

Brecha de recursos humanos y la calidad de atención en servicios sanitarios

Willian Alberto Tirado Zavaleta

willtirazava@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9042-1655>

Universidad Cesar Vallejo
Trujillo – Perú

RESUMEN

Esta investigación asumió como propósito la determinación de problemas y sus factores, y las estrategias o medidas implementadas a nivel mundial respecto al tratamiento de la brecha de recursos humanos en salud y su distribución, además de la forma en cómo esto influye en la calidad del servicio sanitario; todo esto se realizó por medio de un proceso de revisión sistemático con validez científica que hizo posible la obtención de datos, enfoques, estrategias y requerimientos, los mismos que fueron filtrados a través de una fase de análisis que permitió el desarrollo de un criterio para la discriminación de información relevante y la adaptación de aquellos estudios más relacionados con el tópico principal de este documento. La metodología empleada consistió en la recolección de distintos artículos de varios países con problemas en el recurso humano en salud, medidas de estado para corregir la brecha, estrategias de formación y evaluaciones de satisfacción del usuario externo.

Palabras clave: brecha; recursos humanos; calidad; servicio sanitario.

Correspondencia: alvaro.chavez@tlatlauquitepec.tecnm.mx

Artículo recibido 08 Octubre 2022 Aceptado para publicación: 08 Noviembre 2022

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo

Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

Cómo citar Tirado Zavaleta, W. A. (2022). Brecha de recursos humanos y la calidad de atención en servicios sanitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 2630-2644. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3707

Brecha de recursos humanos y la calidad de atención en servicios sanitarios

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine problems and their factors, and the strategies or measures implemented worldwide regarding the treatment of the gap in human resources in health and its distribution, as well as the way in which this influences the quality of service. sanitary; all this was done through a systematic review process with scientific validity that made it possible to obtain data, approaches, strategies and requirements, which were filtered through an analysis phase that allowed the development of a criterion for the discrimination of relevant information and the adaptation of those studies most related to the main topic of this document. The methodology used consisted of the collection of different articles from several countries with problems in human resources in health, state measures to correct the gap, training strategies and evaluations of external user satisfaction.

***Keywords:** gap; human resources; quality; health service.*

INTRODUCCIÓN

Es innegable la importancia de los recursos humanos en salud (RHUS) en la calidad de los servicios sanitarios, sean estos del sector público o privado. La definición provista por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a este tipo de colaboradores es de aquellas personas especializadas en diferentes campos y abordajes de la medicina que, en un trabajo vinculado dentro de centros de salud, persiguen el propósito de promover la integridad del estado físico y mental y el bienestar en la población (Organización Mundial de la Salud, 2017), siendo que, desde este concepto es posible entender su papel como elementos fundamentales en las políticas estatales referentes al sector de la atención hospitalaria. (García, Díaz, Ávila, & Cuzco, 2015)

Asimismo, los RHUS poseen 4 características generales que son cruciales para su análisis: la disponibilidad, que tiene que ver con la cantidad apropiada según los requerimientos de cada realidad local; la accesibilidad, que refiere a la disponibilidad en términos geográficos y económicos; la aceptabilidad, asociada a la sintonía con las características culturales, de valores y lenguaje de la comunidad a la que atiende; y la calidad, que refiere a las destrezas, la buena formación académica y el justo entrenamiento en los contextos más difíciles propios de la profesión (Dussault, 2015).

Según la proporción de cumplimiento de cada una de estas cualidades es que se puede evaluar el tipo de estrategia para su mejora y el consiguiente incremento de la calidad en los servicios, de modo que se tenga RHUS asignado equitativamente, en relación a los requerimientos sanitarios de cada parte del país a manera de asegurar la accesibilidad (Reid, Gupta, Roberts, Goosby, & Wesson, 2020) y el alcance máximo de la cobertura no solo en términos de cantidad sino de calidad. (Terranova, Reluz, & Osada, 2018) (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Asimismo, el desarrollo de mejores prestaciones de salud también comienza desde la formación del futuro RHUS, de manera que es grande la responsabilidad social de este proceso y no se limita a la transmisión de conocimientos teóricos, sino que debe de extenderse al entrenamiento de la toma de decisiones y el hábito de la investigación (Boelen, Dharamsi, & Gibbs, 2012) (Mullan, Chen, Petterson, Kolsky, & Spagnola, 2010). Por ese motivo, las instituciones que educan a estos profesionales deben de proyectar sus contenidos a satisfacer la demanda de acuerdo al objetivo de reducir la brecha de profesionales y, junto al estado, asegurar una respuesta calibrada a la demanda y los requerimientos de la población en función de los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y políticos. (Quintero, 2014) (Westwood, Leinster, & Weinberg, 2008)

Toda esta responsabilidad debe de ser abordada con miras a considerar que, según estimaciones de la OMS, la brecha de RHUS pasará de 4 millones calculados en 2006 a 15 millones en el año 2030, una predicción que sin dudas tendrá mella en la calidad de los servicios sanitarios a nivel

global y que ya ha motivado medidas por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2016, que aprobó el Plan de Acción Quinquenal para el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico Inclusivos 2017-2021 (Organización Mundial de la Salud, 2006) (World Bank Group, 2016) (Organización Mundial de la Salud, 2018), y de la OMS, la cual diseñó la Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. (Organización Mundial de la Salud, 2016) (Organización Panamericana de la Salud, 2017) En tal sentido, los objetivos de todas las naciones, incluido el Perú, deben de estar en consonancia con todos estos esfuerzos y las investigaciones en el sector salud deben de apuntar a brindar alternativas para combatir este problema.

METODOLOGÍA

Según su alcance, el tipo de investigación es descriptivo, y su enfoque es Cualitativo. El tipo de diseño es de revisión sistemática sin meta-análisis (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Este estudio responde a las características propias de un artículo de revisión de tipo sistemático cuyo contenido se basa en el acopiamiento, análisis, selección y síntesis de artículos científicos con una antigüedad que no supera los 5 años, de modo que la segmentación de la información no solo presenta una estructura coherente y organizada sino que, además, muestra información actualizada, la cual fue conseguida en bases de búsqueda académica: Google académico, Scielo, Dialnet, SCOPUS, BASE, Latindex, Microsoft Academic. La búsqueda se realizó desde el mes de abril de 2022 hasta junio de 2022. Los documentos que formaron parte del análisis fueron revisados desde el título y el resumen hasta el cuerpo y las conclusiones.

La estrategia que guio la obtención de información se basó en búsquedas independientes, empleando para ello combinaciones de términos y sinónimos de estos para maximizar la obtención de resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ya hace casi 10 años se dio inicio a la reforma del sistema de salud en el Perú, cuyo objetivo general era mejorar la calidad de los servicios sanitarios de manera que el derecho de todo peruano a recibir asistencia apropiada a su salud se cumpla en todo el territorio; gracias a esta reforma se produjeron algunos avances como el incremento de la inversión en este sector que aumentó un 75% en 2013 en comparación al 2011; asimismo, el Seguro Integral de Salud pasó de recibir poco más de 500 millones de soles a 1700 millones, de modo que la cobertura se benefició con un refuerzo del 11% más en 2013 respecto a dos años atrás. (Velásquez, Suarez, & Nepo, 2016)

Además, parte de las medidas tomadas para mejorar la calidad del sector salud fue poder contar con información y datos actualizados respecto a los recursos humanos sanitarios (RHUS en adelante) de todo el territorio nacional, razón por la cual fue diseñado y puesto en

funcionamiento el sistema de información en RHUS o INFORHUS, cuya operatividad empezó en el año 2011 y ha permitido, a través del dónde, cuántos y qué función desempeñan, tener datos confiables sobre la distribución y cantidad del personal sanitario en cualquier parte del país sin importar el enfoque de sus servicios a las fuerzas armadas, policiales, sector público, privado o la seguridad social. (Ministerio de Salud del Perú, 2015)

En ese sentido, los reportes de INFORHUS han hecho posible la comparativa anual entre la densidad ideal del personal de salud según la OMS y la densidad real de la realidad peruana, siendo que, en 2020, la densidad se encontró en 38.09 personales sanitarios por cada 10 mil habitantes (Ministerio de Salud del Perú, 2020), una cantidad superior a los 31.88 del año 2017, pero inferior en 5.6 puntos al ideal mínimo requerido; sin mencionar que, además de la insuficiencia de RHUS, también se encuentra la desigual distribución de estos profesionales en todo el territorio, habiendo poca concentración de ellos en las zonas rurales alejadas y más en las zonas céntricas de ciudades importantes. (Ministerio de Salud del Perú, 2015)

Se podría pensar que en la mayoría de países latinoamericanos el panorama es el mismo: una insuficiencia de recursos humanos sanitarios, sin embargo, en países como Uruguay, la densidad por cada 10 mil habitantes sobrepasa los 44.5 estipulados por la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2016), lamentablemente este indicador general de brecha de RHUS no supone por sí solo un indicador de calidad en los servicios de salud, ya que, por ejemplo en este país, existe otra clase de problemas que debilitan al sistema sanitario, como, por ejemplo, el hecho de que muchos médicos poseen más de un empleo al mismo tiempo, la falta de homogeneidad en la carga laboral y la mala distribución del personal en el territorio uruguayo. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

En el Perú, tan solo en el nivel de atención primaria la densidad fue, en el año 2015, de 8.22 promedio por cada 10 mil habitantes en las regiones de Moquegua, Tacna, Ica, Arequipa, Apurímac, Madre de Dios y Huancavelica; mientras que, en el segundo nivel, en estas regiones, es de 1.85 médicos especialistas. Esto pone de manifiesto que, a la insuficiencia de personal se le añade el problema de la distribución desigual. (Oyola, 2021)

Esta situación no ha tenido mayor cambio con el pasar de los años, puesto que, en 2017, fue determinado que, de más de 265 mil profesionales del servicio sanitario, casi la mitad (unos 102 777) se hallaban concentrados en Lima, siendo que, de esta cifra, más del 90% trabajaba para el sector público. (Inga & Rodríguez, 2019)

Esto no es propio solo del sistema de salud peruano; ocurre también en Ecuador, Brasil, Colombia, Chile, Argentina, entre otros; asimismo, en un estudio argentino de 2020, este problema fue estudiado con base en descubrir cuáles podrían ser las causas que estarían motivando la poca concentración de RHUS en zonas alejadas de las ciudades principales; los factores que postula

este artículo fueron: razones individuales y familiares, relativas al hecho de que la mayor parte de profesionales se forman en las grandes orbes, de modo que, aceptar un trabajo en zonas rurales implica, por lo general un alejamiento de las costumbres y la propia familia; otros factores fueron la escasa exposición a la identidad rural durante su formación; el aspecto financiero traducido en sueldos poco atractivos, pocos incentivos extra, costos asumidos parcialmente por el profesional para su instalación y asentamiento en la zona; las condiciones de trabajo que en regiones alejadas de las ciudades suelen ser muy deficientes y complejas; y, por último, el choque cultural con las costumbres del lugar en el que intentan insertarse. (Esandi, y otros, 2020)

En paralelo a esta realidad que se intenta comprender y sobrellevar, se siguen realizando esfuerzos para incrementar la disponibilidad, no obstante, los resultados de este proceso son progresivamente lentos; tal es así que, entre los años 2017 y 2019 se pudieron registrar incrementos como el 11.4% de médicos, 15.8% de profesional de enfermería y 9.8% de obstetras, mientras que, en las zonas rurales, solo el número de obstetras subió un 4.4% (Barja, Valverde, Fiestas, & Aguilar, 2021); asimismo, la brecha de RHUS en esos años ha seguido siendo alta según la Dirección de Planificación de Personal de la Salud del MINSA, puesto que, en general, aun faltaron más 62 mil profesionales entre los cuales 1628 eran cupos para médicos cirujanos, 8797 para médicos especialistas, 24 479 para técnicos y 27 294 para enfermeras, obstetras, psicólogos, tecnólogos médicos, médicos y odontólogos. (Observatorio de Recursos Humanos en Salud - Lima, 2017)

Por si fuera poco, existen enfermedades que registran incrementos importantes en la cantidad de afectados cada año; por ejemplo, la enfermedad renal crónica (ERC) que, según Global Burden Disease, ha aumentado de 87% a 98% su prevalencia en los últimos 25 años, carece de suficientes nefrólogos a nivel mundial (Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, et al. Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016., 2018); En Perú, la cantidad de estos profesionales por cada 1000 pacientes con esta enfermedad no solo no ha aumentado, sino que, entre 2010 y 2016 pasó de 4.4 a 1.9; y aunque la cantidad de servicios de hemodiálisis se ha incrementado de 16 a 74 en 2019, la situación sigue siendo preocupante en la actualidad. (Herrera, Atamari, & Flores, 2019)

En otros países como México la realidad en este respecto no es mejor, puesto que solo cuentan con un aproximado de 1300 profesionales (entre médicos y enfermeras especializadas en nefrología) para más de 11 millones de mexicanos de los cuales un buen porcentaje tiene diferentes grados de afectación renal, razón por la cual, la calidad del servicio sanitario en este respecto y en este país está siendo enfocada más en la prevención y detección oportuna que el abordaje de la enfermedad en etapas críticas. (Ruiz & Méndez, 2018)

Otra forma de cuidar la calidad del servicio a través de una buena estrategia en la dotación de personal, es la aplicada en un estudio uruguayo, en el cual se probó la fiabilidad de un modelo de simulación determinístico para una proyección que partió del año 2011 hasta el 2050 con el objetivo de calcular la futura brecha de RHUS a base del ingreso de datos como valores simulados de datos históricos, indicadores de bondad y raíz del error cuadrático medio relativo; esta novedosa herramienta de cálculo presentó un ajuste muy cercano al de la oferta y demanda real, de modo que, representa un procedimiento útil para la formulación de objetivos en la formación de personal y la cantidad requerida para mejorar la cobertura a largo plazo y contribuir a promover la calidad en los servicios asistenciales. (Ferrari, Segura, Buglioli, Riva, & Barber, 2021)

Por otra parte, aunque pueden ser implementadas esta clase de estrategias de cálculo, pueden suscitarse imprevistos como aquello que ningún estado o gobierno del mundo pudo imaginarse que ocurriría: la pandemia del COVID 19; por la cual se requirió un incremento increíble de RHUS prácticamente de la noche a la mañana. En la Unión Europea (UE), por ejemplo, se hicieron esfuerzos como cambios en la legislación de sus estados miembros, aumento de las horas laborales, graduación anticipada de estudiantes del ámbito sanitario de últimos ciclos, suspensión de rotación de residentes (como en Portugal y España), creación de nuevas plazas (como las 5000 de Alemania), contratos de 12 meses, permisos para médicos con título no homologado con la UE (Italia) y ofrecimiento de ciudadanía a médicos refugiados y extranjeros (Francia); todo con el objetivo de poder cubrir la atención de los infectados por el virus sin dejar caer la calidad del servicio de atención para pacientes y usuarios con otras patologías. (Jefatura del Estado de España, 2020)

En Latinoamérica, aunque los sistemas sanitarios ya presentaban deficiencias mayores antes del inicio de la pandemia, se hicieron esfuerzos como el de Argentina que además de enfocarse en la obtención del equipamiento e infraestructura requerida, también persiguió el incremento de RHUS, consiguiendo un 49% más de médicos, 70% de insentivistas, 65% más de profesionales de enfermería y 51% más de kinesiólogos, aun así el aumento de casos (como en todos los países de América Latina) la situación se volvió desbordante, y tuvo un impacto importante en el rendimiento general del servicio, situación que produjo mucha tensión y frustración en el personal. (Estenssoro, y otros, 2022)

Esta realidad extendida y la sensación estresante en torno a la crisis sanitaria generó un ciclo en el que la carga excesiva por insuficiencia de profesionales sanitarios e infraestructura generaba cuadros de ansiedad, y estos, a su vez, incidían en el rendimiento y la calidad del servicio, de modo que todos estos factores se realimentaban entre sí de forma perjudicial. Por ejemplo, en un estudio a 204 enfermeras peruanas de nosocomios de la Costa, Sierra y Selva se encontró que no solo tenían que lidiar con la crisis en la atención y el estrés de los resultados, sino que, la

ansiedad en ellas aumentaba debido al miedo por el posible contagio. (Esteban, Mamani, Chaparro, Farfán, & Gonzales, 2021)

Asimismo, aunque los efectos a corto plazo de la crisis sanitaria por COVID 19 han disminuido a causa del cierto control sobre la enfermedad, se siguen a ellos consecuencias menos relacionadas de forma directa al servicio sanitario, pero, no por eso, menos preocupantes. Hace falta recordar que la crisis financiera del año 2008 tuvo un gran impacto en el sistema de salud de muchos países (González, 2015); por ejemplo, en España, dos años después sus efectos produjeron recortes en la inversión en salud al punto que para finales del año 2014, el presupuesto había sido recortado en 14%, con lo cual, la calidad de la atención en términos de infraestructura, equipos y personal decayó lo suficiente como para que la calidad en los centros de salud fuese percibida como inferior a años previos al 2008 (CatSalut, 2015); por ese motivo es que las secuelas económicas de la pandemia por COVID 19 son aún una amenaza a los sistemas sanitarios de todo el mundo.

Por razones como esa, en las que el factor económico no se muestra como un apoyo prometedor, es importante tratar de fijar en la formación de los profesionales sanitarios a modo de que sean capaces de afrontar todas las situaciones que se presentan en sus escenarios de nivel micro y macro; en ese sentido, Artaza et al. (2020) formulan 4 principios que, al menos desde una visión preliminar podrían moldear a los estudiantes del área de salud en Latinoamérica para asumir de forma más preparada el reto de formar parte del RHUS; por una parte, se encuentra la planificación que va desde el uso de los implementos y equipos hasta el manejo del tiempo y del personal; por otro se tiene a la formación interprofesional para una visión más integrada; la claridad en la misión para que el enfoque se mantenga; y el uso de modelos de docencia-servicio-investigación. (Artaza, y otros, 2020)

Otro aspecto importante en la formación del profesional sanitario que podría ser decisivo en la calidad del servicio está en su dominio de la relaciones de poder, tal y como se evidenció en un estudio del año 2021 en Brasil, en el cual se exploró la aplicación de la formación "Paideia" sobre dos grupos, el primero de 94 especialistas recibió capacitación en este asunto durante 2015 y 2016; el otro, de 149 profesionales, recibió capacitación durante 2018 y 2020; en ambos cohortes su apreciación de las relaciones de poder en el servicio de atención primaria fue más funcional y permitió un notable grado de democratización del servicio, fomentando la participación y reduciendo saludablemente la verticalidad en el trabajo de equipo. (Viana & Terra, 2021)

Además de los aspectos y capacitaciones en temas prioritariamente teóricos, también es importante la inducción con procedimientos prácticos que vayan un poco más allá de lo convencional; puesto que, el profesional de la salud requiere no solo de saberes, información y habilidades técnicas, sino de destrezas operativas, mejores y más eficientes procesos de toma de decisiones; en ese sentido, Gaba (2004) realizó un gran aporte al implementar un tipo de

capacitación cuya idea fue prestada de un procedimiento en aviación comercial, el cual consistió en la simulación de situaciones críticas lo más cercanas posibles a la realidad, de modo que el personal sienta la tensión y aprenda a tomar decisiones oportunas y bien calibradas a pesar de las condiciones; el modelo adaptado por Gaba fue orientado al campo de la anestesia, razón por la cual el procedimiento fue llamado Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM) (Gaba, 2004), mismo que podría ser factible en otras ramas de la medicina distintas del ámbito anestésico por medio de adaptaciones. (Powell & Hill, 2006)

Por otra parte, en este punto del presente documento es necesario mencionar la razón por la cual se hace tanto hincapié en la distribución del RHUS, su formación y capacitación, además de su monitoreo constante; y es que, como lo mencionó la OMS desde el año 2008 y en la agenda proyectada al 2030 en el año 2015, el personal del ámbito sanitario es un elemento fundamental para el mejoramiento y mantenimiento de la calidad en los servicios de salud de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2006) (United Nations Population Fund, 2015)

Toda esta capacidad para incrementar de forma significativa (aunque no total) el nivel de cumplimiento de la atención en salud descansa en las competencias laborales y académicas de estos profesionales, las cuales deberían de articularse con un buen soporte material y tecnológico para que se produzca una contundente cobertura de las necesidades de los usuarios externos (Mejía, y otros, 2022). Estas características en Latinoamérica no han sido estudiadas del todo, de modo que no se tienen vastos estudios respecto al tema excepto el de Mejía et al (2022) quienes examinaron las tendencias en el perfil académico y laboral en RHUS de 8 países (un total de 1283 profesionales) encontrando que solo el 20.5% trabajaba en centro de primer nivel de atención con un sueldo promedio de 420 dólares, un 87.1% en hospitales con sueldos de 840 dólares y un 23.3% en clínicas con un salario promedio de 1200 dólares. (Mejía, y otros, 2022)

Estos datos pueden ayudar a deducir la marcada diferencia entre la remuneración del sector público respecto al privado y una de las razones principales por las que existe tan desequilibrada distribución del RHUS, sobre todo en la atención primaria, en la cual se tiene una alta brecha o faltante de personal sanitarios.

En cuando a las capacidades académicas se pudo descubrir que el 31.2% había realizado el esfuerzo de completar cursos de postgrado, el 5.1% uno de doctorado, el 17.8% de maestría y el 23.2% de diplomado. Con este estudio pudo conocerse que menos del 33% han hecho cursos u otras actividades académicas culminadas hace ya varios años, de modo que, la capacidad para incidir en la mejora de las prestaciones del servicio estaba estrechamente limitadas en el caso del personal que no buscaban una evolución académica post grado. (Mejía, y otros, 2022)

Pero no se puede poner todo el peso de la calidad de atención en los empleados del sector salud, puesto que, un ambiente laboral propicio y una actualización tecnológica constante pueden

facilitar mucho la fluidez del RHUS en su desempeño (Paim & Almeida, 1999) (Sachs, 2002); de lo contrario se suscitarían dilemas en los que se pondrían en balanza cosas decisiones que no deberían de competir entre sí, como lo estudiado en una investigación en Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGCAP) del Área de Gestión Sanitaria metropolitana de Sevilla, cuyo recorte de inversión en infraestructura, tecnología y recursos humanos trajo encrucijadas en las que se tenía que priorizar frecuentemente la economía de los recursos tangibles y equipos por encima de la calidad del servicio debido a la escasez. (Ramón, Flórez, & Romínguez, 2018)

Esta clase de medidas en contextos de poca inversión (muy comunes en Latinoamérica) produce el frecuente resultado de exceso de carga en el personal de salud, como el vivido en las etapas más críticas de la pandemia, sobre todo en zonas más alejadas de las ciudades importantes de cada país; en estas circunstancias el personal no solo termina limitado por los pocos recursos sino por el desgaste producto de la tensión y la ansiedad. (Saltos, Pérez, Suárez, & Linares, 2018)

A pesar de todos los problemas presentes en los sistemas de salud actuales, hasta antes del COVID 19 el nivel de satisfacción iba lentamente en incremento; tal es así que, en la Encuesta Nacional de Satisfacción de usuarios en Salud llevada a cabo en 2016 bajo cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) se reportó un aumento de las valoraciones generales de la población respecto al servicio sanitario que pasó del 70% en el 2014 a 73.9% en 2016 y, a su vez, también se registró un leve aumento en la satisfacción del personal respecto a la remuneración (Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, 2016); no obstante, la escena mundial de hoy por la crisis económica dejada por la pandemia y las actuales contiendas políticas siguen incentivando un replanteamiento de las reglas de juego en la asistencia en salud y la forma en como incrementar la calidad percibida por los usuarios externos.

CONCLUSIONES

Las ideas más importantes en torno a la insuficiencia de los recursos humanos en salud y la calidad del servicio sanitario giran en torno a:

En primer lugar, la capacidad de proyección a futuro del RHUS desde la formación académica, tomando en cuenta el ajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad futura de la oferta.

En segundo lugar, se requiere la capacidad de monitoreo constante y actualizado del RHUS respecto a su distribución en el territorio nacional con el objetivo de implementar medidas que incentiven su re distribución a zonas rurales, aspecto que debe de ser abordado con el incremento estratégico de incentivos.

En tercer lugar, añadir en la formación académica la identidad rural y nuevas formas de capacitación como la simulación de situaciones críticas y la formación Paideia para dinamizar y democratizar las relaciones de poder que se presentan siempre en los servicios sanitarios

En cuarto lugar, enfocar la asistencia de patologías como la enfermedad renal crónica desde una estrategia preventiva y reforzar la oferta de los profesionales médicos y de enfermería en esta especialidad.

En quinto lugar, realizar constantes estudios de caracterización del RHUS desde el punto de vista de sus aspiraciones y desarrollo académico post grado y el nivel de satisfacción de los usuarios externos.

LISTA DE REFERENCIAS

- Artaza, O., Santacruz, J., Girard, J., Álvarez, D., Barría, S., Tetelboin, C., & Medina, A. (2020). Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44(83), 1-5. doi:10.26633/RPSP.2020.83
- Barja, J., Valverde, N., Fiestas, K., & Aguilar, S. (2021). Cambios en la disponibilidad de los recursos humanos en salud en el Perú. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(1), 2-14. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572021000100014&script=sci_arttext&tlng=en
- Boelen, C., Dharamsi, S., & Gibbs, T. (2012). The social accountability of medical schools and its indicators. *Education for Health*, 25(3), 180-194. doi: <https://doi.org/10.4103/1357-6283.109785>
- CatSalut. (2015). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Servicio Catalán de la Salud. Gasto sanitario en Catalunya 2007-2014: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/informacio_economica/documents/arxius/Despesa_sanitaria_Catalunya_2007-2014.pdf
- Dussault, G. (2015). Investigación en Recursos Humanos para la Salud. *Rev Esc Enferm USP*, 49(2), 5-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800001>
- Esandi, M., Antonietti, L., Ortiz, Z., Cho, M., Duré, I., Reveiz, L., & Menezes, F. (2020). Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44., 44, 1-9. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.112>
- Esteban, C., Mamani, O., Chaparro, E., Farfán, R., & Gonzales, C. (2021). Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga de trabajo como predictores de la ansiedad en

- enfermeras peruanas. *Revista Cubana de Enfermería*, 37, 1-13. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4227/712>
- Estenssoro, E., Plotnikow, G., Loudet, C., Ríos, F., Andrian, M., & Dubin, A. (2022). Structural capacity, technological human resources and mechanical ventilation requirements in 58 intensive care units in Argentina during the SARS-CoV-2 pandemic. A SATICOVID-19 Study. *Medicina*, 82(1), 35-46. Obtenido de <https://europepmc.org/article/med/35037859>
- Ferrari, C., Segura, Á., Buglioli, M., Riva, J., & Barber, P. (2021). Modelo dinámico para proyectar la necesidad de recursos humanos en salud: anestesistas en Uruguay. *Revista de Salud Pública*, 23(6), 1-9. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n6.90443>
- Gaba, M. (2004). The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13(1), i2-i10. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.009878>
- García, H., Díaz, P., Ávila, D., & Cuzco, M. (2015). La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. *An Fac Med*, 76, 7-26. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>
- González, R. (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de información económica*, 248, 37-48. Obtenido de <https://www.actasanitaria.com/uploads/s1/11/71/83/3/la-reduccion-del-gasto-sanitario-en-espana-durante-la-crisis.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación Hernández Sampieri* (6a ed.). MC Graw Hill Education.
- Herrera, P., Atamari, N., & Flores, V. (2019). Número de nefrólogos, servicios de hemodiálisis y tendencia de la prevalencia de enfermedad renal crónica en el Ministerio de Salud de Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 36(1), 62-67. doi:10.17843/rpmesp.2019.361.4253.
- Inga, F., & Rodríguez, A. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 312-318. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>
- Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. (2016). Recuperado el 10 de junio de 2022, de INEI y SUSALUD realizarán la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud – ENSUSALUD 2016: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-y-susalud-realizaran-la-encuesta-nacional-de-satisfaccion-de-usuarios-en-salud-ensusalud-2016-8843/>
- Jefatura del Estado de España. (2020). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Real Decreto-ley 29/2020, de 29 de Sep., de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las

- Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. 2020: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-11415#:~:text=Ayuda-,Real%20Decreto%2Dley%2029%2F2020%2C%20de%2029%20de%20septiembre,de%2030%2F09%2F2020.>
- Mejía, R., Chacón, I., Serrano, T., Antón, V., Gavilema, D., Jorge, M., & Madrigal, J. (2022). Características laborales y académicas de los recursos humanos del sistema de salud en ocho países de Latinoamérica. *Iatreia*, 35(1), 21-28. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.112>
- Ministerio de Salud del Perú. (2015). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Registro Nacional del Personal de Salud: <http://inforhus.minsa.gob.pe/login.php>
- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Información de Recursos Humanos en el Sector Salud en el Marco de la Pandemia COVID – 19 PERU: 2020: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2040124/Documento.pdf>
- Mullan, F., Chen, C., Petterson, S., Kolsky, G., & Spagnola, M. (2010). The social mission of medical education: ranking the schools. *Ann Intern Med*, 52(12), 804-811. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-12-201006150-00009>
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud - Lima. (2017). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú: <http://digepe.minsa.gob.pe/bibliografica.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Informe sobre la Salud en el Mundo 2006: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra: WHO: <https://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Estrategia mundial de recursos humanos para la salud; personal sanitario 2030: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254600/A69_R19-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud:

<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Working for Health. Five-year Action Plan for Health Employment and Inclusive Economic Growth (2017-2021):

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Recuperado el 10 de junio de 2022, de 10 años del Sistema Nacional Integrado de Salud- Evolucion y desafíos del SNIS:

<https://www.paho.org/es/documentos/10-anos-sistema-nacional-integrado-salud-evolucion-desafios-snis>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Resolución CSP29.R15. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y el Acceso Universal de Salud:

<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CSP29.R15-s.pdf>

Oyola, A. (2021). Desigualdad en la Distribución de Médicos en el Perú. *Rev. cuba. salud pública*, 47(1), e1447-e1447. Obtenido de <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1447>

Paim, S., & Almeida, M. (1999). Paim, J. S., & Almeida Filho, N. M. D. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Recuperado el 9 de junio de 2022, de La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/6060>

Powell, S., & Hill, K. (2006). My copilot is a nurse—using crew resource management in the OR. *AORN journal*, 83(1), 178-202. doi:[https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)60239-1](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)60239-1)

Quintero, G. (2014). Medical education and health care system. Why does the curriculum need to be performed? *BMC Med*, 12(213), 1-4. doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0213-3>

Ramón, J., Flórez, R., & Romínguez, N. (2018). Utilidad del presupuesto y del cuadro de mando integral en la gestión de centros de atención primaria. Impacto sobre la motivación del personal. *Atención primaria*, 50(3), 166-175. doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.009>

Reid, M., Gupta, M., Roberts, G., Goosby, E., & Wesson, P. (2020). Achieving Universal Health Coverage (UHC): Dominance analysis across 183 countries highlights importance of strengthening health workforce. *PloS one*, 15(3), 15(3). doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229666>

- Ruiz, R., & Méndez, A. (2018). Problema de salud pública: enfermedad renal crónica en México, la urgente necesidad de formar médicos especialistas. *Gaceta Médica de Bilbao*, 115(4), 194-199. Obtenido de <http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/682>
- Sachs, D. (2002). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. *Rev Panam Salud Publica*, 12(2), 143-144. doi:10.1590/S102049892002000800017.
- Saltos, M., Pérez, C., Suárez, R., & Linares, S. (2018). Análisis de la carga laboral del personal de enfermería, según gravedad del paciente. *Rev Cubana Enferm*, 34(2), 1–9. Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4227/712>
- Terranova, L., Reluz, O., & Osada, J. (2018). Asistencia y disponibilidad de los recursos humanos en salud de establecimientos de salud, Chiclayo 2015. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 11(1), 24-30. doi:<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2018.111.54>
- United Nations Population Fund. (2015). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General, resolución A/ RES/70/1: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>.
- Velásquez, A., Suarez, D., & Nepo, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 546-555. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Viana, M., & Terra, L. (2021). Formación Paideia en atención primaria: análisis de la democracia institucional y las relaciones de poder en las prácticas laborales en salud. *Salud colectiva*, 17, 1-13. doi:10.18294/sc.2021.3298
- Westwood, R., Leinster, J., & Weinberg, R. (2008). A healthcare curriculum for the 21st Century: time for flexibility? *JR Soc Med*, 101(2), 59-62. doi:<https://doi.org/10.1258/jrsm.2008.070236>
- World Bank Group. (2016). Recuperado el 10 de junio de 2022, de Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/25035/Global0health0Oprojections0for02030.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Xie Y, Bowe B, Mokdad AH, Xian H, Yan Y, Li T, et al. Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. (2018). *Kidney Int*, 94(3), 567-581. doi:10.1016/j.kint.2018.04.011.