

El aseguramiento universal en salud y los recursos humanos

Madaleine Jesús Enríquez Díaz

madajesus68@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8225-8798>

Doctoranda del programa de Gestión Pública y Gobernabilidad

Universidad César Vallejo

Trujillo – Perú

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar y analizar en qué medida y de qué manera los recursos humanos en salud (RHUS) contribuyen en la cobertura del Aseguramiento Universal (AUS) en un hospital público de Trujillo. Se realizó un estudio de tipo básico, con enfoque mixto (Enfoque cuantitativo: diseño no experimental, correlacional causal y transversal. Enfoque cualitativo: fenomenológico y de teoría fundamentada) se aplicó dos cuestionarios sometidos a juicios de expertos y aprobados con confiabilidades de Alfa de Cronbach de 0,874 y 0,891; la muestra fue de 88 trabajadores de salud. Como resultado se obtuvo con un nivel de significancia de $p=0,000 < 0,05$ que, existe relación causal entre los RHUS y la cobertura del AUS. Se concluye que los RHUS contribuyen directamente en la cobertura del AUS; así mismo, los trabajadores de salud afirman que el nivel de abastecimiento de RHUS es regular y el nivel de cobertura del AUS es media. Se determinó con $\alpha=5\%$, que los RHUS contribuyen de manera significativa en la cobertura del AUS con un valor de R^2 Nagelkerke de 0,978.

Palabras claves: *cobertura de atención en salud; universalización de los sistemas de salud; sistemas de salud; recursos humanos en salud; universalización del sistema sanitario.*

Correspondencia: madajesus68@hotmail.com

Artículo recibido 25 noviembre 2022 Aceptado para publicación: 25 diciembre 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: Enríquez Díaz, M. J. (2023). El aseguramiento universal en salud y los recursos humanos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 11436-11457. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4212

Universal health insurance and human resources

ABSTRACT

The objective of the study was to determine and analyze to what extent and in what way human resources in health (HRH) contribute to the coverage of universal insurance (AUS) in a public hospital in Trujillo. A basic study was carried out with a mixed approach (Quantitative approach: non-experimental, causal correlational and cross-sectional design. Qualitative approach: phenomenological and grounded theory) two questionnaires were applied, submitted to expert judgments and approved with Cronbach's Alpha reliabilities of 0.874 and 0.891; the sample consisted of 88 health workers. As a result, it was obtained with a significance level of $p=0.000 < 0.05$ that there is a causal relationship between the RHUS and AUS coverage. It is concluded that the RHUS contribute directly to AUS coverage; likewise, health workers affirm that the level of RHUS supply is regular and the level of AUS coverage is medium. It was determined with $\pm 5\%$, that RHUS contribute significantly to AUS coverage with an R^2 Nagelkerke value of 0.978.

Key words: *health care coverage; universalization of health systems; health systems; human resources in health; universalization of the health system.*

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) a nivel mundial, presenta un déficit en lo que refiere al personal profesional de la salud principalmente; la OMS indica que, el escaso número de profesionales en el continente de África y el Sudeste de Asia lugares donde que presentan un mayor número de enfermedades, puede estimarse de hasta 10 a 15 veces menos que en la región europea y las Américas (Zoio Portela et al., 2017).

En el año 1993 y, en cumplimiento de nuestra Carta Magna se implementa la “AUS - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” - AUS - como política de salud cuya finalidad es asegurar que todo ciudadano en el Perú debe contar con un seguro para la atención de su salud, de forma digna, de calidad, con eficiencia y oportunidad (D.S. N°020-2014-SA, 2014). El mayor aseguramiento entre los años 2009 al 2017, se centra en su mayoría en el SIS (Seguro Integral de Salud, subsidiado por el Estado) el cual incrementa del 34 al 47% y en ESSALUD (seguro contributivo) que pasa del 22.8 al 26.3% (Mezones-Holguín et al., 2019).

La salud no es solo tema de atención de la enfermedad sino también de las acciones que puedan prevenirla; para ello, se hace necesario contar con establecimientos de salud con suficientes recursos humanos y de infraestructura, resaltando a los recursos humanos en la parte asistencial los que a nivel mundial han sido descuidados, el déficit de personal se presenta en profesionales y no profesionales de la salud que son componentes importantes para implementar las políticas públicas y el logro de sus objetivos (R.M. N°437-2014/MINSA, 2014). El Perú cuenta con centros hospitalarios públicos y privados, los cuales son categorizados por niveles de complejidad y características funcionales de tal forma que determinan su oferta para enfrentar las demandas sanitarias (R.M. N°546-2011/MINSA, 2011). En la ciudad de Trujillo, contamos con dos hospitales públicos categorizados por el MINSA con el nivel III-1; por su grado de especialización, capacidad resolutive, medios tecnológicos y humanos; de tal forma que, solucionen las necesidades de aquellos establecimientos de menor nivel de atención, cada establecimiento cuenta con jurisdicción de atención para recepcionar a pacientes referidos por no contar con capacidad resolutive para la atención de pacientes (R.M. N° 751-2004/MINSA, 2004) especialmente de aquellos que son beneficiarios del SIS; así mismo, atienden a las personas que lo requieran en caso de urgencias o emergencias, estos centros hospitalarios brindan atención a la población de

acuerdo a la demanda y no escapan al índice nacional de déficit de recursos humanos, sin embargo estos centros hospitalarios deben contar con un mínimo de Unidades Prestadoras de Servicios (UPS) para cumplir con su función dentro de la reforma del sector salud; así mismo, éstas UPS deben contar con recurso profesional y no profesional (de salud y administrativo) para brindar sus atenciones en los tres turnos de atención que cubran las veinticuatro horas del día en todo el año (según requiera la UPS) para ello, es necesario contar principalmente con un capital humano de salud calificado en número adecuado y suficiente, para una permanente y oportuna atención a las personas que requieran por una dolencia o porque ven en grave riesgo su salud (MINSA, 2011) todo esto enmarcado al cumplimiento de las políticas nacionales y en atención al AUS.

El Ministerio de Salud (MINSA) progresivamente, a través de los años ha venido implementando en los centros hospitalarios, medidas para mejorar la disponibilidad del recurso humano, sobre todo en aquellos lugares muy pobres con población desvalida y con alto riesgo de salud; sin embargo; el número de recursos humanos sigue siendo deficitario de acuerdo al crecimiento de la población, demanda y/o al número de pacientes beneficiarios que son atendidos en los hospitales públicos, especialmente en las regiones (Murillo Peña et al., 2021). Como resultado de la atención en épocas de pandemia se ha logrado establecer en muchos establecimientos de salud, las consultas por medio de la virtualidad; implementándose principalmente las tele consultas y tele monitoreos, lo que permitió paliar la falta del recurso humano por encontrarse en trabajo remoto sin embargo, con esta implementación no se ha logrado cubrir la escasez o falta de personal y la inequidad en la distribución de éstos, lo cual imposibilita cubrir las necesidades de la población demandante. (Alva-Arroyo et al., 2021).

En el año 2018 el Perú ha logrado coberturar con un seguro de salud al 87% de su población, para ello fue necesario implementar políticas de salud como el AUS; así mismo, ha logrado mejorar el financiamiento de la atención de salud; sin embargo, aún existen carencias dentro de las prestaciones que se brindan (de Habich, 2019). Cabe manifestar que en la región La Libertad el número de asegurados al SIS en calidad de “activos” (personas vivas); es decir, que cuentan con seguro vigente se incrementó del año 2011 al año 2020 en un 75%, el número de atenciones de los asegurados se incrementa al 38% y el número de atendidos tiene un incremento del 22% (MINSA/SIS,

2021). En el marco del AUS (Ley N°29344) y en cumplimiento de las políticas de Gobierno, los hospitales públicos brindan atención en su mayoría a los usuarios del SIS, estas atenciones que se brindan son retribuidas mediante transferencias de presupuesto, siempre y cuando hayan suscrito un convenio entre el GORE y el SIS/FISSAL, convenio con una vigencia de hasta de tres años (MINSA/SIS, 2022).

Considerando al recurso humano como uno de los componentes más importantes para las atenciones de salud y el logro de objetivos del sistema (R.M. N°437-2014/MINSA, 2014) pues ayudan a mejorar los servicios y las condiciones saludables de todo aquel que acude a un hospital para una atención de manera eficiente, con equidad, oportunidad, calidad y de forma digna y, teniendo como fin el describir y mejorar la implementación de las políticas de salud, nos planteamos el siguiente problema: ¿En qué medida y de qué manera los recursos humanos contribuyen en la cobertura del aseguramiento universal en un hospital público de Trujillo? A su vez, nos planteamos la siguiente hipótesis: “Los recursos humanos contribuyen de manera significativa en la cobertura del Aseguramiento Universal en Salud en un hospital público de Trujillo”. La investigación se enfoca desde la perspectiva de los mismos trabajadores de salud, como parte integrante de la organización que brinda los servicios en mérito a la implementación de la Ley del AUS y no de la percepción de los pacientes asegurados que son los receptores del servicio. Con la finalidad de ayudar en la resolución del problema realizamos el presente estudio para determinar y analizar si la capacidad del recurso humano en salud (RHUS) asignado a un hospital público, con categoría III-1, es aceptable para asegurar brechas de demanda de atención en salud principalmente del usuario con beneficio del SIS; de tal forma, que se pueda cumplir con lo establecido por las políticas nacionales, en especial por lo estipulado en la Ley del AUS, por lo que nos proponemos el objetivo general siguiente: Determinar y analizar en qué medida y de qué manera los recursos humanos contribuyen en la cobertura del aseguramiento universal de salud en un hospital público de Trujillo.

En lo que respecta a investigaciones similares al presente estudio, las cuales relacionen el número de los recursos humanos en salud (RHUS) de un hospital público de nivel III-1 con la cobertura del AUS; existe carencia de ellas; por lo que, a fin de fundamentar esta investigación se tomó en cuenta diversos artículos presentados para cada variable en estudio; así mismo se utilizaron como referencias, informes de controles simultáneos de

la Contraloría General de la República en centros hospitalarios del II° y IIIer nivel de atención, en los años 2018 y 2019 los cuales indican el déficit del RHUS en los centros hospitalarios.

Mendieta González & Jaramillo (2019) indica que son muchos los países que dentro de sus políticas en pro de la salud han incorporado el AUS con el objetivo de alcanzar la cobertura universal en estos servicios; sin embargo, el alcanzar la universalidad de la atención de salud no significa llegar a coberturarla con eficiencia, tal es el caso de Colombia que luego de veinticinco años de su creación se muestra como un sistema “universal pero ineficiente”, no existe igualdad en las prestaciones de los servicios de salud, no todos cuentan con una buena atención con calidad y con especialistas y determina que existen más personas afiliadas pero con difícil acceso a la calidad de prestación de salud, es decir sin igualdad en accesibilidad a los hospitales y a la prestación de servicios por profesionales especialistas. Lucio-Garcia et al. (2018) en su investigación desarrollada en México con la finalidad de identificar evidencias en la distribución del recurso humano señala que, a razón de que la Asamblea General de la Naciones Unidas intensificó las acciones enfocadas a la universalización de los servicios de salud teniendo como principios: equidad y justicia social, los esfuerzos se direccionaron al aumento de la cobertura sin tomar en cuenta la distribución de recursos (humanos, infraestructura y equipamiento); concluye su trabajo indicando que el logro de la universalidad implicaría el mejoramiento de los recursos humanos en cada sector de gobierno, no solo incrementando los recursos humanos sino contando con ellos en su oportunidad, para ello es necesario utilizar indicadores de densidad de los recursos humanos o el Índice de Dispersión Poblacional dado que los recursos se concentran más en las zonas urbanas; así mismo sugiere implementar políticas de recursos humanos y estrategias que permitan reducir esta inequidad. Es así que existen diversas investigaciones que tratan sobre la dispersión del RHUS a nivel geográfico; más no estudian desde el punto de vista de complejidad de atención de los hospitales. Ponce de León (2021) en su artículo publicado referente a las políticas públicas en nuestro país, refiere entre otros la falta de compromiso por parte de los políticos para la implementación de la reforma de salud iniciada en el año 2009; manifestando que la cobertura del AUS no está acorde a lo esperado, el número o incremento de asegurados va acompañado de la escases de recursos humanos, de infraestructura y financieros lo

que no permite una verdadera cobertura en la prestación de los servicios de salud a la población, resaltando que el número de médicos en el sector del MINSA en el año 2009 fue de 15,000 incrementándose para el 2018 a 26,000 médicos, crecimiento que no era en la misma medida que el incremento de asegurados SIS. Murillo-Peña et al. (2021) analiza los cambios durante la pandemia del COVID-19 y la densidad del recurso humano (DRHS) en diferentes regiones y provincias del Perú y, por ende estudia la respuesta del sistema sanitario ante esta pandemia; utiliza datos del INFORHUS (aplicativo de registro de personal del MINSA) y la población adscrita al SIS; concluyen que existe un ligero incremento de la DRHS en las diversas regiones y provincias durante el COVID-19 (primera cuarentena) sugiriendo tomar acciones para optimizar el sistema de salud e índice de distribución del recurso humano. La R.M. N°1357-2018-MINSA, (2018) muestra las condiciones de desigualdad de la oferta y demanda de los recursos humanos en salud (RHUS), lo cual no permite cumplir los objetivos trazados para el año 2030 refiriéndose al acceso y cobertura universal de salud, manifestando que es necesario implementar políticas públicas específicas de RHUS. Ponce Varillas (2017), concluye que similar a los servicios de emergencia de otros países en los hospitales públicos del Perú, existe hacinamiento de pacientes con brechas entre la oferta y sobredemanda de las atenciones, señalando factores entre otros a la escases de personal lo cual genera un grave problema en la salud pública, recomendando que al no contar con estudios previos los prestadores de servicios prioricen estudios relacionados al hacinamiento de tal forma que se propongan soluciones y planes de desarrollo, tema que califica de importancia y desafío para solucionar un gran problema de gestión pública, cuyas metas deben contribuir al mejoramiento de calidad de atención del paciente y el ambiente laboral para los servidores públicos.

Nigenda et al., (2010) luego de un exhaustivo estudio sobre el recurso humano en salud (RHUS) en la ciudad de México, trata de plasmar las bases para una planeación estratégica, considerando para el estudio a cinco grupos ocupacionales que son: médicos, licenciados en enfermería, odontólogos, químicos farmacéuticos y personal técnico en enfermería y, luego de determinar que no existe igualdad en la distribución del recurso humano (geográfica e institucional) sobre todo en el área rural, encuentra también que el sistema de atención primaria (nivel I) no cuenta con RHUS que se enfoque a cubrir la demanda poblacional; lo cual indica una falta de abastecimiento de

personal, haciendo mención que el problema no solo es de México sino de varios países latino americanos (menciona al Perú como uno de ellos).

En el informe realizado por la Contraloría General de la República, (2019) realizado del 20 al 24 de mayo del 2019, concluye entre otros que, los recursos humanos del servicio de Emergencia del 26.45% de los establecimientos de salud públicos visitados, no están acorde a lo estipulado en la norma técnica vigente; es decir, no cuentan con el suficiente número de personal. Así mismo, encontramos que en el listado de establecimientos visitados por la Contraloría (folio 175) se encuentran los dos hospitales de salud pública del nivel III-1 de la ciudad de Trujillo. Contamos también con el informe de Contraloría General de la República, (2018) realizado del 28 de mayo al 1 de junio del 2018 a establecimientos de los niveles de atención II y III conformantes del Sistema Nacional de Salud de las 25 Regiones del Perú; el cual nuevamente tiene entre sus conclusiones que, en los diferentes servicios visitados existe déficit de recursos humanos; también indica que del 43% de establecimientos visitados, los servicios de Emergencia carecen de recursos humanos suficientes; siendo los de mayor déficit, los centros de la Policía Nacional con el 69%, seguido de hospitales pertenecientes a los Gobiernos Regionales (GOREs) con el 52%, lo cual pone seriamente en peligro la calidad de atención en forma oportuna y continua.

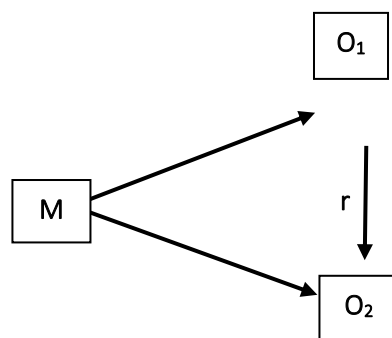
La presente investigación se encuentra dentro del enfoque de la Teoría de Maslow, que considera a la salud como necesidad de seguridad, que no solo implica el tratamiento sino también la prevención con el servicio y atención de profesionales; sin embargo, en el Perú existen personas que no tienen acceso siquiera a una consulta médica cuando presenta síntomas de enfermedad dado a sus carencias o falta de recursos económicos; es por ello que en el marco de las políticas de salud (Aseguramiento Universal en Salud - AUS) se crea el Seguro Integral de Salud (SIS) a fin de brindar acceso a la salud a las personas más pobres o que carecen de un seguro de atención de salud, de tal forma que pueda acceder y satisfacer la necesidad de salud con profesionales dentro de una institución hospitalaria (Castro-Molina, 2018).

METODOLOGÍA

La presente investigación es básica (CONCYTEC, 2022), se desarrolló mediante el enfoque mixto haciendo posible una mejor comprensión del problema en estudio, lo que ha permitido hacer una investigación más profunda sobre la temática. En el estudio

se utilizaron conceptos, técnicas, aproximaciones y otros, en concordancia con los enfoques cuantitativo y cualitativo (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

En mérito al enfoque cuantitativo, corresponde al diseño no experimental, correlacional causal y transversal; se creó y aplicó un instrumento por cada variable de estudio validados por juicio de expertos, permitiendo conocer y analizar la información con respecto a las variables en estudio. Se administró el siguiente esquema, según Hernández Sampieri & Mendoza Torres, (2018).



Donde:

M: Muestra en estudio (Trabajadores de salud de un hospital público de Trujillo)

O₁: V1 (Recursos humanos)

O₂: V2 (Aseguramiento universal en salud)

r: Coeficiente de correlación (relación entre variables)

De acuerdo al enfoque cualitativo, la investigación corresponde al diseño fenomenológico y de teoría fundamentada pues se basa en las respuestas de los participantes en la investigación.

La población del presente estudio, se consideró a los trabajadores de un hospital público, nivel III-1 y fue extraída del aplicativo informático del Registro Nacional del personal de la Salud - INFORHUS (D.Leg. N°1153, 2013) al mes de abril 2022 y por criterios estipulados por la investigadora solo toma en cuenta al personal de salud nombrado de los grupos de médicos, licenciados en enfermería, obstetras, químicos farmacéuticos y técnicos de enfermería, lo que hizo una población total de 417 trabajadores de salud, nombrados. Se excluye al personal contratado (CAS y a plazo determinado) por la variabilidad de la contratación y continuos cambios, tampoco considera al personal auxiliar de enfermería porque la categoría del hospital (nivel III-1)

no considera contar con cargos de auxiliares (MINSA, 2011), a su vez se excluye a otros trabajadores asistenciales y personal administrativo por considerar que la finalidad del desempeño de sus labores no se inmiscuye directamente con el término del aseguramiento universal en salud. Para el enfoque cualitativo, por conocimiento del tema y frecuencia de atención de pacientes del aseguramiento universal en salud, la población está conformada por directivos de los departamentos asistenciales, así como; los jefes de algunas oficinas administrativas, por estar directamente relacionados con las variables en estudio.

Para el enfoque cuantitativo calculamos el tamaño de la muestra, en una población total de 417 trabajadores de la salud nombrados en el hospital público, el nivel de confianza asignado fue de 0.95% y el margen de error fue de 8%; aplicando la fórmula de poblaciones finitas (Luis López, 2004). Por tanto, con un nivel de confianza del 95%, una varianza máxima de ($pq=0.25$), un error de muestreo del 8% ($e=0.08$) y una población de 417 trabajadores de salud, se obtuvo una muestra preliminar de 111 trabajadores a la cual se le aplicó el factor de corrección, resultando una muestra final de 88 trabajadores de salud. En la Tabla 1, mostramos la distribución de la población y muestra.

Consideramos como muestra y por conveniencia para el enfoque cualitativo (conocimiento del tema y con características de toma de decisiones) a cinco directivos del hospital: jefe del departamento de Cirugía, jefe Dpto. Medicina, jefa del Dpto. de Enfermería, jefe del Dpto. de Farmacia, jefe de la Oficina de Recursos Humanos y jefe de la Oficina de Seguros; por ser trabajadores implicados y conocedores del tema de investigación y relacionados directamente con el desarrollo del AUS.

Se aplicó dos cuestionarios para recolectar datos como técnica para el estudio cuantitativo de la presente investigación; el cual fue cerrado en las dos variables de investigación, con 20 preguntas por variable, por el tipo de respuesta fue politómico, se utilizó la escala ordinal tipo Likert (Arias Gonzáles, 2020). Para el estudio cualitativo se aplicaron entrevistas (preguntas preestablecidas) dirigidas a cinco directivos del hospital público a fin de conocer su apreciación sobre la relación de las variables en estudio y así analizar la relación de los recursos humanos y el AUS.

Para validar los instrumentos (cuestionarios), se utilizó el procedimiento “validez de constructos” (Carhuancho Mendoza et al., 2019) luego se aplicó a una prueba piloto (20

trabajadores no pertenecientes a la muestra) estableciéndose un nivel de confiabilidad de Alfa de Cronbach igual o mayor a 0.7 (Moquillas Alcántara, 2017), la escala de medición fue la ordinal; es decir, importa el orden (Santana Leitner, 2018) luego los cuestionarios fueron aplicados a la muestra de 88 trabajadores de salud del hospital, utilizando el Google Forms (forma virtual) y cuestionarios impresos (forma presencial). Se utilizó la Escala de Stanones para categorizar los sujetos de estudio en tres niveles, haciendo uso de los puntajes parciales y el puntaje total obtenido en el cuestionario (Moquillas Alcántara, 2017). Para el enfoque cualitativo se aplicaron entrevistas que se realizaron de forma presencial, con una duración no mayor de quince minutos previa cita, a cinco directivos por conocimiento e implicancia directa de los temas en estudio, tres en calidad de jefes de departamentos asistenciales (Cirugía, Farmacia, Enfermería) y dos jefes de oficinas administrativas (Recursos Humanos y Seguros). También se utilizó el análisis documental y fichaje documental, método que fue utilizado para procesar la información y la elección de las técnicas a utilizar en la investigación (Carhuancho Mendoza et al., 2019).

Se determinaron estadísticos descriptivos e inferenciales para la contrastación de las hipótesis; lo cual permitió reforzar las teorías existentes. Se hizo uso de la literatura referente a los recursos humanos en salud y normas brindadas por el MINSA; contamos también con el TUO de la Ley N°29344 - Ley del AUS, entrevistas, cuestionarios y otros, de tal forma que llegamos a unos resultados que fueron comparados e interpretados. El análisis de la información se obtuvo por medio del método estadístico; elaborando las bases de datos que corresponden a las herramientas utilizadas en la investigación, lo cual contenía la información de registro de la muestra de los 88 trabajadores (Posada Hernández, 2016). La información se procesó utilizando herramientas de apoyo como el software estadístico SPSS versión 25, el cual otorgó los resultados para ser interpretados por la investigadora. Además, se utilizó la prueba de coeficiente de Spearman (Martínez Ortega et al., 2009) a fin de la medición de la relación de las variables en estudio: Recursos Humanos y Aseguramiento Universal en Salud. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por contar con una muestra mayor que 50 y con variables cuantitativas continuas (Romero-Saldaña, 2016). Al evidenciar niveles de significancia menores a 0.05 se empleó la prueba no paramétrica Regresión logística

ordinal con el propósito de establecer la relación causal (Sagaró del Campo & Zamora Matamoros, 2020).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha logrado determinar y analizar que los recursos humanos contribuyen directamente en la cobertura del aseguramiento universal de salud (AUS), tal es así que encontramos que el 57.95% de trabajadores respondieron que el nivel de RHUS es regular; mientras que el 21.59% opinan que el nivel es malo (Tabla 2). Así mismo, el 64.77% de trabajadores encuestados creen que el nivel de cobertura del AUS es medio y el 18.18% indica que el nivel es alto (Tabla 3). El estudio también encuentra que, los recursos humanos contribuyen de manera significativa en la cobertura del AUS en un hospital público de Trujillo, en el año 2022; de acuerdo al ajuste del modelo de regresión logística que explica la incidencia de los recursos humanos; es decir, los RHUS contribuyen significativamente en la cobertura del AUS con un valor R^2 Nagelkerke del 0,978 y un nivel de confianza de $p=0,000 < 0.05$ (Tabla 4). Los resultados de la investigación cuantitativa, coinciden con las respuestas de los entrevistados (investigación cualitativa), quienes indican que los RHUS son importantes para el logro de la cobertura del AUS. Estos resultados concuerdan con lo manifestado por Ponce de León (2021) en su artículo publicado referente a las políticas públicas en nuestro país; quién indica que, el número o incremento de asegurados va acompañado de los escasos recursos humanos entre otros, lo que no permite una verdadera cobertura en la prestación de los servicios de salud a la población.

Lucio-García et al. (2018) indica también que, en la intensificación de las acciones de universalización de los servicios de salud, no se han tomado en cuenta entre otros la distribución de los recursos humanos; cuestionando si la aplicación de la cobertura al acceso implica mejorar la disponibilidad de estos recursos de acuerdo a las necesidades de las poblaciones, sugiriendo implementar políticas de recursos humanos para reducir la inequidad de ellos. Estudios como los de Ortega-Bolaños, (2016) y Nigenda et al., (2010) indican que la escasez de recursos humanos, no coadyuvan al logro de la cobertura de las prestaciones de salud; las cuales, son brindadas con inequidad y proponen que se debe asegurar una mejor disponibilidad en la distribución de los RHUS. Estos estudios no especifican los recursos humanos en hospitales públicos con una categorización de nivel III como es la institución donde se realizó la presente

investigación (R.M. N°546-2011/MINSA, 2011).

Según la (OPS-OMS, 2014) la cobertura del AUS es la capacidad de los servicios de salud para atender los requerimientos de la población en cuanto a la totalidad de sus recursos, entre los cuales se encuentran los recursos humanos; concepto que analizado con nuestro resultado indicaría que, no se está logrando la cobertura del AUS debido entre otros a la escasez de estos recursos, pues la escasez de ellos no permite el acceso sin restricciones a las prestaciones de salud en forma integral, de calidad, adecuada y oportuna. Con el presente estudio, podríamos manifestar también que la escasez o inequidad de distribución del recurso humano, no solo se encuentra en los establecimientos del 1er. nivel de atención (OPS-OMS, 2014) sino también en los del tercer nivel como es el caso del hospital público donde se realizó la investigación.

Los resultados mostrados concluyen en que los recursos humanos inciden significativamente en la cobertura del AUS; lo cual conlleva a mencionar a Abad Gómez (2007) quién manifiesta que la salud es un derecho básico; sin embargo, como él lo indica, en la sociedad capitalista la salud es una mercancía, puesto que quién cuenta con los recursos económicos paga por una mejor atención y quién no la tiene se contenta con el servicio que le brinda el Estado; la presente investigación se realizó en un hospital público de Trujillo, donde la mayor parte de los pacientes atendidos en el marco del AUS son asegurados por el SIS, limitando sus atenciones a esperas, demoras y a veces una atención de menor calidad, no demostrando igualdad en el AUS y sí una escasa atención personalizada.

Campos & Reich, (2019) manifiesta que, para calificar el avance de las políticas en el sistema de salud, podríamos determinarlo por el mejor estado de salud de las personas, con una mayor protección contra riesgos financieros en su atención y con la mayor satisfacción del paciente; a su vez, la satisfacción se reflejaría en la calidad, acceso y eficiencia a los servicios de salud. Nos indica también que entre las decisiones a tomar para la implementación de estas políticas está el número de personal, las estructuras organizacionales y las coordinaciones con las partes interesadas para que se puedan realizar.

Los resultados de la presente investigación no son ajenos a otros países donde según Mendieta Gonzáles & Jaramillo (2019), muchos son los países que dentro de sus políticas en pro de la salud han incorporado el AUS con el objetivo de alcanzar la

cobertura universal; sin embargo, el alcanzar la universalidad de la atención de salud no significa llegar a coberturarla con eficiencia, tal es el caso de Colombia quién con veinticinco años de creación de su sistema de aseguramiento se muestra como un sistema “universal pero ineficiente” por su mal funcionamiento, financiamiento, crisis y universalidad del sistema y la inequidad en las prestaciones de los servicios de salud. También indica que, en Colombia el contar con mayor número de asegurados no denota la buena atención en las entidades de salud (con calidad y con especialistas, lo que no está ajeno a los resultados obtenidos) concluyendo en que se puede determinar que no es lo mismo cobertura que accesibilidad, existen más personas afiliadas, pero con difícil acceso a la calidad de prestación de salud, algo que se demuestra con la presente investigación.

Con los resultados obtenidos, podemos manifestar que al no contar con los RHUS suficientes para brindar una cobertura en el AUS, se está contraviniendo con lo manifestado en nuestra Carta Magna (Art. 7° y 9°) donde coloca a la salud como el principal derecho de la persona, muy por encima de otros derechos; así mismo, no atiende las necesidades de accesibilidad de las personas a las prestaciones de salud de forma equitativa (Congreso Constituyente, 1993); además, no se cumple con el proceso de la Ley del AUS que indica el acceso al conjunto de prestaciones de salud de forma eficiente, con equidad, de forma oportuna, con calidad y dignidad (D.S. N°020-2014-SA, 2014).

La R.M. N°1357-2018-MINSA, (2018) es un documento técnico que concuerda con los resultados de esta investigación y muestra las condiciones de desigualdad de la oferta y demanda de los recursos humanos en salud (RHUS) lo cual no permite cumplir con los objetivos trazados para el año 2030 refiriéndose al acceso y cobertura universal de salud; este documento manifiesta que es necesario implementar políticas públicas específicas de RHUS y uno de sus objetivos es la disminución de la inequidad del RHUS, de tal manera que se pueda contar con número suficiente de estos recursos a nivel nacional y así también poder disminuir las brechas en los RHUS con una distribución equitativa, orientándolas a mejorar la densidad de estos recursos en concordancia con los estándares internacionales. Este documento también menciona que, en el año 2017 la mayor brecha de RHUS se encontraba en establecimientos del Ier nivel de atención, mientras que en el II° nivel de atención existe carencia de especialistas médicos

cirujanos y médicos especialistas; sin embargo, no mencionan brechas en centros hospitalarios categorizados con el IIIer. nivel de atención como es el caso del hospital donde se realizó la presente investigación.

Los resultados obtenidos, no concuerdan con lo enfocado en la Teoría de Maslow; es decir, no se cubre con la necesidad básica del segundo escalón de la pirámide que es la salud. Maslow considera a la salud como una necesidad de seguridad, la seguridad no solo implica el tratamiento sino también la prevención con el servicio y atención de profesionales (Castro-Molina, 2018). Con los resultados del presente estudio se muestra que, pese a la política del AUS y en el marco de ésta a la creación del SIS, a fin de brindar acceso a la salud a las personas de escasos recursos económicos y/o carentes de un seguro de atención de salud no se está cumpliendo con la cobertura de la atención de la misma, lo que discrepa con lo manifestado por la filosofía de Wolff, (2011) quién indica que las políticas públicas nacen a manera de satisfacer las necesidades de una sociedad tratando de mejorar la vida pública, generando acuerdos de forma análoga, algo que no se está dando según los resultados obtenidos.

TABLAS.

Tabla 1

Población Total de Trabajadores de Salud de un hospital público, Abril 2022

Cargo	N° Personal nombrado	%	Tamaño de muestra
MÉDICO	107	22.58	23
LIC. EN ENFERMERÍA	156	32.92	33
OBSTETRA	24	5.06	05
QUIMICO FARMACÉUTICO	7	1.48	01
TÉCNICO/A ENFERMERÍA	123	25.96	26
TOTAL	417	100.0	88

Nota: Datos extraídos del INFORHUS/MINSA, abril 2022, en un hospital público

En la Tabla 1, mostramos la distribución de la población del hospital público, el porcentaje de cada grupo de trabajadores de salud y la distribución de la muestra de acuerdo a los porcentajes del total de población.

Tabla 2*Nivel de Recursos Humanos en un hospital público de Trujillo, Año 2022.*

Niveles	Escala	Fi	hi%
Malo	20 a 54	19	21.59
Regular	55 a 67	51	57.95
Bueno	68 a 100	18	20.45
Total		88	100.00

Nota: Base de datos del cuestionario aplicado

En la Tabla 2, observamos que el 57.95% de los trabajadores de salud indican que el nivel de recursos humanos en un hospital público de Trujillo, Año 2022 es regular (representado por 51 trabajadores encuestados), mientras que el 21.59% manifiestan que el nivel de recursos humanos es malo (representado por 19 trabajadores) y solo el 20.45% de trabajadores opinan que el nivel de los recursos humanos es bueno (representa a 18 trabajadores).

Tabla 3*Nivel de Aseguramiento universal en salud en un hospital público de Trujillo, Año 2022.*

Niveles	Escala	fi	hi%
Bajo	20 a 54	15	17.05
Medio	55 a 67	57	64.77
Alto	68 a 100	16	18.18
Total		88	100.00

Nota: Base de datos del cuestionario aplicado

En la Tabla 3 observamos que, el 64.77% de los trabajadores de salud de un hospital público de Trujillo en el año 2022 cree que el nivel de cobertura del AUS es medio (representa a 57 trabajadores encuestados), mientras que el 18.18% indica que el nivel es alto (representado por 16 trabajadores) y el 17.05% manifiesta que el nivel del AUS es bajo (representado por 15 trabajadores).

Tabla 4

Ajuste del modelo de regresión logística que explica la incidencia de los recursos humanos en la cobertura del Aseguramiento Universal

Información de ajuste de los modelos					Pseudo R cuadrado
	Logaritmo de la				Cox y Snell
Modelo	verosimilitud -2	Chi-cuadrado	Gl	Sig.	,976
Sólo	455,452				Nagelkerke
intersección					,978
Final	128,071	327,381	23	,000	McFadden
Función de enlace: Logit.					,599

En la tabla 4, se observa que para el nivel de significancia de $p=0,000 < 0,05$, se admite que existe una relación causal entre *los recursos humanos y la cobertura del Aseguramiento Universal* en un hospital público de Trujillo. En cuanto a la pseudo R cuadrado se observa que el valor R^2 Nagelkerke es de 0,978 lo cual significa que el modelo se logra explicar en un 97,8%. En efecto para $\alpha = 5\%$, se acepta la H_a y se rechaza H_0 ; lo que implica que los recursos humanos contribuyen de manera significativa en la cobertura del aseguramiento universal en un hospital público de Trujillo en el año 2022.

CONCLUSIONES

1. Se logra determinar que, el 57,95% de trabajadores consideran que el nivel de RHUS es regular, 21,59% dice que es malo y 20,45% indica que es bueno.
2. El 64,77% de trabajadores indican que el nivel de cobertura del AUS es medio, 18,18% que es alto y 17,05% que es bajo.
3. Se logró determinar con un $\alpha = 5\%$, que los recursos humanos contribuyen de manera significativa en la cobertura del aseguramiento universal, con un R^2 Nagelkerke de 0,978. Cabe mencionar que los entrevistados, consideran que los recursos humanos no son suficientes para brindar una cobertura en el aseguramiento universal.
4. El estudio de los recursos humanos y la cobertura del AUS constituye un tema de trascendencia para mejorar la calidad de vida de la población en tal sentido, se convoca a los investigadores a continuar estudios sobre la temática de

implementación de los recursos, dado que contribuye al desarrollo socio económico de la población.

5. Concluimos que previo a la implementación de políticas, como es el caso del Aseguramiento Universal en Salud, deben realizarse estudios de capacidad en los diversos recursos (humanos, infraestructura, equipamiento, etc.) a fin de cumplir con los objetivos de las políticas públicas no solo en número sino también en calidad, de tal forma que cumplan con la finalidad de las políticas públicas (cubrir las necesidades del ciudadano).

LISTA DE REFERENCIAS

- Abad Gómez, H. (2007). Filosofía de la salud pública.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12025203>
- Arias Gonzáles, J. L. (2020). Técnicas e instrumentos de investigación científica.
www.cienciaysociedad.org
- Campos, P. A., & Reich, M. R. (2019). Political Analysis for Health Policy Implementation. *Health Systems and Reform*, 5(3), 224–235.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1625251>
- Carhuancho Mendoza, I. M., Nolzco Labajos, F. A., Sicheri Monteverde, L., Guerrero Bejarano, M. A., & Casana Jara, K. M. (2019). Metodología para la investigación holística. Universidad Internacional del Ecuador, Guayaquil.
<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/3893/3/Metodolog%C3%ADa%20para%20la%20investigaci%C3%B3n%20hol%C3%ADstica.pdf>
- Castro-Molina, F. J. (2018). Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de Los Cuidados*, 22(52), 102–108.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.09>
- CONCYTEC. (2022). Directiva N°001-2022-CONCYTEC-P, “Uso de la metodología Nivel de Madurez Tecnológica (TRL).”
- Congreso Constituyente. (1993). Constitución Política del Perú.
https://www.oas.org/juridico/spanish/per_res17.pdf
- D.Leg. N°1153, Normas Legales Diario “El Peruano” 502666 (2013).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/268764/239868_DL1153_2013.pdf20190110-18386-dg5y3v.pdf?v=1611942994

Contraloría General de la República. (2018). Operativo de Control “Por una salud de calidad.”

https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf

Contraloría General de la República. (2019). Operativo de control simultáneo a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención - “Por una salud de calidad 2019” - “A la gestión sanitaria y atención de emergencias en los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención.” <https://apps5.contraloria.gob.pe/sroc/doc/historicos/informe/2019-08.pdf>

de Habich, M. (2019). Leadership Politics and the Evolution of the Universal Health Insurance Reform in Peru. *Health Systems and Reform*, 5(3), 244–249. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1635415>

Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.

Lucio-Garcia, C. A., Recaman, A. L., & Arredondo, A. (2018). Evidencias sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud. *Horizonte Sanitario*, 17(1), 77–82. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n1/2007-7459-hs-17-01-00077.pdf>

Luis López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 09(08), 69–74. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>

Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>

Mendieta Gonzáles, D., & Jaramillo, C. E. (2019). El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: A propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 29. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.1390>

Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougenot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & del Carmen Sara, J. C. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: El caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Revista*

- Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36(2), 196–206.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>
- R.M. N° 751-2004/MINSA, Pub. L. No. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud, Normas Legales “El Peruano” (2004).
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417278/-317076566557805742420191106-32001-ccqwcq.pdf>
- MINSA. (2011). Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
<http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge>
- R.M. N°546-2011/MINSA, (2011). <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge>
- D.S. N°020-2014-SA, Normas Legales “El Peruano” (2014).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/200456/197192_Decreto_Supremo_N_C2_B0020-2014-SA.PDF20180926-32492-1ikk432.PDF
- R.M. N°437-2014/MINSA, Guía técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención 1 (2014).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389500/Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica_para_la_metodolog%C3%ADa_de_estimaci%C3%B3n_de_las_brechas_de_recursos_humanos_en_salud_para_los_servicios_asistenciales_del_segundo_y_tercer_nivel_de_atenci%C3%B3n20191015-26158-19t5yb4.pdf
- R.M. N°1357-2018-MINSA, Documento Técnico: Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018 - 2030 (2018).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/264146/RM_N__1357-2018-MINSA.PDF
- MINSA/SIS. (2021, January 17). Estadística de asegurados, atenciones y atendidos al 31 de diciembre del 2020.
- MINSA/SIS. (2022). Convenio entre el Seguro Integral de Salud - SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL y el Gobierno Regional de La Libertad para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados. In Página web SIS/MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/regionlalibertad/informes-publicaciones/2877776-convenio-entre-el-seguro-integral-de-salud-sis-fondo->

intangible-solidario-de-salud-fiscal-y-el-gobierno-regional-de-la-libertad-para-el-financiamiento-de-las-prestaciones-brindadas-a-sus-asegurados

Moquillas Alcántara, V. H. (2017). Prueba piloto (Prueba de Stanones). Youtube.

Murillo Peña, J. P., Mendoza Arana, P. J., Rojas Mezarina, L. R., Huamán Angulo, L. A., Peralta Quispe, F., Riega López, P. A., Chilca Alva, M. L., Silva Valencia, J., Ugarte Taboada, C. M. T., Loayza Altamirano, J. C., Pérez Lázaro, W., Moscoso Porras, M., Cabana Peceros, A., & Escobar Agreda, S. A. (2021). Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril - agosto 2020. *Anales de La Facultad de Medicina*, 82(1), 11. <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.20822>

Nigenda, G., Ruiz, J. A., González-Robledo, L. M., Wirtz, V., González-Robledo, M. C., Aguilar, M. E., & Bejarano, R. (2010). Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud Bases para su planeación estratégica: Vol. Primera Edición. <https://www.observatoriorh.org/es/formacion-empleo-y-regulacion-de-los-recursos-humanos-para-la-salud-bases-para-su-planeacion>

OPS-OMS. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. In OPS - OMS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Ortega-Bolaños, J. (2016). La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia 1990-2015. *Hacia La Promoción de La Salud*, 0121-7577(2462-8425), 37-51. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.4>

Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19. *Políticas y Debates Públicos*, 2, 1-8. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>

Ponce Varillas, T. I. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(2), 218-223. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>

Posada Hernández, G. Jaime. (2016). Elementos básicos de estadística descriptiva para el análisis de datos (Fondo Editorial Luis Amigó, Ed.). https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/120_Ebook-elementos_basicos.pdf

- Romero-Saldaña, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería Del Trabajo*, 6(3), 105–114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043>
- Sagaró del Campo, N. M., & Zamora Matamoros, L. (2020). Técnicas estadísticas para identificar posibles relaciones bivariadas. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v19n2/1726-6718-scar-19-02-e603.pdf>
- Santana Leitner, A. (2018). *Análisis cuantitativo : Técnicas para describir y explicar en Ciencias Sociales* (Editorial UOC, Ed.; Primera).
- Wolff, J. (2011). La filosofía y las políticas públicas: una introducción. In *Ethics and Public Policy: A Philosophical Inquiry* (pp. 17–28). www.lastorresdelucca.org
- Zoio Portela, G., Cavada Fehn, A., Sarmiento Ungerer, R. L., & Dal Poz, M. R. (2017). Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2237–2246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>