanzarla requiere pasar de un enfoque asistencial a uno transformador, donde la salud universitaria se conciba como un derecho que posibilite el ejercicio pleno de la educación y la permanencia educativa.

En términos de gobernanza, capacidad institucional y gestión operativa, la investigación permite concluir que la equidad en el acceso a los servicios de salud universitarios depende de la capacidad de las instituciones para traducir su marco normativo en prácticas sostenibles y mecanismos de rendición de cuentas. En el nivel de gobernanza, la consolidación de una visión estratégica y participativa es clave para que la salud universitaria se asuma como un eje estructural del bienestar y no como un componente accesorio. En cuanto a las capacidades institucionales, su fortalecimiento requiere inversiones sostenidas en talento humano, sistemas de información y gestión del conocimiento que aseguren continuidad y calidad. Finalmente, la gestión operativa debe evolucionar hacia modelos integrados, basados en la articulación interinstitucional, la evaluación con indicadores de equidad y la participación de la comunidad estudiantil. La convergencia de estos tres niveles puede contribuir a garantizar que el acceso a la salud universitaria se materialice como un derecho efectivo y un pilar del desarrollo educativo.

Es importante señalar algunas limitaciones del estudio. El diseño de caso único, con enfoque cualitativo y muestra no probabilística, limita la posibilidad de generalizar los resultados a todo el sistema universitario. La encuesta se aplicó a estudiantes del campus matriz mediante muestreo por conveniencia, lo que reduce su representatividad estadística. Además, la participación voluntaria en los grupos focales pudo introducir sesgos de autoselección.

A partir de este análisis, se propone que la ESPE fortalezca su modelo de gestión del bienestar con un enfoque de equidad, orientado a articular planificación estratégica, provisión de servicios, asignación de presupuesto específico para servicios de salud, monitoreo y evaluación participativa.

Lista de referencias

- UFA ESPE. 2025. Oferta académica. *Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE*.
Accedido el 25 de octubre. <https://www.espe.edu.ec/oferta-academica-espe-presencial/>.
- Aceijas, Carlos, Susanne Waldhäusl, Natalie Lambert, Silvio Cassar, y Rosanna Bello-Corassa 2017. “Determinants of health-related lifestyles among university students”. *Perspect Public Health* 137(4): 227-36.
- Aguilera Zamora, William E. 2022 “Educación superior en Ecuador con relación a la inclusión de personas con discapacidad”. *Revista Científica* 7(24): 375-87.
- Altamirano- Zabala, María. 2020. *Violencia basada en género en universidades ecuatorianas: análisis desde un enfoque interseccional*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Altamirano, Geovanna. 2020. *Violencia de género en estudiantes universitarios: una mirada desde la determinación social*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Ansell, Chris, y Alison Gash. 2008. “Collaborative governance in theory and practice”. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18(4): 543-71.
- Arguello-Pazmiño, Andrés. 2024. “La unidad de bienestar estudiantil como factor determinante de la gestión estratégica en la calidad de las universidades ecuatorianas”. *Revista Suplemento CICA* 8(18): 325-43.
- Arias, Patricia. 2022. *Prácticas culturales y universidad: Sistema de Bienestar Universitario de la Universidad de Nariño 2006-2016*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Báscolo, Ernesto, Nicholas Houghton, y Alex Del Riego. 2020. “Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas”. *Revista Panam Salud Pública* 44:100.
- Braun, Virginia, y Victoria Clarke. 2022. *Thematic analysis: A practical guide*. London: SAGE Publications.
- Braun, Virginia, y Victoria Clarke. 2023. “Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher”. *Psychology & Health* 38(11): 1354-72.

- Brennan, John. 2010. "Burton Clark's The Higher Education System: Academic Organization in Cross-National Perspective". *London Review of Education*. 8(3).
- Bryson, John. M., Barbara C. Crosby, y Laura. Bloomberg. 2014. "Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the New Public Management". *Public Administration Review* 74 (4): 445-56.
- CACES. 2023. *Modelo de Evaluación Externa con fines de Acreditación para el Aseguramiento de la Calidad de las UEP - 2023*. Quito: Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior.
- CACES, y UDLA. 2022. *Perspectivas de bienestar en las universidades de Ecuador*. Quito: UDLA Ediciones.
- Camas Baena, Victoriano. 2018. "Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador". *Revista Panam Salud Publica*: 24-42.
- Cano, Ruben, y Juliana Valencia. 2021. "Gobernanza universitaria y políticas de salud mental: aprendizajes post-COVID en América Latina". *Revista de Educación Superior* 50 (198): 103-23.
- Cárdenas, Katherine, Andrea Gómez, y Lorena Sánchez. 2022. "Estado nutricional y actividad física en estudiantes universitarios de la Universidad Técnica del Norte". *Revista Cuidarte* 13 (1): 105-14.
- Carrera Arias, Gabriela, y Rodolfo A. Vargas Espín. 2023. "Ansiedad y riesgo suicida en estudiantes universitarios de la Universidad Técnica de Ambato". *Revista Científica Arbitrada de Investigación en Psicología y Educación* 10(1): 84-97.
- Comisión Economía para América Latina y el Caribe (CEPAL). (s.f). "*La sociedad del cuidado: Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género*". Publicaciones. Accedido el 23 de septiembre. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47916-la-sociedad-del-cuidado-horizonte-una-recuperacio>.
- Coello, Verónica, Flores, Liliana, y Daniela. Villavicencio. 2019. "Reformas universitarias y su impacto en el bienestar estudiantil, caso Ecuador". *Revista Conrado*, 15(68): 49-55.
- Connell, Raewyn, y James Messerschmidt. 2005. "Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept." *Gender & Society*: 829-59.

- Courtenay, Will H. 2000. "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health". *Social Science and Medicine*: 50(10):1385-401.
- CPD-DMQ. 2023. *Informe de Observación de Políticas Públicas sobre Juventudes: Salud sexual y reproductiva*. Quito: Consejo de Protección de Derechos del Distrito Metropolitano de Quito.
- Delgado, Paulette. 2022. "La importancia de la educación sexual". *Observatorio del Instituto para el Futuro de la Educación del Tecnológico de Monterrey*. 18 de agosto. <https://observatorio.tec.mx/la-importancia-de-la-educacion-sexual/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20UNESCO%2C%20s%C3%B3lo%20e1,ESI>.
- Duffya, Anne, Kate Saundersb, y Gin Malhi. 2019. "Mental health care for university students: a way forward". *The Lancet Psychiatry*: 885-87.
- Ecuador. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
- . 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Registro Oficial.
- . Ecuador. 2008. *Ley Orgánica de Educación Superior (LOES)*. Registro Oficial Suplemento 298, 12 de octubre.
- . Ecuador. 2006. *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Registro Oficial Suplemento 423, 22 de diciembre.
- . Ecuador 2024. *Ley Orgánica de Salud Mental*. Quito: Registro Oficial Suplemento, 5 de enero.
- Ecuador UFA ESPE. 2022. *Plan Institucional de Igualdad de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE*. Sangolquí: UPDI, 2 de marzo.
- ESPE 2025. *Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE Filosofía*. Accedudi ek 6 de julio de 2024. <https://www.espe.edu.ec/filosofia/>.
- Estrella-Proañó, Angélica, María. F. Rivadeneira, Juan Alvarado, Mary Murtagh, Sofía Alomoto, Lucía Guijarro, y Galo Cañarejo. 2024. "Anxiety and depression in first-year university students: The role of family and social support". *BMC Psychiatry*, 24 (287).
- Flick, Uwe. 2015. *Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project* 2ª ed. Londres: SAGE Publications.
- Flores-Calle, Nila. 2015. "Servicios de salud en las instituciones de educación superior: modelo de atención para la Dirección de Bienestar Estudiantil y Asistencia

- Universitaria de la Universidad Técnica de Ambato". Tesis de maestría, Universidad Central del Ecuador. 1-73.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11938>
- Fullan, Michael. 2007. *The New Meaning of Educational Change* 4ª ed. Nueva York: Teachers College Press.
- Goffman, Erving. 1963. "Stigma: Notes on the management of spoiled identity". *Prentice-Hall*.
- Gómez-Bravo, Natalia, Claudia Olavarría, y Elisa Jofré. 2021. "Salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes universitarias: Una mirada desde los determinantes sociales". *Horizonte de Enfermería* 32 (1): 54–65.
- Greene, Jennifer, Valerie Caracelli, y Wendy Graham. 1989. "Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs". *Educational Evaluation and Policy Analysis*; 3 (11): 255-74.
- Gulliver, Aimee, Kathleen Griffiths, y Helen Christensen. 2012. "Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review". *BMC Psychiatry*: 10:113.
- Hafeez, Hanna, Muhammad Zeshan, Muhammad Tahir, Nadia Jahan, y Samia Naveed. 2017. "Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review". *Cureus* 9 (4): e1184.
- Handa, Cecilia, Eduardo Vélez, y Manuel Pinto. 2023. "The adaptation to university life of indigenous students from rural communes of Northern Chile". *Revista de Educación Superior y Sociedad* 12 (3): 45–62.
- IESS. 2024. "IESS presenta su programa Afiliación Joven. Quito: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social" *IESS Noticias*, 17 de abril.
https://www.iess.gob.ec/es/web/mobile/afiliado/-/asset_publisher/11qX/content/iess-presenta-su-programa-afiliacion-joven/10174?redirect=https%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fweb%2Fmobile%2Fafiliado%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_11qX%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-1%26p_p_col_count%3D1
- INEC. 2024. *Cuentas Satélite de Educación (CSE)*. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. 2018. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018*. . Quito: MSP / INEC.

- INEC. 2011. “Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico”. Acceso el 15 de octubre de 2025. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-estratificacion-del-nivel-socioeconomico/>.
- Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina y el Caribe. 2024. *Nuevo informe: apoyando la salud mental de los estudiantes de educación superior*. 11 de noviembre. <https://www.iesalc.unesco.org/es/articulos/nuevo-informe-apoyando-la-salud-mental-de-los-estudiantes-de-educacion-superior>.
- Ecuador Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. 2018. “Salud reproductiva y nutrición”. *Instituto Nacional de Estadísticas y Censo*. Accedido el 26 de julio de 2025. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>.
- Jara Guerrero, Diana, Mario González Valverde, y Andrés Rodríguez Acurio. 2024. “Actitudes y conductas sexuales en estudiantes universitarios ecuatorianos: una aproximación crítica”. *Ciencia, Revista Multidisciplinaria en Ciencias, Artes y Tecnología* 9 (2): 95–108.
- Klein, Laura, y Sarah Martin. 2021. “Sexual harassment of college and university students: A systematic review”. *Trauma, Violence, & Abuse* 22 (4): 800-17.
- Larrea, María de Lourdes, Paz Guarderas-Albuja, Juan Cristóbal Cuvi Sánchez; et al. 2023. “Visibilización de una lacerante situación: El acoso sexual en las universidades de Ecuador.” En *Acoso sexual y universidad. Realidades, debates y experiencias en el Ecuador*, 19–39. Quito: Editorial Universitaria Abya-Yala.
- Levesque, Jean-Frederic, Mark Harris, y Grant Russell. 2013. “Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations”. *International Journal for Equity in Health* 12 (1): 1-18.
- Mintzberg, Henry. 1992. *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall.
- Moreta-Herrera, Rodrigo, José Zambrano-Estrella, Henry Sánchez-Vélez, y Shirley Naranjo-Vaca. 2021. “Salud mental en universitarios del Ecuador: síntomas relevantes, diferencias por género y prevalencia de casos”. *Pensamiento Psicológico* 19 (1): 1–12.
- Noroña Salcedo, Daniela, Juan Mosquera Hernández, y Andrea Laica Hernández. 2022. “Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de Quito: prevalencia y factores asociados”. *Revista Dominio de las Ciencias* 8 (2): 865-83.

- OECD/The World Bank. 2023. *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023* París: OECD Publishing.
- OMS. 1986. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: OMS.
- . 2016. *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Shanghai : OMS.
- OMS. 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva 27, Switzerland : World Health Organization.
- OMS. 2014. *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary*. Geneva 27, Switzerland : WHO - World Health Organization.
- OPS. 2009. *Buenas prácticas en universidades promotoras de salud: Caso ESPOCH*. . Quito: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de Programa Nacional de Universidades Promotoras de la Salud en Costa Rica.
- Ordoñez Sánchez, José, Jorge Real Cotto, Juan Gallardo León, Hernán Alvarado Franco, y Andra Roby Arias. 2017. “Conocimientos sobre salud sexual y su relación con el comportamiento sexual en estudiantes universitarios”. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78 (4): 419-23.
- Ordoñez, Angélica. 2022. “Educación superior, discapacidades y pandemia”. *Nómadas* 56: 131-51.
- Osborne Stephen, ed. 2010. *The new public governance Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- PAHO (Pan American Health Organization). 2024. *Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria*. Washington D.C.: OPS.
- . 2025. “Social Determinants of Health”. <https://www.paho.org/en/topics/social-determinants-health>.
- Pasos Baño, Andrea, Andrea Castro Posligua, María Delgado Cruz, y Luis Jiménez Chenche. 2023. “Valoración de conocimientos en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios, 2022”. *Journal of Science and Research* 8 (CICS II): 1-10.
- Penchansky, Roy y William Thomas. 1981. “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”. *Medical Care* 19 (2): 127-40.

- Popay, Jennie, et al. 2006. *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*. A Product from the ESRC Methods Programme.
- PreViMujer. 2022. *Estudio sobre violencia de género en universidades ecuatorianas*. Quito:: Cooperación Alemana GIZ y universidades participantes.
- Reinosa, Carlos, Karen Alvarado, y Juan Mejía. 2023. “Conductas suicidas y experiencias adversas en la infancia en estudiantes universitarios”. *Revista Científica de la Universidad Técnica de Machala* 14 (2): 43-56.
- Rhodes, 1996. “The new governance: Governing without government”. *Political Studies* 44 (4): 652-67.
- Rickwood, Debra, Frank Deane, Coraline Wilson, y Joseph Ciarrochi. 2014. “Young people’s help-seeking for mental health problems”. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 4 (3): 218-51.
- Rosales Ricardo, Gabriela, José Zambrano, y Eduardo Vélez. 2024. “Prevalencia de obesidad abdominal y riesgo metabólico en estudiantes de medicina de la Universidad San Gregorio de Portoviejo”. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 30 (1): 15-22 https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC-D-23-0044._Manuscrito_final.pdf.
- Rosero-Ordóñez, Santiago, Daniel Reinoso-Guadalupe, y Paola Flores-Brito. 2023. “Evaluación de riesgo suicidas en estudiantes universitarios”. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria De Ciencias De La Salud. Salud Y Vida* 7 (13): 15-27.
- Saldaña, Johnny. 2014. *The Coding Manual for Qualitative Researchers 2ª ed.* London: SAGE Publications.
- Saurman, Emily. 2016. “Improving access: Modifying Penchansky and Thomas’s theory of access”. *Journal of Health Services Research & Policy* 21 (1): 36-9.
- Ecuador Senescyt. 2020. *Boletín anual 2020: Análisis anual de los principales indicadores de educación superior, ciencia, tecnología e innovación*. Quito: Senescyt.
- Ecuador Senescyt. (s.f). “Senescyt impulsa reactivación de la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y Bienestar”. Accedido el 20 de octubre de 2025. <https://www.educacionsuperior.gob.ec/senescyt-impulsa-reactivacion-de-la-red-ecuatoriana-de-universidades-promotoras-de-salud-y-bienestar/>.
- Ecuador Senescyt. 2022. *Servicio Nacional de Evaluación y Acreditación: Senescyt impulsa reactivación de la Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras de Salud y Bienestar*. Quito:Senescyt.

- Ecuador Senescyt. 2021. *Sistema Ecuatoriano de Acceso a la Educación Superior: Estructura general para la presentación de programas y proyectos de inversión*. Quito: Senescyt..
- SETEJU. 2021. *Informe Nacional de Juventudes 2020*. Quito: Secretaría Técnica de Juventudes - Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.
- Tran, Diana-María, y Aimee Silvestri-Elmore. 2021. "Healthcare-seeking behaviours in college students and young adults: a review. Healthcare-seeking behaviours in college students and young adults: a review". *Journal of Nursing and Healthcare* 6 (2): 320-38.
- UBE-ESPE. 2020. *Informe anual por proceso: Intervención psicológica y prevención para la salud mental ejecutado por la Sección Psicología de la Unidad De Bienestar Estudiantil*. Sangolquí: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE.
- UCSG. 2023. "Evaluación del estado nutricional en estudiantes de la Escuela de Obstetricia". Edited by Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Revista UCSG Medicina*, 27 (1): 32–40.
- UDLA. 2015. "Se crea primera Red Ecuatoriana de Universidades Promotoras en Salud en Quito". 08 de abril de 2015. Accedido el 19 de julio de 2025. [https://sitios.udla.edu.ec/2015/04/se-crea-primera-red-ecuatoriana-de-universidades-promotoras-en-salud-en-quito/#:~:text=La%20primera%20Red%20Ecuatoriana%20de,de%20Chimborazo%20\(ESPOCH\)%2C%20se](https://sitios.udla.edu.ec/2015/04/se-crea-primera-red-ecuatoriana-de-universidades-promotoras-en-salud-en-quito/#:~:text=La%20primera%20Red%20Ecuatoriana%20de,de%20Chimborazo%20(ESPOCH)%2C%20se).
- UFA ESPE. (s.f). *Unidad de Bienestar Universitario*. Accedido el 21 de septiembre de 2025. <https://ube.espe.edu.ec/filosofia/>.
- Unesco - Iesalc. 2024. *Nuevo informe: apoyando la salud mental de los estudiantes de educación superior*. 11 de noviembre. <https://www.iesalc.unesco.org/es/articles/nuevo-informe-apoyando-la-salud-mental-de-los-estudiantes-de-educacion-superior>.
- Unesco. 2025. *Higher Education: Figures at a glance*. Francia: Uneseco.
- Unidas World. 2023. *Reporte: Panorama de la violencia sexual en entornos académicos en América Latina, el Caribe y Alemania*. 7 de febrero. <https://www.unidas.world/es/node/364>.
- UNODC. 2016. *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria: Ecuador*. Quito: UNODC.

- Urgilés León, Sandra, Katherine Aguilar Urgilés, y Ricardo Villa Guillermo. 2022. “Percepción de estudiantes universitarios sobre la comunidad LGBTI”. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social Tejedora* 5 (9): 186-96.
- Vélez-Verdugo, Gabriela “Violencia de género en entornos digitales universitarios: el caso del ciberacoso sexual”. *Revista Educación Superior y Sociedad* 34 (2): 97–112.
- Whitehead, Margaret.1991. “The concepts and principles of equity and health”. *The concepts and p Health Promotion International* 6(3): 217-28.
- WHO (World Health Organization). 2025. *Health topics: Universal health coverage*. 26 de marzo. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
- _____. (s.f). *Organización Mundial de la Salud*. Accedido el 11 de octubre de 2025. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
- Yin, Robert 2014. *Case Study Research Design and Methods*. Oaks, CA: Sage.
- Yunga, Meliza. 2022. *Inclusión de personas con discapacidad en la educación superior*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.
- Zapata, Wilson. 2025. *Ecuador universitario*. 17 de julio. https://ecuadoruniversitario.com/de-instituciones-del-estado/senescyt/senescyt-rinde-cuentas-de-su-gestion-en-el-2024/?utm_source=chatgpt.com.
- Zhang, Jiawei, Peien Han, Yan Sun, Jingyu Zhao, y Li Yang. 2021. “Evaluación de la accesibilidad espacial a los servicios de atención primaria de salud en Pekín, China”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18 (24): 13182. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413182>

Anexos

Anexo 1: Formato de encuesta

Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública.

La plataforma utilizada para la aplicación de la encuesta fue QuestionPro mediante el link: <https://encuestasedumil.questionpro.com/t/AasjEZ6uUP>, la misma que se cerró al completar el número de muestra de 331.

Desarrollo:

Estimado/a estudiante de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE. La información del encuestado es estrictamente confidencial, los datos serán utilizados únicamente con fines académicos y de investigación. Los resultados se presentarán de forma agregada, sin revelar la identidad de ningún/a participante. Para dudas o comentarios: pm.veliz85@gmail.com Instrucciones para responder. Lea cada pregunta cuidadosamente. 1. Marque o seleccione la opción que refleje mejor su realidad o percepción. 2. En las preguntas abiertas, conteste con libertad y honestidad. 3. No hay respuestas correctas o incorrectas: su experiencia es valiosa tal como es.

Consentimiento informado: Al responder esta encuesta, usted declara participar de manera libre y voluntaria, y autoriza que sus respuestas se incluyan en el análisis académico, asegurando en todo momento la confidencialidad y el uso ético de los datos. Si está de acuerdo, seleccione De acuerdo para continuar.

1. Estoy de acuerdo
2. No estoy de acuerdo

Sección 1. Datos sociodemográficos

Edad

Ciudad de nacimiento

Carrera que cursa

Nivel que cursa

Género

1. Mujer
2. Hombre
3. Prefiero no responder
4. Prefiero autodefinirme

Identidad étnica

1. Indígena
2. Afroecuatoriano/a
3. Montubio/a
4. Mestizo/a
5. Blanco/a
6. Otro

Actualmente trabaja y estudia

1. Si
2. No

Rango de ingresos económicos familiares mensuales

1. menor a 400 USD
2. entre 400–800 USD
3. entre 800–1.500 USD
4. mayor 1.500 USD

Tipo de residencia

1. Urbana
2. Rural

Situación habitacional/vivienda

1. Propia
2. Arrendada/alquilada

Tipo de vivienda

1. Casa o villa
2. Departamento independiente
3. Residencia universitaria
4. Cuarto (s) en casa de inquilinato

En su hogar hay:

1. Internet
2. Computadora/Laptop
3. Refrigerador/televisor/lavadora/etc.
4. Todas las anteriores
5. Ninguna de las anteriores

Sección 2: Conocimiento y uso de servicios de salud de la UFA ESPE**¿Conoce los servicios de salud que ofrece la universidad?**

1. Si
2. No
3. Parcialmente

¿Ha utilizado algún servicio de salud que ofrece la UFA ESPE en los últimos dos períodos académicos??

1. Si
2. No

¿Qué tipo de servicios de salud utilizó? (marque todos los necesarios)

1. Medicina general
2. Salud mental/psicológica
3. Salud sexual/reproductiva
4. Nutrición
5. Enfermería/primeros auxilios
6. Odontología
7. Consejería/orientación estudiantil
8. Ninguno de los anteriores

¿Con que frecuencia usa los servicios de salud que ofrece la UFA ESPE durante los últimos dos períodos académicos?

1. Nunca
2. Una vez
3. 2-3 veces
4. Más de 3 veces

En los dos últimos períodos académicos cuando necesitó atención en salud, ¿pudo acudir a los servicios de salud que brinda la universidad?

1. Sí, siempre que lo necesité
2. Sí, algunas veces
3. No, nunca pude acudir
4. Prefiero no responder

Si no pudo acudir para recibir los servicios de salud que brinda la universidad siempre que lo necesitó, indique seleccione el o los motivos que correspondan:

1. Desconocía los servicios disponibles
2. No sabía cómo agendar una cita
3. Horarios no compatibles con clases u otras actividades
4. Vergüenza o incomodidad (por tipo de consulta)
5. Por miedo a ser juzgado/a/x o discriminado/a/x
6. Experiencias negativas previas
7. Preocupación por la confidencialidad
8. El espacio físico no garantiza privacidad
9. Siento que no consideran mi identidad de género o diversidad sexo-genérica
10. Me siento excluida/o/x por mi identidad étnica o cultural
11. Dificultades por bajos ingresos

Sección 3: Percepción sobre el acceso y la calidad de los servicios de salud que ofrece la UFA ESPE

En las siguientes afirmaciones, indique su nivel de acuerdo sobre el acceso a los servicios de salud de la UFA ESPE, considerando la siguiente escala de Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo (no estoy de acuerdo en absoluto) 2 = En desacuerdo (estoy mayormente en desacuerdo) 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral) 4 = De acuerdo (estoy mayormente de acuerdo) 5 = Totalmente de acuerdo (estoy completamente de acuerdo)

	1	2	3	4	5
La universidad ofrece los servicios de salud que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La ubicación física de los servicios de salud facilita mi asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los horarios de atención son adecuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accedo sin gastos significativos a la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las instalaciones son adecuadas y privadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En las siguientes afirmaciones, indique su nivel de acuerdo sobre la calidad de atención en los servicios de salud de la UFA ESPE, considerando la siguiente escala de Likert: 1 = Totalmente en desacuerdo (no estoy de acuerdo en absoluto) 2 = En desacuerdo (estoy mayormente en desacuerdo) 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo (neutral) 4 = De acuerdo (estoy mayormente de acuerdo) 5 = Totalmente de acuerdo (estoy completamente de acuerdo)

	1	2	3	4	5
Fui tratada/o/x con respeto y sin discriminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se garantizó mi privacidad y confidencialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La atención fue oportuna y resolutive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El personal mostró empatía y comprensión hacia mi situación personal, considerando mi contexto, identidad o necesidades particulares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetaron mi identidad de género, etnia u origen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento cómoda/o/x con el personal que presta el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 4. Barreras percibidas

Marque todas las barreras que haya percibido durante el acceso a los servicios de salud que ofrece la UFA ESPE

1. Desconozco qué servicios de salud ofrece la universidad
2. No sé cómo solicitar una cita o acceder al servicio
3. Los horarios de atención no se ajustan a mis clases o actividades
4. La ubicación del servicio es poco accesible desde mi facultad o residencia
5. Siento vergüenza o incomodidad para acudir a ciertos servicios (por ejemplo, salud mental o salud sexual)
6. He tenido experiencias negativas previas con el personal o la atención
7. Me preocupa la confidencialidad de mi información personal
8. Considero que los espacios físicos no garantizan privacidad
9. Percibo que los servicios no consideran adecuadamente mi identidad de género o diversidad sexo-genérica
10. Me he sentido excluida/o/x o invisibilizada/o/x por mi identidad étnica o cultural
11. Creo que existen barreras invisibles para estudiantes de origen rural o zonas apartadas
12. Percibo que estudiantes con menos ingresos tienen más dificultades de acceso
13. Miedo a ser juzgado/a/x o discriminado/a/x por el motivo de consulta

Sección 5. Factores que facilitan el acceso

Marque todas las opciones que considere que han ayudado o facilitaron que usted pudiera acceder a los servicios de salud de la UFA ESPE cuando lo necesitó:

1. Conozco claramente qué servicios ofrece la universidad
2. He recibido información suficiente y clara (charlas, afiches, redes sociales, página web, correos)
3. El proceso para solicitar cita o acceder es claro y sencillo
4. La ubicación del servicio es de fácil acceso desde mi facultad o lugar de residencia
5. Los horarios de atención se ajustan bien a mis actividades académicas y personales
6. El servicio es gratuito o tiene un costo muy bajo
7. Hay opciones de atención sin cita previa para emergencias o imprevistos
8. Confío en que la información y datos personales se manejan con confidencialidad
9. El personal de salud brinda un trato amable, respetuoso y sin discriminación
10. Siento que mi identidad de género, orientación sexual o pertenencia étnica son respetadas
11. Existe un ambiente inclusivo, sin estigmas ni barreras culturales
12. He recibido recomendaciones positivas de otros/as estudiantes
13. He tenido experiencias previas satisfactorias con la atención recibida
14. La universidad realiza campañas de prevención o ferias de salud que me motivan a usar los servicios

Sección 6. Comentarios y participación

Si lo desea, comparta su experiencia, comentarios o sugerencias relacionadas con los servicios de salud universitarios. Su opinión contribuirá a identificar oportunidades de mejora y fortalecer la gestión institucional con enfoque de equidad. De ser así, indique una experiencia concreta con el servicio de salud de la universidad y/o una sugerencia concreta para mejorarlo

¿Le gustaría participar en un grupo focal para profundizar en su experiencia y sugerencias?

1. Sí, deseo ser contactado/a/x para participar voluntariamente
2. No deseo participar

Estudiante, si su respuesta en la pregunta anterior fue SI, por favor deje un correo electrónico, teléfono y nombres

Anexo 2: Guía para grupos focales con estudiantes

Objetivo: Explorar en profundidad las experiencias, percepciones y propuestas del estudiantado sobre el acceso a los servicios de salud universitarios, considerando los hallazgos de la encuesta.

Duración estimada: 45-60 minutos

Participantes: Estudiantes de grado seleccionados por género.

Moderador/a:

Introducción

- Agradecer la participación y explicar el propósito del grupo focal, indicando brevemente que los temas se basan en resultados de una encuesta reciente, donde se observaron dificultades para acceder y desconocimiento generalizado.
- Aclarar que la información será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos.
- Solicitar consentimiento Asegurar la confidencialidad de las respuestas y el uso exclusivo para fines académicos.
- Importante: Solicitar consentimiento verbal para participar y grabar las respuestas, asegurando el anonimato y confidencialidad.

Desarrollo por factores:

Disponibilidad

1. ¿Sienten que los servicios que existen responden a lo que realmente necesitan los estudiantes y por qué?
2. ¿Consideran que hacen falta otros servicios? Por ejemplo, atención médica, salud mental, salud sexual, nutrición, etc. Si pudieran priorizar, ¿qué servicios consideran más necesarios o urgentes para incluir en la universidad?

Accesibilidad

3. Si alguna vez usaron/necesitaron atención en los servicios de salud universitarios ¿qué tan fácil o difícil fue conseguir la atención? Por ejemplo, pedir una cita, encontrar horarios disponibles, llegar al lugar.
4. Si nunca los usaron, ¿qué los ha hecho no acudir? ¿Qué tan importante consideran el cuidado de su salud en su vida diaria?.

Adecuación

5. ¿Creen que los servicios de salud están pensados para las realidades de los jóvenes universitarios? Por ejemplo, estrés académico, salud mental, sexualidad, alimentación, otros.

6. ¿Han notado si los servicios de salud de la universidad consideran las diferencias entre estudiantes o a las diferentes necesidades debido al género, orientación sexual, discapacidad, etnicidad, situación económica o cultural?

7. ¿Pueden recordar algún ejemplo o experiencia donde sí o no se haya tomado en cuenta esa diversidad o estas diferencias?

Aceptabilidad

8. ¿Cómo describirían el trato recibido del personal de salud o bienestar? Por ejemplo, amabilidad, tiempo, empatía, respeto.

9. ¿Han sentido alguna vez incomodidad, o desconfianza al acudir a un servicio de salud en la universidad? Por ejemplo, miedo a ser juzgados, o a que no se respete su privacidad o su situación personal. ¿Qué características consideran que generan confianza en un servicio de salud universitario? (Por ejemplo: confidencialidad, atención sin prejuicios, horarios flexibles, espacios amigables.)

Equidad y factores personales

10. A veces, aunque exista necesidad, los estudiantes no buscan atención de los servicios de salud. ¿Qué cosas creen que desaniman o dificultan que un compañero o compañera use los servicios de salud? Por ejemplo, estigma, falta de tiempo, creencias. ¿Creen que todos los grupos de estudiantes tienen las mismas oportunidades de acceso? Por ejemplo: quienes estudian en la noche, los que viven lejos, estudiantes con discapacidad, migrantes o de pueblos y nacionalidades.

Recomendación para mejorar la gestión institucional

11. Si pudieran proponer uno o dos cambios para que los servicios de salud universitarios funcionen mejor para que lleguen a más estudiantes y respondan a sus necesidades, ¿qué recomendarían? ¿Qué tipo de información, campañas o actividades creen que podrían ayudar a que más estudiantes conozcan y utilicen los servicios? ¿Qué rol creen que debería tener la universidad en la promoción de hábitos saludables y prevención de problemas de salud entre los estudiantes?

Cierre

- Agradecer participación y el tiempo dedicado.
- Reiterar que sus aportes serán tratados con confidencialidad.
- Preguntar si desean recibir información sobre los resultados de la investigación.

Anexo 3: Guías de entrevistas semiestructuradas para autoridades, directivos y funcionarios de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE relacionados con el Bienestar Universitario

Guía de entrevista a una autoridad

Objetivo: La entrevista está dirigida a una autoridad de la ESPE, con el propósito de recoger la visión estratégica de la universidad sobre los servicios de salud estudiantil. Se busca explorar cómo la alta dirección concibe el papel de estos servicios en el cumplimiento de la misión institucional, la equidad, la sostenibilidad y la calidad del bienestar universitario.

Duración estimada: 45 a 60 minutos

Introducción (5 minutos)

Agradecer su tiempo y participación. Explicar que la entrevista busca comprender la visión integral de la universidad respecto a los servicios de salud para el estudiantado. Señalar que la información será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos. Solicitar consentimiento verbal (y autorización para grabar, si aplica).

Preguntas orientadoras

1. Desde la visión estratégica institucional, ¿cuál es el papel de los servicios de salud en el cumplimiento de la misión y del proyecto académico de la ESPE?
2. ¿Cómo concibe la universidad la integración del bienestar estudiantil en su modelo de formación integral y en la gobernanza institucional?
3. ¿Qué estrategias institucionales se priorizan para garantizar un acceso equitativo y sin barreras a los servicios de salud de toda la comunidad estudiantil?
4. ¿Cómo evalúa la universidad la pertinencia y cobertura de los apoyos diferenciados, en particular para madres estudiantes, mujeres embarazadas y jóvenes en situación de vulnerabilidad?
5. En términos de calidad, ¿qué criterios utiliza la universidad para asegurar que los servicios de salud respondan a las necesidades diversas del estudiantado?
6. La alta dirección de la ESPE, ¿qué opinión tiene sobre la siguiente afirmación: Más del 50% de los estudiantes entrevistados presentan una percepción de neutralidad frente a los servicios de salud, ¿qué acciones considera necesarias para incrementar la confianza?
7. ¿Cómo se asegura que los servicios universitarios de salud incorporen efectivamente un enfoque de género, interculturalidad, derechos y diversidad, más allá del cumplimiento normativo?

8. ¿Cuáles considera son las principales fortalezas institucionales y limitaciones estructurales que permitirían garantizar los servicios de salud sostenibles y pertinentes?
9. ¿Qué innovaciones, alianzas o transformaciones deberían impulsarse para fortalecer la oferta de servicios de salud universitarios en el mediano y largo plazo?
10. ¿Qué indicadores estratégicos debería priorizar la universidad para evaluar el impacto de los servicios de salud en términos de acceso, equidad y calidad?

3. Cierre (5 minutos)

- Agradecer nuevamente su colaboración y consultar si desea recibir un resumen ejecutivo de los hallazgos de la investigación.
- Preguntar si puede ser contactado/a posteriormente para validar hallazgos o ampliar información, si fuera necesario.

Guía de entrevista a funcionarios de la UBUN

Objetivo: Explorar percepciones, prácticas, desafíos y propuestas sobre la gestión de los servicios de salud universitarios, considerando los hallazgos de la encuesta, con énfasis en acceso equitativo.

Duración estimada: 30–40 minutos.

Introducción

- Agradecer su tiempo y participación.
- Explicar que la entrevista busca complementar los resultados de la encuesta, profundizando en buenas prácticas, desafíos y oportunidades de mejora.
- Garantizar confidencialidad y uso académico de la información.
- Solicitar consentimiento verbal (y autorización para grabar, si aplica).

Preguntas:

1. Estructura y servicios

¿Podría describir cómo está organizada actualmente la UBUN y qué tipos de servicios salud brinda? ¿Qué criterios se utilizan para decidir qué servicios priorizar o fortalecer?

2. Demanda y atención

En los últimos años, ¿ha cambiado la demanda de atención en los servicios de salud? ¿Cuáles son las principales problemáticas o servicios más solicitados y cómo se gestiona la carga de atención cuando la demanda supera la capacidad del equipo? (demanda, recursos, lineamientos institucionales, políticas públicas, etc.)

3. **Recursos y presupuesto**

¿Considera que el personal, la infraestructura y los recursos disponibles son suficientes para cubrir la demanda actual para servicios de salud? ¿Podría indicar el presupuesto anual asignado a la UBUN para servicios de salud y cuál ha sido el monto o porcentaje efectivamente ejecutado en el último año?

4. **Articulación institucional e interinstitucional**

¿Cómo se coordina la UBUN con otras áreas de la universidad (facultades, bienestar, docencia, seguridad, talento humano) y con instituciones externas como el Ministerio de Salud Pública, ONGs, redes universitarias o servicios de salud privados? ¿Qué mecanismos existen para la derivación, la continuidad de la atención y la realización conjunta de campañas o actividades de promoción de la salud?

5. **Uso, percepción y confianza en los servicios**

En la encuesta se observó un uso limitado y percepciones neutrales sobre los servicios de salud. ¿A qué factores cree que se debe este bajo uso o valoración neutral? ¿Qué acciones considera necesarias para mejorar la confianza, visibilidad y calidad percibida de los servicios?

6. **Barreras de acceso**

Desde su experiencia, ¿cuáles son las principales barreras que dificultan que los estudiantes accedan o utilicen los servicios de salud? ¿Qué medidas se han implementado para reducirlas (por ejemplo, horarios, comunicación, transporte intercampus, confianza, etc.)?

7. **Equidad y atención diferenciada**

¿Qué apoyos o estrategias existen para atender a estudiantes en situación de vulnerabilidad (discapacidad, migración, maternidad, pueblos y nacionalidades, bajos ingresos)?
¿Cómo se integran la salud mental y la salud sexual y reproductiva en esas atenciones?

8. **Protocolos y aprendizajes institucionales**

¿Cómo se aplican los principales protocolos institucionales (salud mental, igualdad, inducción, etc.) y qué aprendizajes o ajustes se han generado a partir de su implementación?

9. Monitoreo, evaluación y uso de la información}

¿La UBUN cuenta con sistemas o bases de datos que permitan monitorear las atenciones y tendencias? ¿Qué tipo de información utilizan para evaluar cobertura, calidad e impacto en los servicios de salud y para orientar decisiones de mejora o rendición de cuentas institucional?

10. Gestión y coordinación operativa

¿Qué aprendizajes o buenas prácticas destacaría en la gestión de los servicios de salud universitarios? ¿Qué aspectos considera que podrían fortalecerse para lograr una atención más oportuna, integral y sostenible?

11. Gestión y proyecciones futuras

Desde su experiencia, ¿cuáles son las principales fortalezas y limitaciones en la gestión de los servicios de salud universitarios? ¿Qué transformaciones o cambios considera prioritarios para fortalecer la UBUN y avanzar hacia una atención más equitativa, accesible y sostenible?

Nota final

Agradecemos mucho el tiempo y la disposición para participar en esta entrevista. Para complementar el análisis institucional y fortalecer la triangulación de la información, agradeceríamos si pudiera compartir o facilitar acceso a los siguientes documentos:

- Reglamento o resolución de creación y funcionamiento de la Unidad de Bienestar Universitario (UBUN).
- Presupuesto ejecutado 2022–2025 del área de Bienestar Universitario.
- Informe anual de gestión institucional o rendición de cuentas (último disponible).
- Estadísticas de uso de servicios UBUN (2022–2025).
- Informe de cumplimiento del Plan de Igualdad 2022–2025.
- Plan Estratégico de Desarrollo Institucional (PEDI 2021–2025).

Esta información será utilizada únicamente con fines académicos y de análisis institucional, respetando la confidencialidad de los datos y la autorización correspondiente.

Cierre

- Agradecer nuevamente su participación y el tiempo compartido.
- Preguntar si desea recibir un resumen de los hallazgos finales.

- Consultar si estaría dispuesta a ser contactada posteriormente para validar o ampliar información.

Guía de entrevista a funcionarios prestadores del servicio en la UBUN y Sistema Integrado de Salud

Referencia Memorando Nro. ESPE-VDC-2025-2859-M, emitido por el señor Crnl. C.S.M. Edison Eduardo Haro Albuja, PhD., VICERRECTOR ACADÉMICO GENERAL de la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE, cuestionario aplicado para insumo aportante al análisis cualitativo que se está efectuando en la investigación que corresponde al programa Maestría en Gerencia para el Desarrollo de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, sobre "Servicios de salud universitarios con enfoque de equidad: análisis del acceso desde la experiencia estudiantil y la gestión institucional en una universidad pública", realizada por la señora maestrante Paula Veliz y el director de la tesis, Jairo Rivera, PhD.

Dirigida a: Profesionales de salud de la Unidad de Bienestar Universitario (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales).

Objetivo: Explorar percepciones, experiencias, desafíos y propuestas del personal que brinda atención directa en los servicios de salud universitarios.

Duración estimada: 45 – 60 minutos.

Introducción

- Agradecemos su tiempo y participación, el propósito de la aplicación de este cuestionario es comprender su experiencia en la provisión de los servicios de salud universitarios.
- Se garantiza la confidencialidad y uso exclusivo con fines académicos. No se proporcionará en ningún caso información para otros fines.
- Al finalizar este cuestionario, solicitamos firmar el mismo con firma electrónica como medida de consentimiento, los datos serán tratados de manera confidencial. Y una vez que llene el mismo deberá enviarlo únicamente a la siguiente dirección electrónica: pm.veliz85@gmail.com

Preguntas

1. ¿Cuál es su función dentro de la UBUN y/o Sistema Integrado de Salud, y qué tipo de atención brinda directamente?

2. En promedio, ¿a cuántos estudiantes atiende usted o su equipo en un semestre o año?
¿Qué tipo de consultas o necesidades son las más frecuentes entre los estudiantes?
¿Cómo se gestiona la atención cuando la demanda excede la capacidad del servicio?
3. Desde su experiencia ¿Cómo describiría la demanda actual en su área y cómo influye en la calidad y oportunidad de la atención?
4. ¿Considera que los recursos disponibles, como personal, la infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos, son suficientes para responder adecuadamente para la demanda de estudiantes y garantizar una atención continua y de calidad?
5. De acuerdo con los resultados de la encuesta, los estudiantes mencionan dificultades como limitado uso de los servicios de salud, falta de información, incompatibilidad de horarios, estigma, vergüenza o temor a ser juzgados. Desde su experiencia, ¿en qué medida comparte esa percepción y qué otras barreras institucionales o de gestión identifica que puedan limitar el acceso equitativo a la atención? ¿Qué acciones o prácticas considera que podrían fortalecer la cercanía, la confianza y la continuidad en la atención?
6. Los resultados de la encuesta reflejan desigualdades por género y nivel socioeconómico. ¿Qué factores considera que explican estas diferencias? En su experiencia, ¿nota diferencias en la disposición a buscar ayuda entre hombres y mujeres, o en otros grupos específicos (por origen, nivel socioeconómico, discapacidades, etc.)? ¿Qué acciones podrían favorecer una mayor equidad en el acceso a la atención?
7. ¿Qué necesidades específicas ha identificado en grupos como madres estudiantes, migrantes, pueblos y nacionalidades o personas con discapacidad? ¿Cómo se abordan los temas de salud mental y salud sexual y reproductiva en estos casos? ¿Existen espacios de capacitación o formación continua para el personal de salud, especialmente en temas de atención a población universitaria, salud mental, salud sexual y reproductiva, o trato inclusivo? ¿Han recibido recientemente algún tipo de capacitación o acompañamiento técnico?
8. ¿Cómo se articulan las distintas áreas (psicología, medicina, trabajo social) u otras instancias (MSP, instituciones públicas o privados) para brindar atención integral y seguimiento de casos? Cuando un estudiante requiere atención de mayor

complejidad, ¿existen mecanismos de derivación o referencia al MSP u otras instituciones? ¿El servicio realiza seguimiento posterior a esas derivaciones?

9. ¿Qué tan adecuados considera los mecanismos de registro, reporte y comunicación con la dirección para el seguimiento y mejora de los servicios? ¿Se realiza algún tipo de reporte o traspaso de información al ente rector en salud (MSP u otra instancia), por ejemplo, para incluir las atenciones de morbilidad o prevención en las estadísticas nacionales? ¿En caso de detectarse algún evento sujeto a vigilancia epidemiológica, existen procedimientos o canales establecidos para su notificación obligatoria?
10. ¿Qué prácticas aplican para asegurar confidencialidad, respeto e inclusión en la atención, y cómo perciben la confianza de los estudiantes en el servicio?
11. Desde su experiencia, ¿qué aspectos considera más positivos del servicio y qué mejoras cree que podrían fortalecer la calidad, la coordinación y el acceso equitativo?

Cierre (5 min)

Agradecemos su participación.

- Si desea recibir un resumen de los resultados de la investigación, por favor registre su correo:
- Autoriza ser contactado posteriormente para validar hallazgos o ampliar información.

Anexo 4: Matriz consolidada de documentos institucionales UBUN–ESPE (2022–2025)

Bloque / Documentos revisados (37)	Síntesis analítica: avances, cumplimientos y aspectos por fortalecer
<p>Marco normativo y de gobernanza</p> <p>1. Resolución ESPE-HCURES-2021-107-1 (Creación UBUN)</p> <p>2. Reforma ROGOP 2022 / RES-2022-095</p> <p>3. Convocatoria HCU-CSO-2021-011</p> <p>4. Memorando ESPE-USGN-2025-1087-M</p> <p>5. Informe UPDI-2021-031</p>	<p>Avances y cumplimientos: La creación formal de la UBUN y su incorporación al ROGOP consolidaron su reconocimiento jurídico y su ubicación bajo el Vicerrectorado Académico General. Se definieron atribuciones claras en salud, equidad, becas y cultura, reemplazando “Bienestar Estudiantil” por “Bienestar Universitario”.</p> <p>Aspectos por fortalecer: No se cuenta con informes periódicos de cumplimiento ni con una matriz de gobernanza que mida articulación inter-unidades; la rendición de cuentas institucional aún es descriptiva.</p>
<p>Planificación institucional y equidad</p> <p>6. Plan de Desarrollo Operativo 2022-2025 (V3 y V4)</p> <p>7. Plan Institucional de Igualdad 2022-2025 (V1 y V4-2025)</p> <p>8. Políticas de Gestión Institucional 2023-2025 (Orden Rectorado-135)</p>	<p>Avances y cumplimientos: Existe coherencia entre la planificación UBUN, el PEDI 2021-2025 y los ODS 3-4-5-10-16. El Plan de Igualdad 2025 incorpora la Norma Técnica 2024 para transversalizar el enfoque de género y vincula acciones de equidad, salud y participación laboral. La planificación se mantiene vigente y alineada a procesos presupuestarios.</p> <p>Aspectos por fortalecer: Falta evaluación ex-post del cumplimiento de metas, informes anuales desagregados por sede y género, y un sistema automatizado de seguimiento de indicadores de equidad.</p>
<p>Gestión operativa y presupuestaria</p> <p>9-14. Programas 82-00-000-018 “Bienestar Universitario” (2022–2025)</p> <p>15. Estadística de Becas de Grado 2022-2025</p> <p>16. Gestión de Becas de Posgrado 2022-2025</p>	<p>Avances y cumplimientos: El programa presupuestario 82 mantuvo ejecuciones superiores al 90 % (2022-2024). Se priorizó financiamiento para becas de grado y movilidad; el número de beneficiarios aumentó de 950 a 1 304 estudiantes. La gestión muestra estabilidad financiera y eficiencia en uso de recursos.</p> <p>Aspectos por fortalecer: No hay desglose por eje temático (igualdad, salud, cultura) ni evaluación de costo-efectividad o impacto social. Falta un informe consolidado de presupuesto anual por la línea de acción.</p>
<p>Salud y bienestar universitario</p> <p>17. Lineamientos Evaluación Psicométrica SI-2024</p> <p>18. Lineamientos Postulación y Movilidad Estudiantil URCI-FOR-2025-V1-002</p> <p>19. Informe Prevención de</p>	<p>Avances y cumplimientos: Se implementaron protocolos mensuales de salud mental, talleres de autocuidado, resolución de conflictos, prevención de ITS y campañas institucionales (<i>Construyendo Diálogo, Somos Bienestar en la U</i>). Existe coordinación con Talento Humano y Comunicación Social.</p> <p>Aspectos por fortalecer: No hay registros</p>

<p>Acoso y Violencia de Género 2025 20-27. Protocolos y campañas de Salud Mental 2025 (V1-015, V1-040, V1-041, V1-042, V1-059 y otros)</p>	<p>consolidados de cobertura, impacto ni satisfacción de los participantes. Se requiere sistema UBUN-SIS para centralizar atenciones y seguimiento psicológico.</p>
<p>Equidad de género e inclusión 28. Plan de Igualdad 2023 (V2-2023-013) 29. Plan de Igualdad actualizado 2025 (V4-012) 30-32. Informes de Cumplimiento 2022-2024 (UBUN y UPDI) 33. Reglamento de Acciones Afirmativas ESPE-HCU-RES-2023-051</p>	<p>Avances y cumplimientos: El Plan de Igualdad registró más del 90 % de ejecución (2022-2024). Se transversalizó el enfoque de género en planes y procesos de Talento Humano, incluyendo acciones para personal vulnerable y Centro de Lactancia. Los informes 2023-2024 evidencian acciones preventivas de violencia y sensibilización. Aspectos por fortalecer: No se cuenta con indicadores de impacto ni con datos de participación por género y diversidad. Falta evaluación final integrada y seguimiento a recomendaciones institucionales.</p>
<p>Becas y movilidad estudiantil 34. Lineamientos URCI-FOR-2025-V1-002 35. Informe Movilidad UDED 2025</p>	<p>Avances y cumplimientos: Se formalizó la entrevista psicoemocional UBUN como requisito para movilidad saliente y se implementó seguimiento post-movilidad. Los procesos inter-unidades URCI-UBUN-UREG están claramente definidos. Aspectos por fortalecer: No existe una base de datos única con información de beneficiarios, destinos y resultados académicos; tampoco indicadores de retorno y transferencia de aprendizajes.</p>
<p>Comunicación institucional y participación 36. Campañas 2025 (<i>Construyendo Espacios de Diálogo, Lectura y Tecnología, Somos Bienestar en la U</i>)</p>	<p>Avances y cumplimientos: Campañas de alcance institucional en todas las sedes promovieron salud mental, inclusión digital, lectura y diversidad sexual, con participación del MSP y Municipio de Quito. La coordinación comunicacional fortaleció la identidad UBUN. Aspectos por fortalecer: No se midió alcance ni efectividad de las acciones comunicacionales. Falta registro centralizado de evidencias fotográficas, asistencia y percepción del público.</p>
<p>Evaluación y monitoreo institucional 37. Informe Analítico de Gestión Institucional UBUN 2025</p>	<p>Avances y cumplimientos: Se sistematizaron acciones 2022-2025 en salud, equidad y gestión financiera; el informe integra la memoria institucional y constituye insumo para rendición de cuentas y evaluación del plan. Aspectos por fortalecer: Aún sin versión final ni anexos de base de datos; falta un informe global de cierre 2021-2025 con síntesis de resultados, brechas y recomendaciones estratégicas.</p>

Anexo 5: Libro de códigos utilizado en la investigación

	cód	Descripción operativa resumida	Propósito analítico	Criterio de alineación teórica
L0 – Acceso global con equidad integrada (ACC)		Basado en el modelo de acceso a los servicios de salud de Penchansky & Thomas (1981), ampliado por Saurman (2016), e interpretado desde el enfoque de equidad en salud (Whitehead, 1991; OMS, 2008).		
1	ACC-DISP	Disponibilidad percibida de servicios, personal, infraestructura y horarios.	Analizar en qué medida la oferta disponible permite un acceso efectivo y equitativo.	Dimensión de disponibilidad con enfoque de equidad en cobertura.
2	ACC-ACCS	Condiciones físicas y temporales de acceso entre sedes y jornadas.	Examinar cómo la localización y los horarios influyen en el acceso real y la permanencia.	Accesibilidad con enfoque territorial y de género.
3	ACC-ASEQ	Factores económicos: gratuidad, becas, ayudas o costos ocultos.	Determinar cómo las condiciones económicas facilitan o restringen el uso de servicios.	Asequibilidad y equidad distributiva.
4	ACC-ADEQ	Nº Organización del servicio: citas, tiempos, trámites y derivaciones.	Identificar de qué manera los procesos administrativos	Adecuación organizativa con equidad operativa.

			afectan la oportunidad y continuidad del acceso.	
5	ACC-ACEP	Trato, empatía, pertinencia cultural y confidencialidad.	Explorar cómo las relaciones interpersonales y la sensibilidad cultural condicionan la experiencia de acceso.	Aceptabilidad y reconocimiento.
6	ACC-CONC	Información y comunicación institucional sobre los servicios.	Analizar cómo la difusión institucional incide en la conciencia y apropiación del derecho al bienestar.	Conciencia informativa y equidad comunicacional.
7	ACC-EQX	Diferencias sistemáticas por género, sede, jornada o condición socioeconómica.	Comprender qué desigualdades persisten en el acceso y cómo la gestión institucional las aborda.	Equidad transversal aplicada al modelo de acceso.
8	ACC-EMERG	Factores emergentes: estigma, miedo, redes de pares, ethos institucional.	Interpretar cómo elementos simbólicos o culturales inciden en el acceso equitativo.	Extiende el modelo de acceso a factores culturales y contextuales.

	Propósito global L0	Comprender cómo se configura el acceso real y equitativo a los servicios de salud universitarios desde las seis dimensiones del modelo de Penchansky & Thomas, considerando barreras, facilitadores y desigualdades.		
L1 – Gobernanza y marco político - estratégico (GOB)		Fundamentado en la teoría de la gobernanza en red (Rhodes, 1996) y en el marco normativo ecuatoriano (LOES, 2010; CACES, 2023), bajo el principio de equidad institucional.		
9	GOB-FUNS	Mandato, ubicación institucional y respaldo normativo del bienestar.	Examinar cómo la definición institucional del bienestar respalda o limita el derecho a la salud universitaria.	Gobernanza universitaria en red con equidad institucional.
10	GOB-POLI	Coherencia y aplicación de políticas, planes y protocolos.	Analizar si la planificación y normativa garantizan la integración del bienestar en la función educativa.	Gestión estratégica (Bryson) + normativa LOES/CACES.

11	GOB-ARTI	Coordinación vertical, horizontal y con actores externos.	Explorar cómo la articulación interinstitucional influye en la efectividad del acceso y la continuidad de la atención.	Gobernanza en red con enfoque participativo.
12	GOB-EVAL	Seguimiento y rendición de cuentas.	Identificar cómo los mecanismos de evaluación y monitoreo fortalecen o debilitan la gestión del acceso.	Aprendizaje institucional y equidad en resultados.
13	GOB-LEAD	Liderazgo institucional y participación representativa.	Analizar cómo el liderazgo y la estabilidad directiva inciden en la sostenibilidad del acceso equitativo.	Liderazgo distribuido con equidad de representación.
14	GOB-EMERG	Dinámicas informales: tensiones, dependencia o redes no formalizadas.	Examinar cómo las prácticas no formalizadas afectan la continuidad y legitimidad de la gobernanza del bienestar.	Gobernanza adaptativa y equidad en acceso al poder.
	Propósito global L1	Comprender cómo la estructura y dinámica de la gobernanza institucional condiciona		

		la implementación del derecho a la salud y la equidad en la educación superior.		
L2 – Capacidades institucionales y sostenibilidad (CAP)		Inspirado en la teoría del aprendizaje organizacional y cambio educativo sostenible (Fullan, 2007), bajo el principio de equidad organizativa (Whitehead, 1991; OMS, 2008).		
15	CAP-DISP	Dotación de personal, infraestructura y equipamiento.	Analizar si la disponibilidad de recursos materiales y humanos garantiza una atención equitativa.	Capacidades institucionales con equidad en recursos.
16	CAP-FIN	Asignación y ejecución presupuestaria.	Examinar cómo las decisiones financieras priorizan o relegan el acceso a la salud universitaria.	Capacidad financiera y equidad presupuestaria.
17	CAP-FORM	Formación técnica, ética y en equidad del personal.	Evaluar en qué medida la formación institucional promueve una atención inclusiva y sostenible.	Desarrollo de capacidades con enfoque de equidad.

18	CAP-ADEQ	Condiciones materiales y tecnológicas para la atención.	Analizar cómo la infraestructura y los sistemas facilitan o restringen el acceso equitativo.	Adecuación física y tecnológica con equidad universal.
19	CAP-ASEQ	Carga laboral, retención y clima organizacional.	Comprender cómo las condiciones laborales inciden en la sostenibilidad y calidad del acceso.	Eficiencia institucional y equidad laboral.
20	CAP-EMERG	Innovaciones y adaptaciones informales del equipo.	Explorar cómo las prácticas adaptativas fortalecen o sustituyen las capacidades institucionales formales.	Aprendizaje organizacional con equidad en reconocimiento.
	Propósito global L2	Analizar cómo las capacidades institucionales y su sostenibilidad determinan la posibilidad de garantizar un acceso equitativo y continuo a los servicios de salud universitaria.		

L3 – Gestión operati va y articula ción con usuario s (OPE)		Basado en la gestión pública relacional y generación de valor público (Bryson, Crosby & Bloomberg, 2014) y en el modelo de acceso (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016), con enfoque de aprendizaje organizacional (Fullan, 2007) orientado a la equidad.		
21	OPE- COG	Coordinación interáreas y con actores externos.	Examinar cómo la coordinación operativa influye en la eficacia y oportunidad del acceso.	Gestión relacional con equidad en coordinación.
22	OPE- CONT	Continuidad de la atención y seguimiento de casos.	Analizar cómo la trazabilidad y acompañamiento fortalecen la permanencia y bienestar estudiantil.	Adecuación/continuidad con equidad temporal.
23	OPE- CAL	Trato y pertinencia sociocultural de la atención.	Comprender cómo las prácticas de atención promueven confianza y accesibilidad equitativa.	Aceptabilidad y equidad en trato.

24	OPE-DIF	Difusión y comunicación institucional.	Examinar cómo las estrategias de comunicación acercan o alejan a los usuarios de los servicios.	Conciencia comunicacional y equidad informativa.
25	OPE-REF	Referencia y contrarreferencia de casos.	Analizar cómo los mecanismos de derivación garantizan continuidad y equidad de atención.	Adecuación/coordinación operativa con equidad.
26	OPE-SEG	Confidencialidad y privacidad de la atención.	Explorar cómo las garantías de confidencialidad inciden en la confianza y uso de los servicios.	Aceptabilidad/confianza con equidad en privacidad.
27	OPE-TRAM	Simplicidad y oportunidad de los trámites.	Identificar cómo los procesos administrativos afectan la accesibilidad y satisfacción de los usuarios.	Accesibilidad/adecuación con equidad administrativa.
28	OPE-HOR	Flexibilidad horaria y compatibilidad con la vida académica.	Analizar en qué medida los horarios y modalidades permiten un acceso equitativo.	Accesibilidad temporal con equidad.
29	OPE-EMERG	Prácticas no formalizadas o	Comprender cómo la práctica diaria refleja la	Gestión adaptativa con equidad en prácticas diarias.

		adaptaciones cotidianas.	capacidad institucional para responder a la diversidad.	
	Propósito global L3	Comprender cómo la gestión operativa y la articulación con los usuarios permiten un acceso efectivo, pertinente y equitativo a los servicios de salud universitarios.		

Anexo 6: Tabla suplementaria 1 Utilización de servicios según tipo de servicios y características sociodemográficas

Variable	Categoría	Servicios de salud universitarios utilizados												p valor
		Consejería estudiantil		Enfermería		Medicina general		Odontología		Salud mental		Ninguna		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Total	1	0,3%	11	3,3%	103	31,1%	9	2,7%	2	0,6%	203	61,3%	
Género	Hombre		0,0%	3	1,7%	58	33,7%	5	2,9%		0,0%	100	58,1%	0,3473
	Mujer	1	0,6%	8	5,1%	45	28,7%	4	2,5%	2	1,3%	101	64,3%	
	Prefiero no responder		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	2	100,0%	
Tipo de residencia	Rural		0,0%	2	2,6%	15	19,2%	1	1,3%	1	1,3%	54	69,2%	0,1185
	Urbana	1	0,4%	9	3,6%	88	34,8%	8	3,2%	1	0,4%	149	58,9%	
Edad	17–19 años		0,0%	3	2,9%	31	30,4%	4	3,9%		0,0%	62	60,8%	0,0064
	20–22 años	1	0,8%	3	2,4%	33	26,4%		0,0%	2	1,6%	84	67,2%	
	23–25 años		0,0%	3	3,6%	29	34,9%	1	1,2%		0,0%	48	57,8%	
	26 años o más		0,0%	2	9,5%	10	47,6%	4	19,0%		0,0%	9	42,9%	
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a		0,0%	1	33,3%	1	33,3%		0,0%		0,0%	2	66,7%	0,1115
	Blanco/a		0,0%		0,0%	3	37,5%	2	25,0%		0,0%	5	62,5%	
	Indígena		0,0%		0,0%	1	50,0%		0,0%		0,0%	1	50,0%	
	Mestizo/a	1	0,3%	10	3,2%	93	29,9%	7	2,3%	2	0,6%	194	62,4%	
	Montubio/a		0,0%		0,0%	4	66,7%		0,0%		0,0%	1	16,7%	
	Otro		0,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%	
Ingresos	entre 400–800 USD	1	1,4%	5	6,9%	25	34,7%	1	1,4%	1	1,4%	42	58,3%	0,1227
	entre 800–1.500 USD		0,0%	3	2,0%	38	25,3%	4	2,7%		0,0%	96	64,0%	
	mayor 1.500 USD		0,0%		0,0%	3	37,5%		0,0%	1	12,5%	4	50,0%	
	menor a 400 USD		0,0%	3	3,0%	37	36,6%	4	4,0%		0,0%	61	60,4%	

Anexo 7: Tabla suplementaria 2 Barreras y facilitadores en el acceso a los servicios de salud según características de la población universitaria

		Desconozco qué servicios de salud ofrece la universidad		No sé cómo solicitar una cita o acceder al servicio		Los horarios de atención no se ajustan a mis clases o actividades		Siento vergüenza o incomodidad para acudir a ciertos servicios		La ubicación del servicio es poco accesible desde mi facultad o residencia	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		180	54,4%	146	44,1%	98	29,6%	42	12,7%	42	12,7%
Género	Hombre	97	56,4%	69	40,1%	56	32,6%	25	14,5%	23	13,4%
	Mujer	81	51,6%	75	47,8%	42	26,8%	17	10,8%	18	11,5%
	Prefiero no responder	2	100,0%	2	100,0%		0,0%		0,0%	1	50,0%
Tipo de residencia	Rural	41	52,6%	32	41,0%	33	42,3%	13	16,7%	12	15,4%
	Urbana	139	54,9%	114	45,1%	65	25,7%	29	11,5%	30	11,9%
Edad	17–19 años	55	53,9%	51	50,0%	30	29,4%	16	15,7%	18	17,6%
	20–22 años	70	56,0%	55	44,0%	38	30,4%	13	10,4%	12	9,6%
	23–25 años	40	48,2%	31	37,3%	22	26,5%	10	12,0%	8	9,6%
	26 años o más	15	71,4%	9	42,9%	8	38,1%	3	14,3%	4	19,0%
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a	2	66,7%	1	33,3%		0,0%	1	33,3%		0,0%
	Blanco/a	4	50,0%	3	37,5%	2	25,0%		0,0%	4	50,0%
	Indígena	1	50,0%	1	50,0%	1	50,0%		0,0%		0,0%
	Mestizo/a	169	54,3%	138	44,4%	93	29,9%	38	12,2%	37	11,9%
	Montubio/a	4	66,7%	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	1	16,7%
	Otro		0,0%	1	100,0%		0,0%	1	100,0%		0,0%
Ingresos	entre 400–800 USD	45	62,5%	34	47,2%	24	33,3%	11	15,3%	9	12,5%
	entre 800–1.500 USD	87	58,0%	68	45,3%	36	24,0%	22	14,7%	18	12,0%
	mayor 1.500 USD	5	62,5%	5	62,5%	3	37,5%	1	12,5%		0,0%
	menor a 400 USD	43	42,6%	39	38,6%	35	34,7%	8	7,9%	15	14,9%
		Facilitadores de acceso a los servicios de salud									
Variable sociodemográfica		El servicio es gratuito o tiene un costo muy bajo		Hay opciones de atención sin cita previa para emergencias o imprevistos		He recibido información suficiente y clara		La ubicación del servicio es de fácil acceso desde mi facultad o lugar de residencia		El proceso para solicitar cita o acceder es claro y sencillo	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		162	48,9%	38	11,5%	32	9,7%	28	8,5%	25	7,6%
Género	Hombre	97	56,4%	17	9,9%	17	9,9%	7	4,1%	8	4,7%
	Mujer	64	40,8%	21	13,4%	15	9,6%	21	13,4%	17	10,8%
	Prefiero no responder	1	50,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Tipo de residencia	Rural	37	47,4%	6	7,7%	11	14,1%	10	12,8%	4	5,1%
	Urbana	125	49,4%	32	12,6%	21	8,3%	18	7,1%	21	8,3%
grupo edad	17–19 años	57	55,9%	17	16,7%	13	12,7%	6	5,9%	6	5,9%
	20–22 años	67	53,6%	8	6,4%	8	6,4%	10	8,0%	12	9,6%
	23–25 años	29	34,9%	12	14,5%	10	12,0%	9	10,8%	5	6,0%
	26 años o más	9	42,9%	1	4,8%	1	4,8%	3	14,3%	2	9,5%
Identidad étnica	Afroecuatoriano/a	1	33,3%		0,0%	1	33,3%		0,0%		0,0%
	Blanco/a	4	50,0%		0,0%		0,0%	1	12,5%	3	37,5%

	Indígena	1	50,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
	Mestizo/a	153	49,2%	36	11,6%	27	8,7%	26	8,4%	21	6,8%
	Montubio/a	2	33,3%	2	33,3%	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%
	Otro	1	100,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Ingresos	entre 400–800 USD	41	56,9%	3	4,2%	6	8,3%	5	6,9%	8	11,1%
	entre 800–1.500 USD	74	49,3%	23	15,3%	13	8,7%	12	8,0%	7	4,7%
	mayor 1.500 USD	7	87,5%	1	12,5%	1	12,5%	1	12,5%	1	12,5%
	menor a 400 USD	40	39,6%	11	10,9%	12	11,9%	10	9,9%	9	8,9%