




**FACTORES ASOCIADOS A LA BRECHA DE RECURSOS HUMANOS Y  
ESTRATEGIAS DE CIERRE DE BRECHAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO  
PNP LUIS N. SÁENZ**

**Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para optar  
el grado de Magister en Gerencia en Servicios de Salud por:**

Natalie Leonor Córdova Villafuerte 

Lyz Nirian Laguna Gallegos 

Yvette Sarella Nolte Pardo Figueroa 

Juan Agen Wong Pacheco 

**Programa de la Maestría en Gerencia en Servicios de Salud**

Lima, 26 de mayo del 2022

Esta tesis

**FACTORES ASOCIADOS A LA BRECHA DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRATEGIAS  
DE CIERRE DE BRECHAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO PNP LUIS N. SÁENZ**

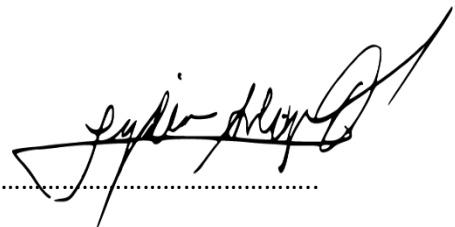
ha sido aprobada.



.....  
Cesar Neves (Jurado)



.....  
Joana Franco (Jurado)



.....  
Lydia Arbaiza (Asesor)

## **Agradecimientos**

A mis hijos, mi esposo y mi familia que son el soporte y motivo para continuar mejorando día tras día. A mis compañeros de trabajo que apoyan en el éxito de la gestión y logros de nuestro departamento. A nuestra Sanidad Policial y la Universidad ESAN por encaminarnos en la misión de mejorar y destacar a nuestra Institución.

Natalie Leonor Córdova Villafuerte

A Dios, a Mis Padres Alberto y Edith, a mi hijo Marcus y a la Noble Institución Policial, por ser pilares fundamentales en la guía, motivación y oportunidad, que me permite aportar conocimientos y alcanzar objetivos en bien de la vocación de servicio que conlleva la carrera médica.

Lyz Nirian Laguna Gallegos

A Dios por siempre guiar mi camino. A mi madre Ninfa por siempre apoyarme en cada paso hacia mi formación profesional, por tener confianza en mí, y ser motivación para salir adelante y seguir creciendo como persona. A mis hijos, porque con sólo su existencia, son un motivo constante de superación y crecimiento, gracias por entender mi trabajo, mi falta de tiempo, y gracias por siempre recibirme con amor al llegar a casa.

Yvette Sarella Nolte Pardo Figueroa

A mi familia, por su incansable aliento y apoyo a lo largo de este camino. Gracias a nuestra Sanidad Policial por haber confiado en nosotros para guiarla en el proceso de cambio y fortalecerla, buscando hacer de ella una institución modelo en todos sus procesos y logros. Gracias a la Universidad ESAN por cambiarnos la vida y tener una visión muy amplia de nuestro compromiso como gestores de salud en beneficio de nuestra población policial y derechohabientes.

Juan Agen Wong Pacheco

## Índice de contenido

1. Introducción: .....	8
1.1. Planteamiento del Problema .....	8
1.2. Objetivos .....	9
1.3. Justificación.....	10
1.4. Alcance .....	11
1.5. Contribución .....	11
2. Marco Conceptual.....	12
2.1. Recursos humanos en salud.....	12
2.2. Brecha de recursos humanos en salud .....	15
2.3. Estrategias de cierre de brechas de recursos humanos en salud.....	18
3. Marco Contextual.....	37
4. Metodología de Investigación .....	55
4.1. Diseño de Investigación: .....	55
4.2. Muestras: .....	55
4.3. Instrumentos de Medición: .....	55
4.4. Técnicas y Procedimientos: .....	56
5. Análisis de Resultados.....	59
5.2.Resultados Cualitativos.....	59
5.3.Resultados Cuantitativos.....	61
6. Plan de Acción (Aplicación) .....	65
7. Discusión .....	67
7.1.Implicancias .....	67
7.2.Limitaciones .....	68
7.3.Agenda Futura .....	69
8. Conclusiones y Recomendaciones .....	77
9. Referencias.....	81
10. Anexos.....	85

## Índice de tablas

	Nº de página
TABLA 01: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	126
TABLA 02: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN MATERNO INFANTIL.....	128
TABLA 03: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN DE CIRUGÍA.....	129
TABLA 04: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS.....	131
TABLA 05: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO.....	131
TABLA 06: TABLA RESUMEN DE ESTIMACIÓN DE BRECHA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y SUB ESPECIALISTAS EN LAS CINCO DIVISIONES MÉDICA- QUIRÚRGICAS DEL CH PNP LNS .....	132

## Índice de gráficos

	Nº de página
Gráfico 1. Espina de Ishikawa: Factores asociados a la brecha de Recursos Humanos en el CH PNP LNS.....	60
Gráfico 2. Causas de deserción de RHUS en el CHPNPLNS.....	61
Gráfico 3. Aspectos atractivos para la captación de RHUS en el CHPNPLNS.....	62
Gráfico 4. Estímulos para la captación de profesionales médicos especialistas para la asimilación.....	63
Gráfico 5. Variables para el cálculo de brecha de RHUS en el CHPNPLNS .....	63
Gráfico 6. Mejoras laborales para los RHUS en el CHPNPLNS .....	64

## RESUMEN

La nueva infraestructura del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz generará un incremento de brecha de Recursos Humanos en Salud (RHUS), que ha llevado a plantear diferentes estrategias de cierre de brechas y análisis de requerimientos de profesionales en salud. Esta tesis tiene como objetivos identificar la brecha de RHUS, identificar y analizar los factores asociados a la brecha y plantear estrategias con miras a cerrar la brecha; mediante la recopilación de experiencias regionales y globales, recolección de datos de las diferentes áreas y un instrumento que consistió en una entrevista a 14 jefes de diferentes áreas. Esta investigación determinó que, con la apertura de los nuevos ambientes, la brecha de médicos ascenderá a 382. La División de Cirugía es la más comprometida, con una brecha de 113 médicos. Los factores económicos (80%), repercuten tanto en la baja captación, como en la deserción del personal. Asimismo, la principal fuente de dotación de RHUS es el resindentado médico (66.7%) y el principal atractivo es la estabilidad laboral (73.3%). Finalmente, recomienda implementar estrategias para lograr atraer y retener al personal, principalmente con un aumento del salario e incentivos económicos, así como, aumentar las vacantes para la asimilación de profesionales y técnicos.

Palabras claves: Brecha, Recursos Humanos, cierre de brecha

## **1. Introducción:**

### **1.1. Planteamiento del Problema**

La Gestión de Recursos Humanos (RRHH) involucra una serie de conceptos relacionados con los procesos por los cuales las organizaciones planifican, organizan, dirigen y controlan los aspectos relacionados con las personas que conforman la organización.

Esta gestión involucra áreas como las competencias, análisis de puesto de trabajo, reclutamiento, selección, evaluación y mejoramiento de desempeño, capacitación y desarrollo de carrera, planes de sucesión, el sistema de compensaciones, entre otros. Siendo todo un reto en las organizaciones, considerar estos aspectos; para garantizar un buen nivel de competitividad y motivación en sus colaboradores.

El sistema de salud, no es ajeno a este acápite y uno de los procesos a tomar en cuenta es la dotación de personal en las diferentes áreas asistenciales y administrativas de los establecimientos de salud.

Los Recursos Humanos en Salud (RHUS) son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el conjunto de personas de distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población. Bajo ese concepto, y en el marco de lo que se busca a nivel mundial desde el 2015 con la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, se ha reconocido que son el componente fundamental para garantizar una atención de calidad a la población, lo que demanda mayor inversión en reclutamiento, contratación, perfeccionamiento, capacitación y retención del personal de salud en los países en desarrollo, estableciendo como indicador la densidad y distribución del personal sanitario.

A nivel regional existe una imperiosa necesidad de fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud, tal como lo



establece la Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA2030), con RHUS competentes que apoyen el abordaje integral de la salud, a través de la consolidación de la gobernanza y el liderazgo, el desarrollo de condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud; y la conformación de alianzas con el sector educación para regular la formación en el ámbito de la salud a fin de responder a las necesidades de la población de manera integrada, continua, oportuna, accesible y de calidad.

En la Policía Nacional del Perú, institución bandera del país, que, a pesar de ser prioritario su buen manejo de parte del Estado, por constituir su brazo derecho en la lucha y el mantenimiento de la Seguridad ciudadana y orden interno, no ha sido ajena a la brecha en Recursos Humanos en Salud que se experimenta a nivel Nacional, lo que ha llevado a años de déficit de ingreso de personal sanitario a la institución, que ha determinado disminución de calidad, inequidad en Servicios, e insatisfacción del usuario interno y externo de la institución. Adicionalmente, el inicio de las atenciones en la nueva infraestructura edificada en los límites del Complejo Hospitalario, duplicará la oferta en los Servicios de Consultorio Externo, Áreas Críticas y Quirúrgicas, incrementando la brecha de recursos humanos existente.

Según la información recopilada en la Oficina de Recursos Humanos del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, en la actualidad, se cuenta con 231 médicos; 430 enfermeros; 38 obstetras; 16 Odontólogos; los cuales se encuentran distribuidos en las diferentes divisiones.

## **1.2. Objetivos**

Objetivo General:

Identificar los factores asociados a la brecha de Recursos Humanos en el **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz** y desarrollar estrategias

de cierre de brechas, en busca de mejorar el acceso, equidad y calidad de atención de los beneficiarios de SALUDPOL.

#### Objetivos Específicos

- a. Calcular las brechas de recursos humanos existentes en el **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**.
- b. Analizar los factores asociados a las brechas de recursos humanos existentes en el **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**.
- c. Determinar estrategias de dotación de Recursos Humanos para el cierre de brecha en el **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**.

### 1.3. Justificación

Los recursos humanos de una institución, representa el pilar más importante para el funcionamiento de la misma; las brechas existentes, la dotación inadecuada y la migración de los mismos generan retardo en el crecimiento de las empresas y deterioro en la calidad de atención, con indicadores de satisfacción por debajo del estándar.

En el campo de los recursos humanos en salud, su desarrollo significa tener el personal de salud en número adecuado con las competencias técnicas necesarias para resolver los problemas de salud con calidad y adecuadamente distribuidos geográficamente de acuerdo a las necesidades socio-sanitarias.

Por tal motivo, el presente estudio pretende calcular la necesidad cuantitativa, la disponibilidad y por diferencia de ambos la brecha del recurso humano en salud en el **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**, así como analizar su política remunerativa y las migraciones del personal, resultan indispensables para corregir los errores más comunes al respecto, que conllevan a sobrecarga de trabajo a los

colaboradores que se evidencian en servicios con bajos estándares de calidad y seguridad.

El acortamiento de las brechas de RRHH existentes, permitiría brindar un servicio de alta calidad y con miras a la Acreditación Nacional e internacional.

#### **1.4. Alcance**

El presente trabajo de investigación, tiene alcance a todo el personal de salud del **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**.

#### **1.5. Contribución**

Lo descrito en el presente trabajo de investigación, debe ser considerado de interés Institucional, en la medida que, contribuirá en la toma de decisiones para garantizar la adecuada dotación de recursos humanos en salud del **Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz**, lo que permitirá la reducción de la brecha existente y con ello, la mejora de la calidad de atención en el establecimiento de salud y la satisfacción de los usuarios internos y externos.

## 2. Marco Conceptual

### 2.1. Recursos humanos en salud

Según la definición del Ministerio de Salud (MINSA 2005), los recursos humanos en salud (RHUS) son aquellas “personas que en el sistema de salud realizan acciones para el logro de resultados en el campo de la salud, ya sea en bienes o servicios”, quienes “cuentan con conocimientos, valores, habilidades y experiencia para desarrollar sus acciones” (p. 36). En ese sentido, un nuevo enfoque implica considerar a las personas como el recurso que sustenta todo el sistema de salud, quienes “definen los servicios que serán producidos, cuándo y dónde y en qué cantidad serán consumidos, y en consecuencia cuál es el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas” (p. 36); en el quehacer de la salud, cumplen un doble papel al ser factores estructurales y productivos, quienes articulan los otros factores de producción para generar los servicios de salud, “constituyéndose en el recurso de mayor concurrencia, más dinámico, creativo e innovador, que piensa, que decide, que apoya o deja de apoyar, que aprende, que cambia o puede cambiar” (p. 37).

El desarrollo de RHUS es una parte fundamental en la estrategia de salud pública, así como para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020) señala que aunque exista rectoría de autoridades ejecutivas en salud, se requiere responsabilidades diversas con objetivos e intereses específicos y aclara que los recursos humanos incluye:

“la ejecución de políticas, reglamentos e intervenciones relacionados con la capacitación, el empleo y las condiciones de trabajo, la movilidad interna y externa, y la reglamentación de la educación y la práctica profesional, así como la distribución de los recursos humanos para la salud pública” (p. 59).

Los RHUS en una red de salud refiere a quienes brindan el servicio de salud y comprenden los grupos ocupaciones de médicos, cirujanos, enfermeros, dentistas, obstetras, psicólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, químicos farmacéuticos, biólogos y técnicos asistenciales (García, 2014, p. 20). A ellos, podríamos agregar a que el estado de la situación de los recursos se debe a diferentes procesos políticos y laborales, donde intervienen diferentes actores. En el caso peruano, podemos dividirlos, según el MINSa (2005, p. 25) en:

- a) Actores gubernamentales: MINSa - IDREH, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo.
- b) Actores prestadores de servicios (y empleadores centrales): los servicios del Ministerio de Salud y de ESSALUD, principalmente.
- c) Actores formadores: las facultades y escuelas de ciencias de la Salud y las tres entidades nacionales con mayor actividad: la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), Asociación Peruana de Facultades de Enfermería (ASPEFEEN) y Asociación Peruana de Facultades de Obstetras (ASPEFOBTS).
- d) Actores corporativos y gremiales: colegios profesionales y gremios, principalmente las organizaciones de médicos (Colegio Médico del Perú y Federación Médica Peruana), de enfermeras (Colegio de Enfermeros del Perú y Federación de Enfermeros del Perú) y de obstetras (Colegio de Obstetras del Perú).

Los RHUS se encuentran dentro de un conjunto de políticas y programas que se elaboran y aplican según las características propias de cada país. En ese sentido, se entiende por política de RHUS:

al planteamiento estratégico que el Ministerio de Salud Pública de cada país realiza en torno al tipo (perfil del recurso humano que el país requiere de acuerdo a las necesidades de la población proveniente del perfil epidemiológico de la población atendida, al modelo de atención y a las características de su sistema de salud, al número a su distribución

(equitativa), al desarrollo del talento humano (educación permanente), a la gestión de su trabajo (organización y clima laboral) a sus condiciones de trabajo (aplicación de la legislación laboral y la garantía del empleo digno, a su promoción, desarrollo y escalonamiento (existencia de carrera sanitaria) y a sus incentivos . Esta política emitida por la autoridad sanitaria debe regir para todo el sector salud (Cañizares y García, 2015, 18).

El MINSA (2005) nos recuerda además que el campo de RHUS es muy amplio y complejo, y comprende “las esferas de la educación, el trabajo, la profesionalización y los mercados laborales, todos ellos con intervención de múltiples actores” (p. 33). Coincide con la ampliación de la definición si se estima a quienes, además de los profesionales en las distintas disciplinas en salud, ejercen funciones sanitarias, sobre todo en países donde es muy escasa la producción de profesionales en salud. La Joint Learning Initiative (2004) y Chen et al (2004) estiman que por cada médico o enfermero calificado “formalmente”, existen tres o más trabajadores de la salud no contabilizados, que incluye a trabajadores “invisibles” a nivel familiar, curanderos tradicionales y una variedad de trabajadores comunitarios sin calificación profesional (o también llamados “trabajadores en las fronteras”). El desafío es identificar quiénes cumplen un rol en la red de la salud pública e incluirlos en las políticas destinadas a la salud.

La JLI (2004) resalta cinco razones sobre la importancia de los RHUS que justifican prestarles principal atención (p. 21-23):

- a) La historia muestra su rol esencial: los siglos pasados, la humanidad fue testigo de que la organización de los trabajadores de la salud logró el control de diversas enfermedades y el aumento de la esperanza de vida a nivel global.
- b) Encabezan el rendimiento: son el frente de los sistemas de salud curativos y preventivos. Los trabajadores de la salud se caracterizan por su compromiso con el servicio social, lo que puede

aprovecharse para alcanzar mejores resultados. Son quienes se comunican directamente con las comunidades y por tanto tienen el potencial para liderar las transformaciones en salud, por lo que se les debe pensar como socios en la prestación de salud.

- c) Gestionan los demás recursos sanitarios: Financiamiento, tecnología, información, infraestructura son gestionados y sincronizados por el personal de salud. Descuidar a los trabajadores es desperdiciar todos los demás recursos.
- d) Comandan gran parte del presupuesto de salud: En muchos países, a pesar de significar más del 70% del presupuesto en salud, son recursos poco planificados de manera estratégica.
- e) Contribuyen al progreso (o lo limitan): los trabajadores de la salud se encuentran entre los principales actores para lograr los objetivos ODM. Varios de los avances de siglos pasados se lograron con la movilización de trabajadores de la salud. Una gestión estratégica puede acelerar el progreso de las poblaciones.

## **2.2. Brecha de recursos humanos en salud**

Según la “Guía técnica” elaborada por personal del MINSA (León, 2014), la brecha de RHUS es una metodología que tiene como finalidad “Promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales” (p. 13). Y consta de tres pasos:

1. *Necesidad de Recursos Humanos*, el cual tiene como objetivo determinar los RHUS “necesarios para la demanda efectiva de las prestaciones de salud y/o que posibilite el funcionamiento de la oferta de los servicios asistenciales” (p. 16).
2. *Disponibilidad de Recursos Humanos*, el cual tiene como finalidad “obtener la información exacta de los RHUS que están laborando en el establecimiento de salud del cual se estimará la brecha” (p. 15)

3. *Brecha de Recursos Humanos*, el paso final del proceso, definido como “el resultante de la diferencia entre la necesidad estimada y la disponibilidad actual de RHUS” (p. 14)

El documento “Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” señala en su análisis situacional, los retos identificados que constituyen y generan importantes brechas de recursos humanos y que impiden una correcta toma de decisiones. Señala que varios de los retos están vinculados a la fragmentación de marcos legislativos (en temas de salud, educación, trabajo, finanzas que deberían coordinar políticas) que limitan las posibilidades de cooperación intersectorial y la optimización de la atención. Además del insuficiente financiamiento, la ausencia de información y metodologías para el monitoreo, la mala calidad en la formación de programas de profesionales de la salud y una oferta de recursos humanos que no está en armonía con las necesidades reales (sobre todo con la atención primaria, zonas remotas y poblaciones subatendidas) que tiene una explicación en la persistencia de diferencias en las remuneraciones que perciben médicos y no médicos, por especialidad y en los distintos niveles de atención (OPS, 2017, 4-5). Por lo tanto, y tal como lo corrobora la evidencia internacional, la brecha de RHUS es un concepto que sobrepasa a las políticas de salud y que requiere políticas de educación, desarrollo regional y económico. Es un concepto marcado por la influencia y dependencia con otros sectores, la competencia por personal calificado entre sector público y privado, que complejizan resolver problemas de una equitativa distribución territorial (Cazas, 2018, p. 30).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020) identifica que persisten inequidades en el acceso, falta de disponibilidad de atención y mala distribución de RHUS; los cuales varían entre países, entre regiones dentro del país, entre los niveles diferentes niveles de atención, entre sector público o privado, y entre áreas rurales y urbanas. Todo lo cual se acentúa con las malas tasas de retención de



personal, la emigración de profesionales y las precarias condiciones laborales. Especialmente, se observa un excesivo énfasis en el tercer nivel de atención, en desmedro de los primeros niveles (p. 59).

Hongoro y McPake (2004) analizaron la situación de países de África Subsahariana y estimaron que los problemas son la poca disponibilidad de trabajadores para cubrir servicios básicos, la escasez es de 720 mil médicos y 670 mil enfermeras aproximadamente, los estándares poco realistas de las especialidades y habilidades que se piden y la baja tasa de producción de trabajadores. Pérdidas por muerte, desgaste o emigración. Entre los hallazgos, establecieron que los factores que causan el empeoramiento de la situación en estos países son la epidemia VIH/SIDA que mata a una importante tasa de enfermeras y médicos además de que es empuje de emigración y ausentismo; la realidad de que dos tercios de los países África Subsahariana tienen solo una o ninguna facultad de medicina; y a que la capacitación se concentra sobre trabajadores ya calificados y con probabilidad de emigrar y no en desarrollar nuevos valores (p. 1452).

Ottar Mæstad (2006) elabora un análisis de los recursos humanos para la salud en Tanzania señalando los retos, las opciones políticas y las brechas de conocimiento. Los resultados que encuentra en Tanzania son un buen observatorio de las brechas existentes en países empobrecidos o no desarrollados. Describe las brechas en recursos humanos como una amenaza para la prestación eficaz de servicios de salud que tiene razones múltiples. Las brechas son:

- a) *Escasez de personal de salud*: No hay suficientes profesionales para cubrir necesidades básicas. Tanzania tiene una tasa de 0,02 médicos o especialistas en salud por cada 1000 personas, la cobertura más baja del mundo, un país donde la tendencia de la proporción de médicos respecto a la población disminuye (pp. 2-5).
- b) *Desequilibrios geográficos*: Existen diferencias significativas en la distribución de personal de salud per capita por regiones (pp. 5-6).

- c) *Baja productividad y bajo rendimiento*: los trabajadores de salud dedican parte importante del tiempo de servicio a otras actividades no productivas como tiempo de espera, ausentismo, descansos o actividades sociales. A eso se suma los bajos rendimientos, errores de diagnóstico o maltratos a los pacientes, que, en Tanzania, tienen tasas muy altas. Existen factores explicativos como la existencia de muchos trabajadores que no terminaron la educación formal, la baja satisfacción y motivación laboral y el aumento de pacientes de VIH/SIDA (pp. 6-8).

### **2.3. Estrategias de cierre de brechas de recursos humanos en salud**

Ha sido la conclusión de muchas investigaciones especializadas que debe mejorarse mucho la gestión de los RHUS en todo el sector público en general que repercuten en el sector salud. La “Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” es un documento elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se elaboran recomendaciones para recortar las brechas de RHUS que deberían servir de guía a los Estados para elaborar políticas y planes. El principio del documento y de elaborar estrategias de cierre de brechas, es el derecho al goce de salud y el rol central de los RHUS para superar las barreras (OPS, 2017). Por su parte, la OPS (2020) en otro documento concluye que una correcta estrategia de recursos humanos debe garantizar una adecuada distribución geográfica, inventivos de formación y desarrollo profesional, motivación para el ejercicio profesional, incluir nuevos perfiles, incorporar la perspectiva de género, fortalecer la comunicación de experiencias institucionales diversas, conformar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención y apostar por recursos humanos para la salud acordes a las necesidades específicas de cada comunidad (pp. 8-9).

Después de su análisis de la situación global, la JLI (2004) planteó “workforce strategies” (p. 4) para mejorar los desempeños de los sistemas de salud:

- a) Acción comunitaria: Centro de toda estrategia. Se debe promover la participación de la comunidad en los distintos niveles del sistema de salud, pues muchas veces son parte significativa en la vida de la comunidad y son la primera línea de atención o quienes hacen un nexo con los trabajadores profesionales. Acá se incluye a los familiares cuidadores, personas con conocimientos básicos de salud o de medicina tradicional, o líderes comunitarios, quienes constituyen los “trabajadores en las fronteras” (workers at the frontiers) entre la comunidad y lo tradicional y el personal sanitario y el sistema de salud. También incluye a trabajadores comunitarios (pp. 41-58).
- b) Liderazgo y estrategias de cada país: Los gobiernos establecen políticas, financian, dirigen el sector público y regulan las prácticas privadas. Las soluciones deben diseñarse en base a los desafíos de cada país y su contexto particular. La estrategia debe implicar cinco dimensiones: involucrar a las partes interesadas, planificar los recursos humanos, gestión del desempeño, políticas para desarrollar las capacidades y monitoreo de resultados. Los trabajadores de la salud deben ir al centro, pero en colaboración con otros sectores como finanzas, educación, organismos no gubernamentales, etc. Se debe lograr tres objetivos (pp. 65-89):
- i. Cobertura: una adecuada combinación entre especialidades y alcance a personas vulnerables.
  - ii. Estrategias motivación: enfocados a un buen ambiente laboral, remuneración, desarrollo profesional, etc.
  - iii. Competencias: mejora de la educación para desarrollar actitudes y habilidades para condicionar el aprendizaje continuo y cultivar la innovación, el liderazgo y el espíritu empresarial.
- c) Responsabilidad global: la responsabilidad debe ser compartida porque no existen países islas en el desarrollo de la fuerza laboral en salud. Los éxitos de las estrategias dependen del esfuerzo internacional. Especial atención debe tomarse del flujo migratorio de personal especializado en salud, lo que puede generar muchas

desventajas en un mundo que busca proteger la salud como derecho humano. Debe invertirse en retener al personal sanitario y en acelerar un “flujo inverso” de profesionales a los países más deficitarios. Muchos de los avances en salud se deben a la difusión del conocimiento, sin embargo, los estudios sobre la fuerza laboral son escasos (pp. 101-132). Por eso, sugieren que: “Strategies must focus on bridging the knowledge-action gap, promoting the sharing of information, and strengthening the knowledge base. Especially important is inculcating a culture of research and promoting the diffusion of innovation among all countries” (JLI, 2004, 6).

Campbell et al (2013) analizaron las políticas de salud y RHUS de cuatro países (Brasil, Ghana, México y Tailandia) en las décadas de 1900 y 2000, y que tuvieron resultados positivos en diversos aspectos. El estudio se basa en el análisis de cuatro ejes: availability (disponibilidad), accessibility (accesibilidad), acceptability (aceptabilidad) y Quality (calidad). En su discusión, afirma que la primera tarea es capacitar a más cantidad de personas, dado que existe escasez de profesionales en salud. Sin embargo, además del aumento de la oferta de trabajadores, se requiere tomar decisiones informadas sobre los contenidos de la formación, selección, ubicación, desarrollo de habilidades apropiadas, conformación de equipos, priorizar una gestión local eficaz, un entorno propicio respaldado en políticas de RHUS, etc. Existe el riesgo de que los desafíos estructurales pasen a un segundo plano frente a programas de “triumfos inmediatos”, un riesgo en la gobernanza global de la salud: “There are no effective shortcuts for decision-makers: without adequate policies and funding to achieve a skilled and motivated workforce, other investments in the health system will not yield the expected returns or may even be wasted” (p. 860).

Mæstad (2006) nos recuerda que es necesario tener claro que algunas políticas impactan a más de un número de objetivos de las estrategias para la cierre de brechas. Por ejemplo, la mejora de las condiciones

laborales y ambientales puede repercutir a su vez, en un mejor desempeño, a reducir la deserción y a atraer a trabajadores inactivos, al mismo tiempo. Por ello, clasifica las intervenciones en cuatro (p. 29):

1. Organización, dirección y control de los recursos humanos, sus dinámicas, procedimientos, formación educativa, etc.
2. Nivelar y mezclar las habilidades: desarrollo de planes de estudios, incentivos para una educación continua, unificar criterios para la selección de trabajadores, equipos con competencias complementarias, etc.
3. Salarios, recompensas e incentivos: niveles de salario según productividad, incentivos individuales y de equipos, desincentivo de la emigración, mecanismos de recompensa, etc.
4. Condiciones laborales: equipamiento, infraestructura, transporte, jornada laboral, vivienda, entorno psicosocial, etc.

En opinión de la JLI (2004), todas las agencias e instituciones deben dirigir sus esfuerzos en una agenda de tres partes: sanitarias en países en crisis y crear una base de conocimiento para todos.

- a) Fortalecimiento sostenible de los sistemas de salud: cada país debe elaborar un plan nacional de fuerza de trabajo necesario, diseñado para abordar sus particulares necesidades en salud. De esa forma, guiar la inversión en recursos humanos como componente central del fortalecimiento del sistema de salud (pp. 134-137).
- b) Movilización para combatir las emergencias sanitarias: sobre todo hacia países gravemente afectados por el VIH/SIDA y países con déficit de trabajadores, como en la África Subsahariana. Este requiere: reunir a nivel nacional, regional y mundial los conocimientos técnicos sobre recursos humanos para la salud e iniciar programas y redes que puedan difundir las prácticas más exitosas y brindar apoyo técnico, y crear una política macroeconómica de financiación y apoyo para problemas prioritarios (pp. 137-138).

- c) Construir una base de conocimiento: las acciones eficaces requieren información sólida, análisis confiables y una base de conocimientos científicos y datos. Específicamente, se requiere consolidar datos e iniciar investigaciones sobre recursos humanos para la salud, para planificar mejor las políticas. Así mismo, se requiere investigación sobre normas y estándares de las prácticas médicas (pp. 138-139).

Finalmente, la Organización Andina de la Salud (ORAS) elaboró 13 metas en torno a cuatro ejes específicos: “Fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria”, “desarrollo de capacidades para sistema de salud basados en la atención primaria de salud, atención integral (APS), salud familiar e interculturalidad”, “Desarrollo del trabajo decente y competencias para la gestión del trabajo en salud” y “Desarrollo de una inteligencia colectiva en recursos humanos” (Cañizares y García, 2015). Las metas e indicadores a medir se describirán a detalle en el desagregado de los tipos de estrategias.

A continuación, mostramos estrategias y políticas recomendadas por los entes rectores de la salud mundial o aquellas aplicadas en determinadas regiones y recopiladas en estudios.

### **2.3.1. Estrategias de fortalecimiento de la gobernanza**

Estrategias y recomendaciones que tienen como fin mejorar la administración de los RHUS, los liderazgos, las alianzas estratégicas, la distribución, y que tienen el potencial de mejorar la eficiencia, la productividad y la mejora de los ambientes laborales, que afectan directamente el suministro, la retención y el desempeño de los RHUS.

La primera línea estratégica de acción de recomendada por la OPS (2017) es “Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos” (pp. 6-7) y propone:

- a. Incluir a la educación, la salud, el trabajo y las finanzas de forma unida, como “procesos intersectoriales”, con el fin de elaborar, implementar y evaluar políticas, intervenciones y normas de forma integrada.
- b. Fortalecer capacidades de planificación de los equipos de gestión de los ministerios de salud y otras entidades relacionadas al sistema de salud. Propone la profesionalización de la gestión y administración pública en materia sanitaria.
- c. Incrementar la inversión pública en los RHUS. Con esto se busca mejorar el acceso a personal calificado y las condiciones de salud.
- d. Desarrollar sistemas de información y base de datos sobre RHUS de cada realidad y contexto, con el fin de formular y dar seguimiento eficaz a las políticas y programas.
- e. Fomentar el diálogo social y el liderazgo político para identificar brechas de recursos humanos según los actores de las políticas y planes.

Estas recomendaciones se deben complementar con la segunda línea estratégica de acción, “Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad” (pp. 7-8), que propone:

- a. Conformar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención abordando problemas específicos de la sociedad y con perspectiva intercultural.
- b. Promover la generación de acuerdos regionales y subregionales que faciliten la planificación articulada entre los países, sobre todo cuando existen condiciones y necesidades similares.
- c. Establecer sistemas y mediciones para el monitoreo de los avances en el acceso, la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios en salud.

El MINSA (2005) estableció tres lineamientos relacionados a la “governabilidad” de los RHUS como la disponibilidad, la distribución y las migraciones son (pp. 49 y 57):

Lineamiento	Estrategias
<p>Lineamiento 2: Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.</p>	Promover e implementar el sistema de información de los RHUS.
	Fortalecer la interacción de los actores del campo RHUS para la planificación concertada.
	Formular de manera consensuada de un nuevo servicio de salud comunitaria.
	Establecer consensos para contar con la cantidad adecuada de RHUS en los lugares adecuados.
<p>Lineamiento 3: Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.</p>	Formular de manera consensuada un nuevo marco conceptual para la gestión de RHUS.
	Implementar el subsistema de RHUS, como componente estratégico del sistema de salud, en el marco de la descentralización.
	Fomentar la profesionalización de la gestión de RHUS.
<p>Lineamiento 5: Valoración de los agentes comunitarios de salud como</p>	Promover alianzas estratégicas para formular intervenciones comunes en relación de los ACS.



<p>recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.</p>	<p>Definir mecanismos institucionales que permitan hacer efectivo el reconocimiento del valor de los ACS.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mæstad (2006) propone como política “Utilizar de forma eficaz a los trabajadores de la salud disponibles” con una serie de estrategias que se interrelacionan con la cantidad de trabajadores de la salud disponible, aunque advierte que la posibilidad medir resultados de políticas sobre la eficiencia, son más débiles que el conocimiento sobre el stock de personal (p. 17). Las estrategias planteadas dentro de esta política son:

- a. *Incremento de la productividad y mejora del desempeño:* La productividad (producción por hora de trabajo), puede aumentar si se incrementan las horas de trabajo, se incrementa la producción obligatoria o se reduce el ausentismo. El desempeño implica los aspectos cualitativos del trabajo: precisión de diagnóstico, tratamiento correcto, calidad interpersonal, etc.). Los responsables de las políticas pueden controlar factores externos como el ambiente, pero ¿cómo elaborar estrategias sobre los esfuerzos? La respuesta parece hallarse en los enfoques indirectos como el aumento de la recompensa por rendimiento, la mejora de las condiciones ambientales o modificar el tipo de recompensa (pp. 17-18).
- b. *Mejorar el despliegue y su equilibrio* mediante la mejor de la información sobre procedimientos de contratación a los gobiernos locales, la simplificación de los procesos de contratación y el empoderamiento de los empleadores con instrumentos de atracción de trabajadores al sector salud y estrategias para influir en las preferencias de los trabajadores sobre la vida rural (pp. 21-22).
- c. *Combinación óptima de habilidades.* La combinación equilibrada de especialidades en cada institución es un factor potencialmente

importante. No es cuestión solo de agrupar trabajadores, sino de conocer qué tipo de habilidades deben poseer los trabajadores y conocer dónde existe mayor escasez (p. 23).

Cambell et al (2013) proponen algunas políticas con resultados positivos en algunos países (p. 859):

- Fortalecer, planificar, financiar, administrar, monitorear e informar sobre la fuerza laboral de salud para satisfacer equitativamente las necesidades de salud de la población con base en inteligencia estratégica y evidencia.
- Crear o fortalecer los entornos normativos y fiscales para hacer coincidir la oferta, la demanda, la asequibilidad y la sostenibilidad del personal sanitario en los mercados laborales sanitarios
- Identificar e implementar soluciones que eliminen las barreras financieras, geográficas y de otro tipo que impiden el acceso a un trabajador de la salud cuando se requiere atención
- Gestionar y desplegar activamente el personal sanitario para satisfacer equitativamente las necesidades de la población en zonas urbanas, rurales y remotas.
- Administrar, gestionar y apoyar activamente al personal sanitario nacional para aumentar la demanda de la población y el uso de servicios de alta calidad.
- Explorar e implementar orientación basada en evidencia sobre el equilibrio de sexos, la combinación de habilidades, las competencias y las necesidades socioculturales de la fuerza laboral para aumentar la aceptación y la cobertura de los servicios esenciales en las comunidades.
- Identificar y eliminar cualquier incentivo financiero perverso y asimetrías de información que afecten el trato de los trabajadores de la salud

Las metas e indicadores del ORAS (Cañizares y García, 2015) a este respecto son:

META	INDICADORES
<p>META 1: Fortalecer las capacidades de gobierno y gestión de la autoridad sanitaria nacional y subnacional para el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud.</p>	<p>1. Existencia de políticas de RHUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definido al perfil del RHUS (necesidades, modelo, características del sistema de salud).</li> <li>- De acuerdo a necesidades numéricas.</li> <li>- Distribución equitativa.</li> <li>- Educación en el trabajo.</li> <li>- Condiciones laborales</li> <li>- Promoción y desarrollo</li> <li>- Sistema de incentivos</li> </ul> <p>2. Aplicación de política de RHUS a todo el sector salud liderado por el Ministerio de Salud.</p>
<p>META 2: Fortalecer en los Ministerios de Salud de la Subregión andina estructuras encargadas de la dirección estratégica de la gestión del trabajo y desarrollo de capacidades de los RHUS, intervención en el diseño de las políticas, planes y programas de salud nacionales así como en la coordinación intra e intersectorial (sectores de educación, finanzas y trabajo).</p>	<p>3. Existencia de Instancias de dirección estratégica de RHUS</p> <p>4. Instancias de gestión del RHUS que efectúan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión del trabajo: organización del trabajo, evaluación de desempeño, reclutamiento, selección, aplicación de normas laborales.</li> <li>- Planificación del tipo, número y distribución de RHUS (equidad).</li> <li>- Desarrollo de capacidades de RHUS con educación en el trabajo.</li> <li>- Intervención en el diseño de políticas nacionales.</li> <li>- Coordinación intra e intersectorial en educación, finanzas y trabajo.</li> </ul>
<p>Meta 3: Fortalecer las capacidades y calificación de los gestores de políticas de RHUS en los niveles nacional y subnacional.</p>	<p>5. Numero de gestores y de gestoras de políticas de RHUS nacionales y subnacionales con cursos de desarrollo de RHUS (CIRHUS) o afines en la región.</p>
<p>Meta 6: Definir los perfiles y funciones del personal de salud,</p>	<p>9. Existencia de Perfiles y funciones del personal de salud que se correspondan con los</p>

promoviendo su uso como referente para el diseño de los currículos de los programas de formación y la gestión del personal que labora en el sector salud.	objetivos de un sistema de salud equitativo, incluyente, intercultural y de alta calidad
	10. Uso de los perfiles del Ministerio de Salud para el diseño de los currículum de formación
	11. Uso para evaluar la gestión del personal que labora en el sector salud
Meta 12: Intensificar el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud, con alcance subregional, nacional, subnacional, sectorial e intersectorial, en coordinación con las iniciativas desarrolladas por la OPS/OMS, UNASUR y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).	31. Existencia de indicadores comunes aprobados por RENSAA para comparar la situación de los RHUS entre países andinos y el cumplimiento de la política andina de RHUS.
	32. Levantada línea de base de los indicadores comunes para monitorear la política andina de RHUS.
	33. Levantado línea de base de los Desafíos de Toronto.
	34. Ejecutado al menos un monitoreo (luego de la línea de base) del cumplimiento de los Desafíos de Toronto.
Meta 14: Promover y diseminar el desarrollo de investigaciones sobre temas críticos en RHUS para la subregión.	41. Ejes de investigación prioritaria en RHUS subregional definidos.
	42. Existencia de financiamiento específico para investigación y montos anuales de los mismos
	43. Numero de investigaciones anuales sobre temas críticos en RHUS ejecutadas para la subregión.

### **2.3.2. Estrategias de atracción y retención**

Estrategias y recomendaciones destinadas a hacer el sector salud más atractivo al personal calificado, para lograr su incorporación, como para

evitar que se retiren del sector, que emigren o cambien de sector. Están destinadas a mejorar el ambiente laboral, las condiciones remunerativas y de incentivos, etc.

La segunda línea estratégica de acción de recomendada por la OPS (2017) es “Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad” (pp. 7-8), la cual propone:

- a. Implementar estrategias que faciliten el acceso a una dotación de RHUS aplicando mecanismos para retener personal e incentivos orientados a la estabilidad laboral.
- b. Incorporar la perspectiva de género considerando la creciente “feminización” de los profesionales en el sector.
- c. Desarrollar estrategias que permitan alcanzar un óptimo despliegue de las competencias de los diferentes profesionales.
- d. Investigar acerca de los intereses, motivaciones y condiciones de trabajo requeridas por el personal del sector de la salud para comprender las dinámicas laborales, los conflictos existentes y las expectativas profesionales.
- e. Regular el impacto de los flujos de movilidad, evaluar la emigración de profesionales, promover la migración circular (migrantes que retornan), entre otros.

El MINSA (2005) estableció tres lineamientos relacionados al ámbito laboral que inciden en la atracción y retención de profesionales en salud (pp. 49 y 59):

Lineamientos	Estrategias
Lineamiento 6: Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a	Formulación participativa de una línea de carrera sectorial de los RHUS.
	Promover mecanismos orientados a garantizar la protección laboral a todos los

perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad.	RHU, considerando los objetivos institucionales.
	Impulsar un sistema de evaluación de la calidad del desempeño basado en estándares.
Lineamiento 7: Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.	Promover el desarrollo de mecanismos de incentivos y estímulos basados en el desempeño de todos los RHUS.
	Promover la incorporación de un servicio de bienestar de personal, como parte de la gestión integral de RHUS.
Lineamiento 8: Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.	Fomentar el ejercicio de ciudadanía y la responsabilidad social en el ejercicio de la función de todos RHUS.
	Fortalecer y desarrollar mecanismos de negociación y concertación con los gremios, basado en el respeto mutuo y el ejercicio de ciudadanía.
	Impulsar mecanismos sistemáticos y permanentes de gestión de la cultura organizacional basados en el ejercicio de valores, la productividad y la competencia técnica, centrados en la satisfacción del usuario y del trabajador de salud.

Mæstad (2006) propone estrategias como para incrementar el número de trabajadores de salud el aumento del reclutamiento y la reducción de la deserción. Para la primera de ellas se puede recurrir a:

- a. Reclutamiento de “trabajadores de salud inactivos” (“domestic inactive health workers”): contratar personas capacitadas en salud pero

desempleados, por tanto son una potencial posibilidad ayuda en la reducción de la escasez (pp. 14-15).

- b. Reclutamiento de graduados y aumento de producción de personal calificado. No es una salida a corto plazo porque requiere políticas para lograr la inserción al mundo laboral, pero se ha detectado que para cumplir con una productividad media, se requiere aumentar la formación de trabajadores en salud (pp. 15-16).
- c. Reclutamiento de personal que vive en el extranjero: un importante porcentaje de personal sanitario emigró en búsqueda de mejores condiciones (p. 16).

Mæstad (2006) pone sobre la mesa el tema de la deserción y busca pensar en estrategias para aumentar la retención de trabajadores de la salud, que además de factores propios del sistema y que no se controlan (jubilación, muerte, discapacidad); el retiro también se explica en los cambios de ocupación, la deserción voluntaria o la emigración en búsqueda de mejores alternativas; lo que debe hacer pensar en el desgaste laboral o en las oportunidades laborales que brindan otros sectores u otros países (pp. 16-17).

Hongoro y McPake (2004) hacen hincapié en las estrategias de retención, atracción y mejora de los incentivos, debido a que la formación de nuevos profesionales como solución no es factible al corto plazo. En algunos países, la generación de lazos entre los trabajadores y los Estados que los capacita, han generado resultados en la mayor retención de personal (caso de Tailandia), aunque no se ha podido replicar resultados debido a que el personal encuentra medidas para evadir el sistema ante la ausencia de sanciones y la poca capacidad de hacer cumplir los contratos (p. 1453).

Estos autores señalan que se desconoce cómo responderán los trabajadores de la salud a diferentes entornos, promociones, incentivos, bonos, beneficios individuales y de equipos, seguimientos y cambios de gestión, pero no deben ignorarse los incentivos que pueden aplicar las

instituciones y que se requiere una mejor comprensión de estas estrategias y los éxitos y fracasos en diferentes entornos (pp. 1454-1455).

Por su parte, Campbell et al (2013) proponen (p. 859):

- Esforzarse por garantizar la seguridad del suministro nacional (en educación primaria, secundaria y terciaria) para nuevos trabajadores calificados y trabajadores de la salud capacitados a nivel nacional, con una financiación predecible y sostenible y una remuneración adecuada.
- Diseñar e implementar políticas y estrategias efectivas para capacitar y retener a los trabajadores de la salud en un entorno propicio y productivo.

Finalmente, las propuestas mediante indicadores a alcanzar para lograr atraer y retener personal de la salud del Organismo Andino en Salud (Cañizares y García, 2015), son:

META	Indicadores
Meta 8: Desarrollar, colaborativamente entre los países de la subregión andina, sistemas de información de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud conforme con los principios del Código Ético internacional de Contrataciones del Personal de Salud.	15. Existencia en cada país de información sistemática, específica y representativa de la migración de personal de salud calificado.
	16. Existencia en cada país de un sistema de información organizado sobre la migración de personal profesional en salud que permita su monitoreo.
	17. Acciones ejecutadas en la subregión para la conformación del sistema andino integrado de información y monitoreo de la migración de personal calificado en salud.
	18. El país cuenta con normas que regulen el reclutamiento de personal para la migración.



	19. Existencia de un sistema de retención para afrontar la migración de personal de salud en el país.
	20. El país cuenta con un plan de retorno del personal calificado en Salud.
Meta 9: Promover y fortalecer normas y mecanismos de vinculación laboral del personal del sector que mejoren progresivamente las condiciones para su desarrollo personal y profesional, incentiven la calidad y continuidad de los servicios de salud, la implementación o fortalecimiento de los programas de salud y seguridad del personal, teniendo como punto de partida el trabajo decente y como una de las opciones la carrera sanitaria.	21. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con acceso a la seguridad social.
	22. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con nombramientos definitivos en el sector salud.
	23. Porcentaje de profesionales de salud (médicos y enfermeras) con multiempleo (más de un empleo público-privado).
	24. Existencia de normativa sobre prevención y protección de la salud del trabajador del sector salud y aplicación de dicha normativa.
	25 y 26. Implementada la carrera sanitaria u otras opciones de ella.

### **2.3.3. Estrategias de formación**

Estrategias y recomendaciones destinadas a cerrar la brecha de la escasez de profesionales de la salud, como aumentar la oferta educativa, realizar alianzas estratégicas, mejorar la calidad de la educación o capacitar a otros profesionales en algunas funciones médicas.

La tercera línea estratégica de acción de recomendada por la OPS (2017) es “Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” ” (pp. 8-9), la cual propone:

- a. Promover acuerdos entre los sectores de educación y salud para alinear las estrategias de formación de los RHUS en un alto nivel.
- b. Regular la calidad de la formación para los profesionales de la salud con evaluaciones, acreditaciones y estándares científicos.
- c. Potenciar un cambio profundo de la educación profesional de la salud que priorice el compromiso con la salud de poblaciones vulnerables y subatendidas.
- d. Fomentar el acceso a la formación en salud a poblaciones de comunidades subatendidas, reorientando criterios de selección y descentralizando la oferta educativa.
- e. Planificar y regular la formación de especialistas, ampliando la oferta en salud familiar, comunitaria y de primer nivel.
- f. Establecer y fomentar estrategias de formación y gestión docente para los programas académicos en las áreas de salud.
- g. Desarrollar políticas de educación permanente y continua de los RHUS.

El MINSA (2005) estableció dos lineamientos relacionados a la formación y capacitación de los RHUS (pp. 49 y 58):

Lineamientos	Estrategias
Lineamiento 1 Formación de recursos humanos en salud basado en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico	Fortalecer la interacción entre los actores del campo para la reorientación del perfil de formación en base a perfiles ocupacionales con el enfoque de competencias.
	Promover procesos de regulación de la calidad del desempeño de las instituciones

de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.	formadoras y de los profesionales y técnicos de salud.
	Promover la especialidad de medicina general integral/familiar o su equivalente en las otras ciencias de la salud, con un enfoque interdisciplinario.
	Promover la regulación del espacio de articulación docencia, servicio, investigación y comunidad.
Lineamiento 4  Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.	Promover la regulación de la capacitación a través de normas, estándares, metodologías, instrumentos pedagógicos.
	Promover el desarrollo de capacidades en gestión pública, que faciliten el cumplimiento de las nuevas funciones.
	Promover consensos para la modulación de los procesos de capacitación brindados por instituciones educativas a los RHUS.
	Promover el desarrollo de programas de generación de capacidades de los RHUS.
	Promover la aplicación del enfoque de educación permanente en los procesos de desarrollo de capacidades de los RHUS.
	Fomentar el flujo financiero indispensable para garantizar una gestión adecuada de la gestión de la capacitación.

Hongoro y Mc Pake (2004) reconocen que la principal brecha es la escasez del personal disponible y que se requiere una rápida preparación de los futuros profesionales de la salud que constituirán los RHUS disponibles. Una de sus propuestas es “hacer uso de la capacidad existente en países del mundo desarrollado” mediante el “hermanamiento” de facultades de

medicina, la cual puede facilitar apoyo en capacitación en áreas desatendidas y urgentes. Así mismo, se puede promocionar la educación a distancia de áreas ni clínicas (p. 1453). Esto requiere del interés del mundo desarrollado y de un financiamiento internacional para lograr los objetivos, un asunto que requiere mucha gestión.

Su segunda propuesta es la “sustitución de habilidades”, una estrategia alternativa que consiste el aprovechamiento de habilidades disponibles de personas cercano a la medicina y a la salud. En países de África por ejemplo, los “auxiliares”, enfermeros, asistentes, entre otros, se están convirtiendo en un importante actor en el servicio de la salud, son persona con tres años de capacitación postescolar que pueden aprovecharse con algún tiempo de formación adicional. Brindan como ejemplo Malawi, en donde los “clinical officers” fueron capacitados para realizar algunos procedimientos quirúrgicos, a administrar anestésicos y a la atención médica. Sus resultados son similares a los casos de los médicos que recién inician su vida profesional, con tasas de mortandad altas para un sistema médico, pero con muchas mejoras respecto a si no existiese esa posibilidad (p. 1453). Así mismo, en países de África, trabajadores comunitarios de la salud pueden ser capacitados y apoyar en programas de promoción y prevención, o se puede también trabajar con las parteras, que son las únicas que atienden en algunas zonas rurales (p. 1454). La expansión de las funciones de auxiliares y otro personal cercano a la salud, aunque no son reconocidas internacionalmente, parece ser una historia de éxito silencioso, ya que proporciona gran cantidad de trabajadores al sistema. Comprender este fenómeno a su vez podría dar explicaciones acerca de la eficiencia de las estrategias de formación alternativas (p. 1455).

Campbell et al (2013) observan que algunas estrategias de formación que funcionaron en algunos países son (p. 859):

- Garantizar que el personal sanitario reciba educación, formación y apoyo continuo, en número suficiente y durante toda su vida laboral.

- Fortalecer las asociaciones bilaterales, multinacionales y regionales de claro beneficio mutuo.

Revisar e implementar trayectorias y estándares de educación y carrera, acreditación y sistemas regulatorios, para promover y lograr una fuerza laboral de calidad que sea apta para su propósito y apta para la práctica en relación con las necesidades específicas de la población.

### **3. Marco Contextual**

#### **3.1. Contexto global**

Pueden fijarse los antecedentes de los esfuerzos a nivel global para el cierre de brechas de recursos humanos para la salud, a los Objetivos de Desarrollo del Milenio fijados por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud el año 2000, donde resalta el rol fundamental de los trabajadores sanitarios para el logro de varios de las metas y objetivos. Desde entonces, se iniciaron asambleas, planes y proyectos con el objetivo de lograr una cobertura global de la salud y establecer estrategias de salud pública. Se destacan el *Llamado a la Acción de Toronto* del 2005 que impulsó una década de compromisos e inversiones para mejorar las condiciones de trabajo y la distribución de los recursos humanos, y el informe *Colaboremos por la salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2006 sobre la salud en todo el mundo, la cual elaboró propuestas para desarrollarse en el plazo de diez años (Organización Panamericana de la Salud, 2007, 1-2).

La Asamblea Mundial de la Salud (2016) inspirada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se impulsó la cobertura sanitaria universal y se hizo un llamado al “cambio sustancial en la planificación, la educación, la distribución, la fidelización, la gestión y la remuneración del personal sanitario” (p. 2). Se inscribió la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: sanitario

2030”; que reconoce la importancia del personal sanitario y su rol fundamental en para alcanzar los ODS. En ella se instó a los Estados miembros a fortalecer los sistemas de salud, sugirió recomendaciones a los diferentes gobiernos y pidió a la dirección general que brinde apoyo a los Estados para la aplicación de la Estrategia mundial. Finalmente, el 2017 la Asamblea Mundial de Salud adoptó el *Plan de acción quinquenal para el empleo en el ámbito de la salud y el crecimiento económico inclusivo (2017-2021)* que estableció la “Estrategia de Recursos Humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” (OPS, 2017). Este documento admite que pese a los avances alcanzados, “persisten las inequidades y la exclusión en el acceso a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad, particularmente en el caso de los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad” (p. 1) y que “perdura la subvaloración del rol de los recursos humanos para la salud como un factor de cambio social, con la percepción de que constituyen un gasto creciente y no una inversión para mejorar la salud y el desarrollo” (p. 3). La Estrategia reconocer las diferentes brechas y estrategias de recursos humanos (que se desarrollan en el Marco Teórico). Este documento (elaborado además en base a otros documentos de la ONU y la OMS) constituye en la actualidad la política general de las Naciones Unidas y es la guía de los Estados miembros, incluido el Perú, para alcanzar el servicio de salud universal.

Las enfermedades infecciosas representan una amenaza para las poblaciones y son un desafío para los sistemas de salud pública. La pandemia del COVID-19 tiene antecedentes en este siglo (gripe H1N1, Ébola, chikunguñ y Zika) que debieron llamar la atención sobre las precariedades y la capacidad de respuesta para garantizar la salud (OPS, 2020, 5). Estas coyunturas de amenaza se suman a la fragilidad del sistema de salud que se aprecia en:

“Los sistemas inadecuados de vigilancia, respuesta e información de salud, la ejecución deficiente de las estrategias de prevención y

promoción, la falta de profesionales de la salud, la persistencia de las distintas barreras de acceso y la existencia de instituciones de salud que no disponen de la infraestructura adecuada, sumado todo ello a la baja inversión, constituyen importantes deficiencias estructurales que continúan estando presentes en los sistemas de salud actuales” (OPS, 2020, 7).

La Declaración de Astaná aprobada en el 2018 establece que la transformación de los sistemas de salud debe basarse en fortalecer la atención primaria de la salud, a través de ampliar la gama de servicios disponibles, en promoción, curación y prevención, que debe ser accesibles, integrales y equitativos para todas las personas (OPS, 2020, 11).

La LJI (2004) elabora un análisis global de la “health workforce” (personal sanitario), con el fin de proponer respuestas a la “crisis de salud” que se enfrenta en el siglo XXI y que se aprecia en los países más pobres, donde resaltan altas tasas de mortalidad, debido, principalmente, a la debilidad de los sistemas nacionales de salud (es decir, a los recursos humanos) y a la sobrecarga del personal de salud (p.1).

¿Cuántos trabajadores de la salud hay? Los trabajadores disponibles en la actualidad presentan varios detalles a considerar: distribución geográfica, sector público y privado, distintas composiciones de especialidades y habilidades, género, etc. Estos atributos se deben gestionar para lograr un buen servicio de salud. Este “stock global” de trabajadores está regulado por ingresos (profesionales que salen de las instituciones educativas o por inmigración) y salidas (jubilación, fallecimiento o emigración) a nivel nacional y global. Estiman la fuerza de trabajo global en salud en 100 millones de personas. Pero esta suma proviene de 24 millones de personal “formal” calificado y 75 millones (o más) de personal no contabilizados como curadores informales, tradicionales y comunitarios (pp. 27-28).

¿Dónde están los trabajadores de la salud en el mundo? Las malas distribuciones geográficas y de las especialidades reflejan desigualdad debido a procesos históricos, políticas pasadas y una amplia variedad de factores políticos y económicos: “The global maldistribution of workers reflects inequities even more marked than inequities in health status” (p. 28). La mala distribución es severa y se aprecia en diferentes indicadores: Asia concentra casi el 50% de la población mundial, pero tiene solo 30% del stock mundial de trabajadores de la salud; o la media mundial es de 1 trabajador por cada 1000 habitantes en África Subsahariana, pero de 10 por cada 1000 en Europa y América del Norte. A las disparidades globales se suman las disparidades intranacionales, como la desigual distribución de áreas urbanas y rurales, como en el caso de Nicaragua que concentra el 50% del personal de salud en la ciudad capital, que solo concentra el 20% de la población, lo que ocasiona que existan lugares marginales hay deficiente atención de salud (pp. 28-29).

La LJI (2004) encuentra que hay tres “fuerzas” que amenazan a los trabajadores de la salud de los países pobres, lo que resulta en un frágil sistema de salud (p. 19-21):

La devastación del VIH/SIDA, que aumenta la carga laboral del personal médico, los expone a la infección y los convierte más en “cuidadores” que en “sanadores”.

- a) La aceleración de migración laboral, que se traduce en la pérdida de médicos y personal de salud, de países que “no puede permitirse” la fuga de profesionales.
- b) La falta crónica de inversión en recursos humanos. Señala que por dos décadas las reformas limitan la posibilidad de contratar y de dirigir presupuesto para suministros básicos y salarios.

La JLI (2004) detecta dos “desafíos globales”, los cuales son (p. 33-35):



- a) Escasez mundial: Se estima que se requiere al menos cuatro millones de trabajadores en salud a nivel global. En la parte subsahariana se debe triplicar el número actual si la intención es acercarse a los objetivos de la ODM para la salud.
- b) Desequilibrio de las habilidades: Todos los países tienen algún problema numérico, de especialidades o geográficos, lo que genera ineficiencias. Requiere políticas y estudios para conocer las necesidades específicas de cada población.
- c) Mala distribución: Que se ahonda con la concentración urbana y las migraciones. Se requiere atraer personal a áreas rurales y al sector público, que es donde más se ve la desigualdad proporcional.
- d) Deficientes ambientes laborales: Tanto a nivel de infraestructura, como de buenas prácticas, gestión y donde se escuchen las voces de los trabajadores.
- e) Débil conocimiento sobre el personal sanitario: Lo que dificulta la planificación y la formulación de políticas.

### **3.2. Contexto Regional y Casos**

En el 2012, los países andinos (Ecuador, Perú, Colombia, Bolivia, Chile y Venezuela) aprobaron la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud, su “Manual para calcular los indicadores de línea de base de la Política Andina y su respectivo plan de acción 2013-2017”, con el objetivo de implementar un sistema de monitoreo de los avances en fortalecimiento del proceso de tomas de decisiones y unificar conceptos y criterios. La propuesta es operativizar en cuatro ejes y 14 metas, una política de Recursos Humanos en Salud para la región andina, a través de 42 indicadores, de los cuales 15 corresponden al seguimiento del ORAS-CONHU (Organismo Andino en Salud – Convenio Hipólito Unanue) y 27 a los directivos de las direcciones en RHUS de los Ministerios de la Salud (Cañizares y García, 2015, p. 16 y 56).

Esta metodología, a modo de modelo, se aplicó a Ecuador en marzo del 2014, con resultados dentro de lo esperado, en cuanto a los varios indicadores que requieren atención. En este país, sus avances más importantes están relacionados a la planificación de RHUS, la construcción de perfiles ocupacionales, migración y el acceso a la información. Pero las cuatro debilidades más importantes fueron la inequidad de la distribución urbano-rural y la falta de incentivos al respecto, la falta de continuidad en CIRHUS (cursos especializados en RHUS), no se ha construido un sistema integrado de educación continua y una debilidad en el Observatorio de RHUS (Cañizares y García, 2015,p. 56).

A través del ORAS, en el 2015 se sistematizó y analizó las experiencias de los países andinos para determinar la brecha de RHUS. Arrojó el siguiente resultado (Cañizares y García, 2015, pp. 353-357):

- Bolivia, Venezuela y Colombia no cuentan con un sistema para determinar la brecha de RHUS. Las existentes son a nivel regional y la implementación de un registro son incompletas y están en proceso.
- Ecuador cuenta con un sistema parcial de determinación de brechas de RHUS al cual le falta implementar el sistema de información de RHUS disponibles.
- Perú está en proceso de implementación de un sistema de determinación de brechas de RHUS para los tres niveles.
- Chile sí cuenta con un sistema de determinación de brechas de RHUS, con diferentes métodos y que se adecúan a especificidades locales.

Cañizares y García (2015) estudian la emigración de profesionales de la salud de los países andinos, en búsqueda explicaciones y recomendaciones. Los médicos se encuentran entre los más numerosos de profesionales que decidieron salir de su país de origen,

lo que tiene enormes implicancias económicas y sociales. Reuniones y acuerdos entre países andinos, llevó a que el 2009 se dé la “Reunión Andina de Migración de Profesionales de la Salud”, donde se señala la necesidad de contar con mecanismos para obtener información sobre migración de profesionales de salud: cantidad, detonante, impacto, evolución, etc. En la reunión se estableció que la información debe incluir: registros nacionales de personal de la salud, número, ubicación, profesión, habilitación, para estimar la composición de la fuerza laboral, e información sobre capacidad de formar profesionales de la salud (instituciones, cantidad de egresados, distribución, entre otras) (p. 92). El 2012, los ministros de países andinos suscribieron un Plan Estratégico 2013-2017, en el cual indica como uno de sus objetivos “Desarrollar, colaborativamente entre los países de la Subregión Andina, sistemas de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud, conformes con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud”, en el que establecen como actividades la “Elaboración, validación e implementación de sistema de monitoreo de la migración” y el “Diseño de un plan para afrontar la migración en el marco del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud” (p. 91). Esto puso al frente uno de los problemas que enfrenta la región, problema que antes pasaba desapercibido. Hallaron que además de la existencia de convenios de reconocimiento de títulos de los países receptores; las principales causas de los no retornantes, fueron: estabilidad, salario y reconocimiento (p. 107).

Cañizares y García (2015) a través del ORAS también analizaron estrategias e incentivos para atraer y retener RHUS en zonas rurales y de difícil acceso. La base fueron las recomendaciones de la OMS, el cual implicaba los diferentes ámbitos incentivar la formación de estudiantes de procedencia rural y descentralizar la oferta de escuelas profesionales; como normas e incentivos, entre los cuales incluía mejorar las condiciones de vida de las zonas rurales mediante saneamiento y servicios, o asegurar la educación continua y el

crecimiento profesional de los profesionales en zonas alejadas (pp. 370-372).

Los mejores incentivos para atracción y retención de RHUS en zonas rurales y alejadas provienen de la combinación de intervenciones en la formación, apoyo profesional, soporte normativo e incentivos económicos. Los servicios obligatorios a recientes graduados se aplican en diferentes países andinos y son responsables de la cobertura lograda, pero al no acompañarse de incentivos para permanecer, no se logrará una retención alta. La brecha en zonas rurales es además de infraestructura y evitar la sensación de aislamiento mediante la telemedicina u otras herramientas. La recomendación final del estudio es generar investigación sobre los resultados de las políticas como el SERUM y de su capacidad de retención (pp. 400-401).

Un estudio de caso importante es el realizado por Cazas (2018) donde determina la brecha de RHUS del primer nivel de atención en una red de salud en el Municipio de La Paz (Bolivia) que cuenta con centros de salud. Basado en la Guía Metodológica del MINSA-Perú, llegó a los siguientes resultados (pp. 71-73):

Grupo ocupacional	Necesidad RHUS (Momento 1)	RHUS disponibles (Momento 2)	Brecha de RHUS (Momento 3)	Ratio de Carga de Trabajo
Médico	44	44	0	1
Enfermería	22	6	-16	0.27
Obstetra / ginecólogo	25	2	-23	0.08
Auxiliar en enfermería	72	43	-29	0.6
Odontólogo	23	14	-9	0.61

Laboratorio/bioquímico	6	2	-4	0.35
Técnico de laboratorio	6	1	-5	0.17
TOTAL	198	112	-86	

La brecha de RHUS total en esta red de salud de La Paz es de 86 profesionales de la salud. Según la cantidad requerida, el grupo ocupacional de médicos está en equilibrio y sin déficit, pero los demás presentan una brecha enorme con cargas de trabajo muy por debajo de lo requerido y con cifras concretas de necesidad de 29 auxiliares en enfermería, 23 obstetras, 16 enfermeros. 9 odontólogos. La red solo cuenta con el 57% de los RHUS requeridos (p. 74). El autor llama presta atención en cada centro de salud, explicando que no todos los centros cuentan con infraestructura para el personal de laboratorio y que hay centros con sobredotación de personal en algunos grupos ocupacionales, en detrimento de otros (p. 78).

### 3.3. Contexto Local

#### 3.3.1. Macroentorno

Uno de los documentos más importantes sobre el estado actual de los recursos humanos en salud en el país es *Información de Recursos Humanos en el sector salud, Perú 2017*, un documento que editó el MINSA (2018) con información detallada acerca del personal laborando en las diferentes redes de salud en el país, una base de datos necesaria para iniciar la gestión de los RHUS. Se aprecia un total de 40820 médicos, 44790 enfermeros, 15865 obstetras, 6199 odontólogos y 17865 de otros profesionales en salud, laborando en las diferentes redes de salud. Se aprecia que la mayor cantidad laboran para el MINSA / Gobiernos Regionales (65.9%), seguidos de ESSALUD (22.7%), las FFAA (4.1%), el sector privado (4%), la PNP (1.3%) y otros (SISOL, Ministerio Público, INPE y MINEDU) (2%) (p. 10). Entre los diferentes gráficos y tablas, destacan algunas que informan con claridad la

brecha existente según condiciones económicas y geográficas. Así, los sectores en pobreza y pobreza extrema tienen la tercera parte de médicos respecto al sector “aceptable” (p. 22), que la gran mayoría de RHUS se concentran en la costa y disminuyen notoriamente en las poblaciones de mayor altitud (pp. 26-27), que además son lugares donde se presentan friaje y heladas (28-29); o que gran parte de plazas ofertadas por el SINAREME (Sistema Nacional de Residencia Médica) no sean adjudicadas y que incluso la demanda esté por debajo de la oferta (pp. 33-36).

Con esta información, Inga y Arosquipa determinaron que la brecha de RHUS el 2017 fue de 62128, con la necesidad de 1628 médicos cirujanos, 8797 médicos especialistas y 27294 profesionales en salud (médicos, enfermeros, obstetras, odontólogos, psicólogos y tecnólogos médicos). De ella, las mayores brechas se encuentran en el primer nivel de atención con 28804 y el segundo nivel con 26157 RHUS (p. 313-314).

El Ministerio de Salud ha llevado a cabo esfuerzos para abordar diferentes problemas de salud, donde los RHUS son reconocidos como un factor clave para lograr los servicios de calidad. El MINSA (2005) elaboró *Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los recursos humanos en salud*, el cual es un documento amplio y sincero de las autoridades en Salud en la década pasada, que representa un esfuerzo real para elaborar estrategias de cierre de brechas; el cual identifica tres ejes problemáticos: las competencias de los RHUS, su rectoría y el ámbito del trabajo. Según ese documento, el estado de la situación es: “Como país con persistentes y crecientes contradicciones, dificultades estructurales no enfrentadas y debilidades institucionales ostensibles, el tortuoso camino hacia el desarrollo de una política de Estado sobre RHUS ha sido y con toda seguridad seguirá siendo complicado” (p. 24) y

que “El problemas para el caso del actual sistema de recursos humanos en el Perú es que la desarticulación entre necesidades, oferta y demanda, hace que no existan contrapesos que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas” (p. 28).

Según el MINSA (2005), nuestro país atravesó un ciclo largo de desplazamientos desde la década de 1990, que marcaron el campo de los RHUS (pp. 23-24):

- i. *El dislocamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud*, los cuales “marchan bajo lógicas diferentes” donde la oferta educativa y la demanda de los servicios no son equitativos.
- ii. *La ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud y por tanto el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva*, con la ampliación de la infraestructura y del mayor rendimiento de la fuerza laboral.
- iii. *El cambio en simultáneo del régimen laboral, del sistema de nombramientos al de contrataciones y la mantención del nivel de los salarios reales* de manera diferenciada que decanta en la pauperización de algunos niveles.
- iv. *La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al gerencialismo*, producto de la globalización y de las capacidades de los profesionales peruanos.
- v. *El serio debilitamiento de la rectoría*: con una dispersión en la gobernanza y su sustitución por una autorregulación.

La institución rectora para implementar los lineamientos (señalados en el marco conceptual) es el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), los que están enmarcados en el plan nacional de desarrollo de los RHUS 2006-2015. Según el MINSA (2005), el “esfuerzo terco y sostenido” y pese a las dificultades, el IDREH ha

logrado avances en diferentes frentes, de los cuales escribimos los más destacados (pp. 51-52):

- Consolidación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, encargado de articular esfuerzos.
- “Instalación de tres mesas de trabajo para la implementación de los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS”.
- Convocatoria de mayor parte de actores sociales.
- Definición de un cuadro de prioridades de acción de intervención inmediata y de un plan de mediano y largo plazo para gestión y desarrollo de RHUS.
- “Primera pasantía nacional para el Desarrollo de las competencias de gestores de RHUS” en las regiones de Arequipa, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac e Ica.
- Creación del “Sistema de Articulación Docente, Asistencial e Investigación para la formación de pregrado en salud” y reformulación del reglamento del Comité de Residentado Médico.
- Formulación del instrumento: “Metodología para la formulación de perfiles ocupacionales en salud, con el enfoque de competencias” y adaptación del instrumento: “Metodología para la dotación de RHUS en el primer nivel de atención”.
- “Plan Nacional de Capacitación del Ministerio de Salud”.
- Propuesta técnica inicial para la formulación de un nuevo servicio de salud comunitaria y fortalecimiento de espacios de coordinación interinstitucional regional para la planificación de las plazas.
- Levantamiento del estado situacional de la gestión de RHUS a nivel de las 24 direcciones de salud del país.
- Asistencia técnica a las Direcciones de Salud en gestión y desarrollo de los RHUS.
- Desarrollo de 21 talleres regionales para la adecuación concertada de los lineamientos de política nacional, de dos



talleres de implementación de políticas regionales de desarrollo de RHUS (Ayacucho y Huancavelica), de tres “talleres macrorregionales (Nor-Oriente, Lima-Centro y Suroriente) para la socialización de la metodología de formulación de perfiles ocupacionales con el enfoque de competencias”, de una “experiencia piloto para la aplicación de la Educación Permanente en Salud” (Ayacucho), y la instalación de una mesa regional (Arequipa) “para la implementación de los lineamientos de política nacional”.

Inga y Arosquipa (2019) analizaron avances en materia de RHUS en el país, mediante las políticas implementadas. La primera reconocida es el INFORHUS, un sistema de información que contiene la base de datos acerca de la cantidad, distribución y ubicación del personal de salud existente en las redes de salud y disponibles, para plantear estrategias de dotación de recursos humanos, sobre el sector público, las FFAA y policiales, y el sector privado (p. 313). Otra medida es la reforma de salud iniciada el 2013 que parece haber traído mejoras al implementar una política remunerativa de RHUS al dar incentivos económicos para la atención primaria, atención especializada, zonas alejadas y de frontera, a las guardias hospitalarias, logrando que sea más atractivo para el personal, aunque tuvo a su vez generó otros problemas como la salida de personal de unidades de gestión de salud a puestos con mayores ingresos, solo consideró a persona nombrado, dejando de lado al personal contratado (pp. 314-315). Los resultados de relativa mejora se observaron en la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud llevado a cabo el 2016, la cual arrojó un aumento del nivel de satisfacción de usuarios de consulta externa y de la satisfacción de los profesionales en salud con sus trabajos, respecto al 2014 (p. 315). Finalmente, el Perú aprobó el 2018 “Los lineamientos de política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030”, el cual estableció como objetivos prioritarios (p. 314):

1. Fortalecer la rectoría en el campo de los RHUS,
2. Disponer de RHUS suficientes, Disminuyendo la inequidad a nivel nacional,
3. Fortalecer las competencias profesionales para responder a las demandas de la población,
4. Incrementar las condiciones laborales según aspectos del trabajo decente del personal de salud, y
5. Lograr el rendimiento laboral eficiente de los RHUS.

Con estas políticas y estrategias, Inga y Arosquipa (2019) concluyen que hubo avances debido a los esfuerzos de las autoridades en salud; pero que persisten brechas diversas. La falta de competencias en las escuelas de salud donde predomina el “hospitalicentrismo” orientado a la enfermedad, aunque hay muchos logros en la formación de especialistas en Salud Familiar y Comunitaria (p. 316). Igualmente, gracias al SERUM (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) se logró dotar de profesionales en salud a zonas remotas, alejadas y del primer nivel, sin embargo, este programa evidencia las falencias de infraestructura, la carencia de medicamentos; logrando de manera indirecta de muchos RHUS no deseen laborar en este nivel de atención (p. 316-317).

García et al (2015) hicieron un balance del Estado de la reforma de la salud y de los RHUS. Aunque existe una notoria brecha debido a la escasez de profesionales, reconoce muchos avances a lo largo de las últimas décadas:

- Incremento de disponibilidad de médicos, enfermeros y obstetras en el primer nivel de atención, sobre todo gracias al programa SERUM.
- El MINSA implementó la Reforma del Sector Salud, que regula la política de compensaciones económicas con la finalidad de reclutar y retener los RHUS.

- Se cuenta con metodologías estandarizadas para estimar brechas de Salud en los tres niveles de atención.
- El Observatorio de RHUS mejora sus procesos de recolección de datos de RHUS en un sistema nacional llamado INFORHUS.
- Se está implementando el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.
- Fortalecimiento de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, como ente rector en materia de recursos humanos.

Espinoza et al (2020) en un estudio reciente realizaron entrevistas a 366 directivos de instituciones prestadoras de servicios públicos y privados, con la intención de hallar, bajo su experiencia profesional, los principales problemas de gestión en el sector salud. Solicitaron a sus entrevistados identificar tres principales problemas a nivel regional y en sus propios centros de salud, donde resalta como la respuesta más común e importante la escasez de RHUS y como un problema importante la falta de especialistas; por encima de otros déficits como el presupuesto, la infraestructura o la burocracia. Presentamos a continuación las tablas de respuestas comunes (pp. 8-9):

Mencione los tres principales problemas de gestión del sector salud a nivel regional		Mencione los tres principales problemas de gestión en su establecimiento de salud	
Problema	%	Problema	%
<b>Déficit de recursos humanos</b>	<b>43.72</b>	<b>Escasez de recursos humanos</b>	<b>54.92</b>
Déficit presupuestal	38.25	Deficiente infraestructura	36.89
<b>Déficit de especialistas</b>	<b>34.7</b>	Déficit presupuestal	28.42

Deficiente infraestructura	33.06	<b>Déficit de especialistas</b>	<b>26.5</b>
Falta de capacidad resolutive	20.77	Falta de equipamiento	21.86
Desabastecimiento de farmacia	16.94	Falta de medicamentos	10.66
Burocracia	6.01	Burocracia y trámites	7.65
Otros	12.84	Otros	13.46

Resulta coherente que ante la pregunta “¿qué cambios haría para mejorar la atención de los pacientes?”, la respuesta más común fue “Incrementar el número de médicos” (54.64%), seguido de “ampliar consultorios e infraestructura” (41.8%) y “Capacitación al personal asistencial” (37.43%) (p. 10).

No se han difundido muchos estudios sobre realidades regionales en el país. Uno de los pocos es la elaborada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, s/f), que realiza un cálculo de brecha para el año 2012 y una propuesta para el primer nivel de atención de la DIRES San Martín entre los años 2013-2015. Los datos (aunque desactualizados) permiten notar que están lejos de la recomendación de la OMS de 23 profesionales de salud (médicos, obstetras y enfermeros) por cada 10000 habitantes, pues apenas alcanza a los 8.2 profesionales por 10000 habitantes, lo que denota “una distribución que nos habla no solamente de problemas de severa escasez de recursos humanos sino también de una inadecuada distribución” (p. 5).

<b>Grupo ocupacional</b>	<b>Total RHUS 2012</b>	<b>Requerimiento RHUS 2012</b>	<b>Brecha RHUS 2012</b>	<b>Propuesta dotación 2013-2015</b>	<b>Propuesta Brecha 2015</b>
<b>Médico cirujano</b>	157	419	-262	216	-46

<b>Enfermera</b>	209	550	-341	259	-82
<b>Obstetra</b>	235	298	-63	63	0
<b>TOTAL</b>	601	1267	-666	538	-128

En la DIRES San Martín tiene una escasez fundamentalmente de médicos y en menor medida, de obstetras. Las microrredes con mayor brecha son las microrredes de Moyobamba, Bellavista, Rioja y San Martín. Propones una mejor distribución de los profesionales SERUMS y aplicar estrategias de retención y captación de profesionales como la aplicación de escalas salariales e incentivos para hacer más atractivas las plazas (p. 78). El informe concluye con recomendaciones elementales: establecer mecanismos para contar con información detallada y actualizada de profesionales de salud, redistribuir al personal conforme a las necesidades locales, recategorizar establecimientos de salud para contar con mejor normativa y dotación, y sobre todo, dotar de médicos, enfermeras y obstetras a los establecimientos de salud, priorizando lugares estratégicos y de mayor brecha según el informe (p. 79).

### 3.3.2. Microentorno

Según la base de datos de la DIRREHUM PNP, en el año 2021, la población afiliada a SALUDPOL asciende a 724 607 a nivel nacional, de los cuales, 106 251 se encuentran en el Departamento de Lima y 25 160 en la Provincia Constitucional del Callao.

Para satisfacer las necesidades, según información de la Oficina de Recursos Humanos del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, hasta finales del mes de febrero, en las diferentes áreas, laboran 503 médicos; 430 enfermeros; 38 obstetras; 16 Odontólogos; entre otros colaboradores asistenciales y administrativos. Cantidad no suficiente para cubrir la oferta

actual ni la futura, tomando en cuenta el incremento de consultorios, salas de hospitalización y salas de operaciones.

Nuestra institución apunta a perfeccionar los servicios ofertados, con miras a conseguir reconocimientos nacionales e internacionales, a través de procesos de acreditación y certificación de especialistas y sub especialistas. El Ministerio de Salud mediante el DS N° 15, de 2007: *Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores Institucionales de Salud, brinda los lineamientos a seguir para la Acreditación de los Establecimientos de Salud*, cuyo objetivo radica en establecer los estándares de calidad necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios. Es este documento, manifiesta como parte de los estándares que deben cumplir los prestadores Institucionales de Salud, es contar con el personal necesario para llevar a cabo las prestaciones, su capacitación, cumpliendo con los protocolos, entre otros.

Asimismo, en el Decreto Supremo N° 57 del 2007, el ente rector de salud, publica el *Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la otorgan*, con la finalidad de establecer los lineamientos para certificar las competencias, conocimientos y habilidades del recurso humano en salud, que contribuyan a resguardar la calidad y seguridad de los usuarios.

## **4. Metodología de Investigación**

### **4.1. Diseño de Investigación:**

El presente estudio, es de tipo observacional, descriptivo, con diseño transversal; en el cual, por factores inherentes a la naturaleza descriptiva del mismo, no sostiene una hipótesis, ni mantiene control sobre las variables de estudio que afecta al suceso de la Brecha de Recursos humanos. De igual manera consideramos un amplio marco teórico que provee a la investigación con datos precisos y veraces.

### **4.2. Muestreos:**

La muestra seleccionada corresponde al entorno en sí del Complejo hospitalario LNS. PNP., con sus cuatro Divisiones principales: Materno Infantil, Medicina, Cirugía, y enfermería; en el cual analizamos la situación, a través del fenómeno de estudio que corresponde a la Brecha de Recursos Humanos.

### **4.3. Instrumentos de Medición:**

Para realizar el siguiente trabajo de investigación se han utilizado los siguientes instrumentos: Inicialmente la recolección de datos numéricos brindados por la Oficina de Recursos Humanos del Complejo Hospitalario PNP LNS, con los que se realizó la estimación de la Brecha de Recursos humanos existente para cubrir la demanda futura generada a partir de la puesta en marcha de la nueva infraestructura. Posteriormente se ha empleado la “Entrevista a profundidad”, la misma que fue aplicada a diferentes Jefes de Servicio, Departamento y Divisiones. Este instrumento consta de catorce preguntas detalladas sobre los principales factores identificados asociados a la Brecha de Recursos Humanos y posibles alternativas para el cierre de brechas. El cuestionario utilizado se detalla en el Anexo 01 y las respuestas de los entrevistados fueron transcritas en el anexo 02.

#### 4.4. Técnicas y Procedimientos:

Para la identificación de las brechas de recursos humanos en el Complejo Hospitalario PNP LNS, se utilizará como modelo la 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 basada en la oferta. La oferta ha sido calculada tomando en cuenta la sumatoria de ambientes con los que contará el Complejo Hospitalario PNP LNS.

Para la determinación de la brecha de recursos humanos existente considerará las siguientes definiciones operativas:

##### a. Carga de trabajo:

Es la cantidad de tiempo asignado a cada RHUS para el desarrollo de actividades asistenciales, administrativas y de capacitación. En general, su medición se realiza en períodos anuales y se expresa en horas como unidad de tiempo.

##### b. Coeficiente de prestación de los procedimientos médicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

Expresión numérica que representa el número de procedimientos médicos del PEAS que debe recibir cada una de las personas beneficiarias del Plan en un período anual. Este coeficiente se ha determinado tomando en cuenta las probabilidades de ocurrencia que tienen cada una de las variantes clínicas y las probabilidades de uso de los procedimientos médicos contenidas en las 140 condiciones asegurables del PEAS. Su determinación ha sido realizada de manera automática a través del aplicativo Asegura v.01 que ha sido desarrollado por el Ministerio de Salud para las estimaciones financieras del PEAS. Dado que el PEAS establece el nivel de atención en el cual se debe entregar cada uno de los procedimientos



médicos, es posible obtener el coeficiente diferenciado por nivel de atención.

c. Estándar de tiempo por procedimiento médico:

Es el tiempo necesario que destinan los RHUS para la realización de cada uno de los procedimientos médicos del PEAS bajo estándares de calidad y eficiencia. El tiempo es determinado en horas para cada grupo ocupacional por procedimiento médico asociado a la variante clínica contenida según condición asegurable del PEAS. Los datos de los tiempos están consignados en el aplicativo Asegura v.01 que ha sido desarrollado por el Ministerio de Salud para las estimaciones financieras del PEAS.

d. Horas efectivas laborales:

Corresponde a la diferencia entre las horas anuales contratadas equivalente a 1 800 (150 horas mensuales por 12 meses) menos 222 horas que no están destinadas a actividades laborales (150 horas por vacaciones y 72 horas por feriados que no se compensan). En términos operativos, para cada grupo ocupacional corresponde 1 578 horas efectivas laborales anuales.

e. Oferta de servicios de salud:

Conjunto de recursos del sistema de salud para poder atender las necesidades de salud de la población. Para ello se consideran los siguientes elementos:

- Estructura Constituida por los recursos humanos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta de servicios y que se organizan en Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de su tamaño (cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población) y nivel

tecnológico (grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función de la severidad de las necesidades de salud de la población).

- Capacidad resolutive Capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población.
- Capacidad de oferta Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en la población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles).

f. Cartera de servicios:

Relación ordenada en la que se incluyen y describen de forma individual los distintos tipos de servicios de salud del establecimiento y que están relacionados entre sí.

g. Procedimiento médico:

Prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos, la cual es realizada por el personal profesional asistencial de los establecimientos de salud el cual incluye a los siguientes grupo ocupacionales: médico cirujano, enfermero, cirujano dentista, obstetra, psicólogo, tecnólogo médico (áreas de Radiología, Laboratorio clínico y Anatomía patológica), nutricionista, trabajador social, biólogo, técnicos asistenciales de salud (en servicios de Enfermería, Laboratorio y Rayos X).

Los pasos a seguir y el cronograma empleado para el desarrollo del siguiente proyecto se detallan en el plan de acción y en el anexo 03,

## 5. Análisis de Resultados

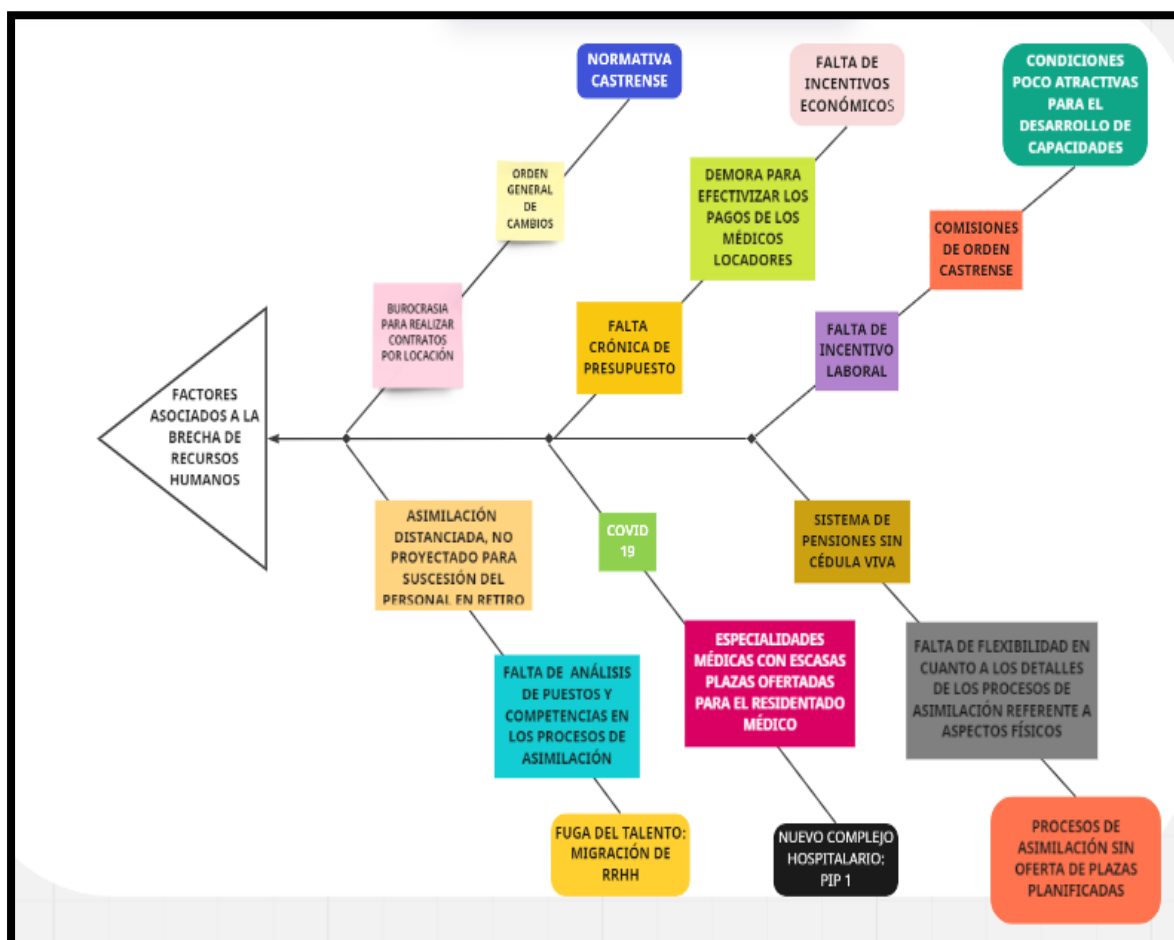
### 5.2. Resultados Cualitativos

Al realizar el análisis de los datos recolectados, aplicando la metodología de la identificación de la brecha de recursos humanos mediante la oferta, se pueden describir los siguientes hallazgos, los cuales son detallados en el Anexo 04. tablas del 01 al 06:

- Las especialidades de la División de Cirugía son las que tienen mayor brecha, esto debido a que el Nuevo Complejo es creado con el fin de brindar mayor oferta en estas áreas, sumado a que son especialidades que durante la pandemia han estado escasas, y se ha manejado el trabajo por muchos años, sin cumplir la cantidad adecuada de Recursos Humanos por norma Técnica y donde la mayoría de los procedimientos actualmente son derivados a IPRESS no PNP, por déficit de ambientes y Recursos Humanos. Dentro de ellas, Anestesiología, es la que mayor brecha presenta, ya que representa el sostén para el funcionamiento de todas las demás especialidades quirúrgica.
- Las especialidades con Cirugía de Alta Complejidad, también requieren mayor personal, ya que en el Nuevo Complejo se ofertan Salas de Operaciones para Cirugía altamente especializada.
- En la División de Apoyo al Diagnóstico, la Especialidad de Radiología, es la que mayor brecha presenta, esto debido a que es especialidad a fin en el diagnóstico y tratamiento, de patologías de Emergencia y decisivas en muchos casos para manejo quirúrgico inmediato.
- En cuanto a la oferta de Especialidades Médicas, a pesar que en conjunto, tienen una cifra elevada de RHUS faltante, se puede observar que, individualmente, la brecha para el Nuevo Complejo es menor, sumado a que no se ofertará camas hospitalarias para estas especialidades en el Nuevo Complejo.

- Finalmente, la División de Áreas Críticas, a pesar de solo contar con dos Departamentos, requiere ser tomada en cuenta como prioridad, debido a su papel fundamental en situaciones como las afrontadas en esta Pandemia.
- En el siguiente esquema presentamos la lista de los principales factores asociados a la brecha de recursos humanos del personal médico en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz, identificando como causas principales una falta crónica de presupuesto, burocracia para realizar contratos por locación para fortalecer un sistema castrense que a partir de las órdenes de cambio que se realizan cada año movilizan recursos médicos no necesariamente teniendo en cuenta los puestos de trabajo y las competencias de cada especialista. Así mismo el COVID 19 también ha develado la fragilidad de nuestro sistema de salud respecto al déficit de los recursos médicos. Por otra parte, en los últimos procesos de Asimilación no se han cubierto las plazas precisamente por falta de incentivos laborales y económicos como el sistema de pensiones del cual se ha eliminado la cédula viva; además los requisitos sujetos en dichos procesos han priorizado un enfoque hacia las características físicas de los postulantes respecto de peso y talla, que no necesariamente va ligado al perfil y capacidad de cada médico, permitiendo así la fuga del talento y la migración constante de los recursos humanos.
- Otro hecho importante resulta en procesos de Asimilación distantes que no prevean la ausencia de recursos generada por el constante personal que va al retiro, asociado ello a la falta de proyección que se debería incluir al momento de ofertar las vacantes en dicho proceso.
- El Proyecto de inversión pública 1 “El nuevo hospital”, se suma a esta lista de factores asociado a la Brecha de recursos médicos, ya que se pretende darle un enfoque con mayor nivel de resolución que requerirá nuevos especialistas, por lo que deberán ofertarse plazas cautivas que prioricen especialidades como UCI y hematología, entre otras.

Gráfico 1. Espina de Ishikawa: Factores asociados a la brecha de Recursos Humanos en el CH PNP LNS



Fuente: Elaboración propia (2022)

### 5.3. Resultados Cuantitativos

Basados en la metodología de Brecha de Recursos Humanos en Salud, se determinó la brecha total en 454 médicos para cubrir la brecha en ambas sedes del Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz.

Como se detallan en el anexo 01: Tablas del 01 al 06; la división más comprometida con el problema de la brecha de RHUS es la División de Cirugía donde se requiere 241 médicos especialistas, de los cuales actualmente cuenta con 94, lo que representa una brecha de 144 médicos, siendo su principal déficit en la especialidad de

Anestesiología, la cual requerirá 49 médicos adicionales a los actuales.

Las otras divisiones con las mayores brechas son la División de Medicina y Especialidades Médicas y la División de Apoyo al Diagnóstico con 102 y 104 médicos faltantes, respectivamente.

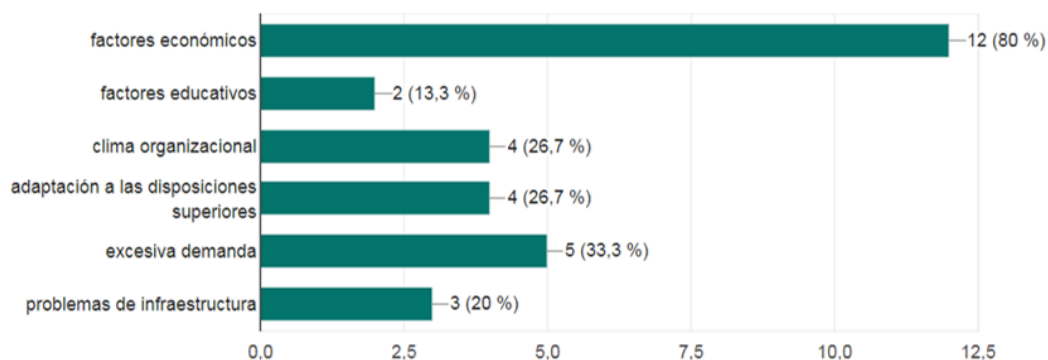
Asimismo, en la División de Áreas Críticas, con dos departamentos a su cargo, solo tiene 12 médicos y se requiere 53 adicionales, representando una brecha importante, toda vez que fueron las especialidades más requeridas durante los últimos años; finalmente, la División Materno Infantil que, cuenta con 29 médicos especialistas, presenta una brecha de 51 médicos.

Como resultado de la entrevista detalladas en los Anexos 1 y 2; se puede apreciar en el gráfico 1 la mayor cantidad de entrevistados señala como causa de deserción de RHUS en el CH PNPLNS los factores económicos (80%), continuando la excesiva demanda de atenciones con un 33%, adaptación a las disposiciones superiores y clima organizacional (26.7%), finalmente problemas de infraestructura con 20%.

Gráfico 2. Causas de deserción de RHUS en el CHPNPLNS

2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:

15 respuestas



Respecto a los aspectos atractivos para la captación de RHUS, se muestra el gráfico 2, el cual revela que la mayoría de entrevistados identifica la estabilidad laboral con un 73.3%, seguido de posibilidad de crecimiento profesional con un 53.3%, equipamiento médico moderno 20%, cultura organizacional y docencia (cada uno con 6.7%).

Gráfico 3. Aspectos atractivos para la captación de RHUS en el CHPNPLNS.

3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?

15 respuestas

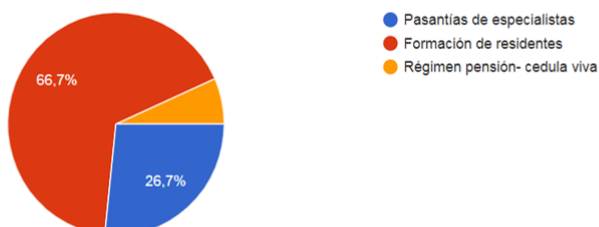


Los profesionales médicos especialistas constituyen el RHUS imprescindible y distintivo de los establecimientos de nivel III categoría 1, motivo por el cual se procedió a la averiguación de opciones para la captación de dichos perfiles, se observa en el gráfico 3 que la mayor cantidad de entrevistados, señala que los especialistas médicos se asimilan por antecedentes de formación en el CHPNPLNS, en su etapa de residentes (66.7%), seguido de la pasantía de especialistas (26.7%) y finalmente el régimen pensión cédula viva con un 6.6%.

#### Gráfico 4. Estímulos para la captación de profesionales médicos especialistas para la asimilación.

4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?

15 respuestas

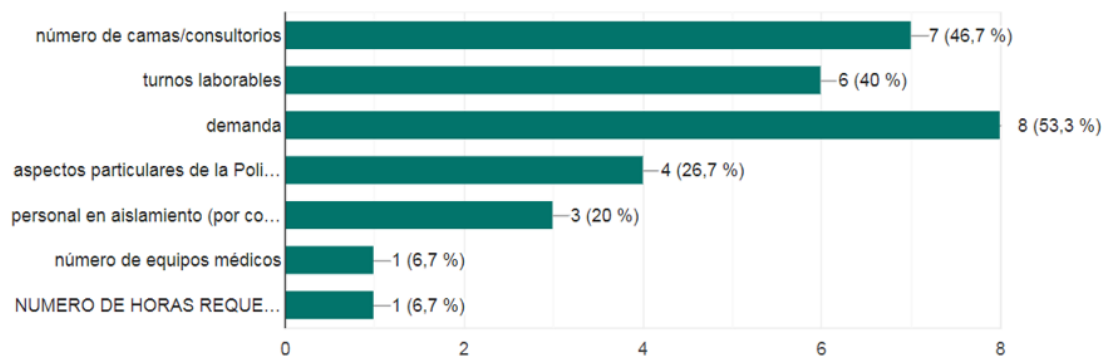


La determinación de brecha de RHUS obedece a la interacción de múltiples variables, las cuáles se muestran en el gráfico 4, considerando los entrevistados, en su mayoría, la demanda de servicios como predominante (53.3%), número de camas / consultorios (46.7%), turnos laborables (40%), aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisión, licencias, entre otros) con un 26.7%, personal en aislamiento (por comorbilidades) en un 20%, número de equipos médicos y número de horas requeridas/número de horas programadas (ambos con un 6.7%).

#### Gráfico 5. Variables para el cálculo de brecha de RHUS en el CHPNPLNS.

5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:

15 respuestas



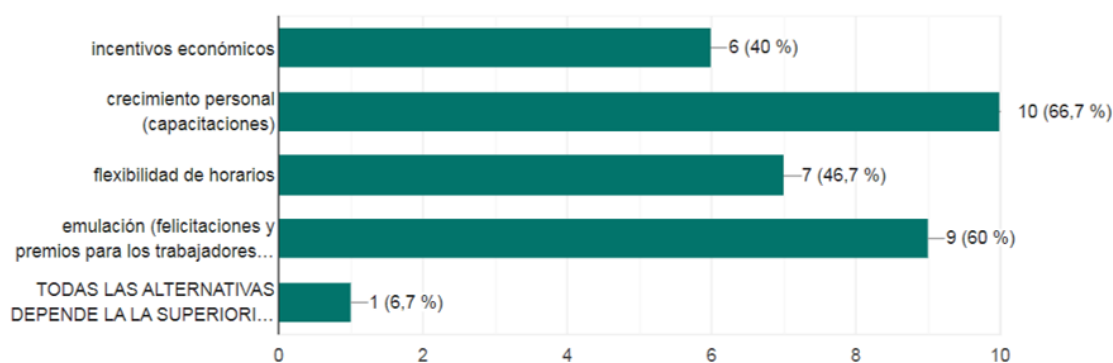


Dentro de las mejoras detectadas por los entrevistados para la retención de los RHUS en el CHPNPLNS, se aprecia en el gráfico 5, que la mayoría señala al crecimiento personal (capacitaciones) con un 66.7%, seguido de emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores) en 60%, flexibilidad de horarios 46.7%, siendo un entrevistado quien señaló que los incentivos dependían de la Superioridad, representando un 6.7%.

Gráfico 6. Mejoras laborales para los RHUS en el CHPNPLNS.

13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:

15 respuestas



## 6. Plan de Acción (Aplicación)

La determinación de la brecha de recursos humanos, resulta ser un pilar indispensable en la Gestión de los Establecimientos de Salud, teniendo en cuenta que existe déficit de recursos humanos a nivel global, regional y local. La Sanidad de la PNP, como población cautiva, debe maximizar los esfuerzos y plantear estrategias para el cierre de brechas.

El presente trabajo de investigación permitirá determinar las brechas de recursos humanos existentes en el Complejo Hospitalario PNP LNS, en el contexto actual, próximos a la puesta en marcha de la nueva infraestructura que contará con 128 nuevas camas hospitalarias, 25 consultorios para la atención ambulatoria y 10 nuevas salas de operaciones; entre otras áreas asistenciales y administrativas. Siendo una necesidad de todos los

Departamentos que forman parte del Complejo Hospitalario PNP LNS, conocer la relación entre la nueva oferta y la demanda a la cual van a satisfacer, así como la brecha de recursos humanos existente en cada Departamento para evaluar de forma oportuna las mejores estrategias para cubrir las plazas faltantes. El cronograma de actividades realizadas se encuentra a detalles en el Anexo 03.

En primer lugar, realizamos una exhaustiva búsqueda bibliográfica para encontrar antecedentes sobre la temática propuesta que sirva para afrontar la problemática de la brecha de RHUS en el complejo hospitalario. Esto permitió conocer problemas, respuestas, experiencias, estrategias y propuestas en otras latitudes y otras instituciones.

La recolección de datos sobre RHUS y sobre la oferta del complejo hospitalario fue recogida a detalles. Primero se recolectó la oferta de la infraestructura en ambientes, para determinar el requerimiento total de RHUS para dar uso efectivo de todos los ambientes. Los datos de los RHUS existentes en las diferentes divisiones fue recogida con muchos problemas por la ausencia de datos actualizados, de años anteriores, de la dinámica y de productividad. Estos datos fueron organizados en tablas para determinar la brecha por cada división y especialidad, para determinar la brecha exacta y las áreas con mayor urgencia de intervención (Anexo 4, Tablas 01-06).

El siguiente paso fue determinar las causas de la falta de atracción laboral y de la deserción. Para lograrlo se elaboró una entrevista dirigida a los jefes de departamento con 14 preguntas (Anexo 01) que tenía el fin de conocer, basado en la amplia experiencia de los profesionales en sus áreas, las carencias de cada área, han coincidido en las causales de deserción, mecanismos de captación y retención de recursos humanos. cinco preguntas tuvieron alternativas basadas en propuestas encontradas en la bibliografía. La entrevista se aplicó a 14 jefes.

Las respuestas de los entrevistados (Anexo 02) fueron organizadas en gráficos estadísticos y analizadas para conocer los principales factores

asociados a la brecha de RHUS y determinar las estrategias que se deberían considerar para cerrar la brecha y alcanzar la optimización de la oferta del Complejo Hospitalario.

## **7. Discusión**

### **7.1. Implicancias**

El presente trabajo de investigación, ha recopilado información de primera mano, del personal clave de los diferentes Departamentos médicos que forman parte del Complejo Hospitalario PNP Luis N Sáenz; quienes con su vasta experiencia en el cargo y con pleno conocimiento de la problemática a la que se enfrentan día a día, han identificado la necesidad de determinar la Brecha de Recursos Humanos en el establecimiento de salud, brecha que indudablemente se incrementará con la puesta en marcha de la nueva infraestructura con el aumento de la oferta de servicios.

Esta investigación tiene aplicación práctica para el complejo hospitalario del PNP. Una vez identificada la brecha de recursos humanos existente, el principal reto consiste en evaluar las posibles alternativas para reducirla. Esto es, desarrollar e implementar estrategias de atracción, retención y distribución de los diferentes profesionales y técnicos en salud, optimizar los recursos logísticos, económicos, de equipos y de infraestructura de la institución. De ese modo se podrá brindar un servicio de calidad, mejorando la satisfacción de los usuarios internos y externos.

Consideramos que esta investigación puede servir a su vez de modelo para otras investigaciones prácticas similares que consideren determinar las brechas de RHUS, determinar las razones y desarrollar estrategias de cierre de brechas, con el fin de alcanzar mejores estándares de calidad en el servicio de salud.

## 7.2. Limitaciones

Una de las principales limitaciones a la que nos enfrentamos para desarrollar el presente trabajo de investigación, radica en la metodología utilizada, toda vez que se ha considerado la Oferta como principal variable, en base a la cantidad de camas hospitalarias, salas de operaciones y consultorios médicos con los que se va a contar al poner en marcha la totalidad de ambas sedes hospitalarias. El total de la infraestructura no consideró en ninguna de las etapas, aspectos tan relevantes como la dotación de Recursos Humanos y logísticas que garanticen el correcto funcionamiento, ni las falencias actuales por las que atraviesa el Complejo Hospitalario. Por ese motivo, se ha considerado la determinación de la brecha de RHUS en relación a la Oferta y no a la Demanda, que, a nuestro parecer, es la mejor metodología a utilizar; pero reconocemos que deja vacíos y posibilidades que otra metodología podría considerar.

También debemos resaltar la ausencia de bibliografía especializada en RHUS en el país. Aunque el MINSA y el ORAS están realizando guías y trabajos exploratorios, los especialistas y las facultades de medicina no están generando conocimientos específicos sobre recursos humanos, brechas y estrategias en estudios de casos de redes de salud, regiones u hospitales; lo que no permite realizar comparaciones, tener modelos metodológicos y prácticos o medir los alcances de las estrategias de cierre brechas de RHUS.

Otra importante limitante fue la escasez de datos y estadísticas de las diferentes jefaturas y departamentos respecto a los RHUS sobre dotación de RHUS, productividad, brechas, requerimientos, entre otros; principalmente de información histórica, de gestiones anteriores, que permita conocer la dinámica de los RHUS y de sus brechas a lo largo del tiempo. Esto muestra una falencia entre los jefes que no consideran la organización de datos sobre RHUS como conocimiento previo necesario para formular estrategias, cerrar

brechas y lograr un mejor servicio. La ausencia de data histórica dificultó tener mayores certezas en la estimación de la brecha.

En las limitaciones, no se puede dejar de considerar, según varias propuestas de especialistas, que toda estrategia de RHUS requiere diálogo de muchas instituciones y sectores con capacidad de toma de decisiones y de implementación políticas públicas; y que por ello limitan los esfuerzos de las instituciones y sus estrategias de cierre de brechas. En ese sentido, una mejora en materia de RHUS requiere cambios en normativas y enfoques de parte del Ministerio del Trabajo, Ministerio del Interior, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación y Policía Nacional del Perú.

El presupuesto proyectado para asimilación de oficiales a la Policía Nacional del Perú para el 2022 es de S/. 34 000,000 según proyecto de ley. Asimismo, en el anexo 05, se detalla el presupuesto aprobado para la contratación de personal profesional de salud para cubrir la brecha de Recursos Humanos del CH PNP LNS mediante CAS es de S/ 17,861,901.20, las cuales se dividen en tres etapas, que han sido consideradas en el Plan Médico Funcional y puesta en marcha de la nueva infraestructura del CH PNP LNS.

### **7.3. Agenda Futura**

La determinación de la Brecha de los recursos humanos nos ha permitido comprender las limitaciones a las que se enfrenta la Institución para brindar un servicio de calidad. La información precisa acerca de la brecha de RHUS nos sirve de sustrato para proponer, desarrollar, programar y aplicar estrategias de cierre de brechas a corto, mediano y largo plazo, y para priorizar las áreas con mayor brecha.

#### **7.3.1 A corto plazo**

- Investigación de motivaciones, intereses, condiciones y expectativas profesionales. Estrategia encaminada al recojo de información útil, a través del personal de psicología del Hospital comandados por la Oficina de Administración, para la adecuada distribución de los profesionales de salud existentes en el Hospital, así como el direccionamiento de la política educativa, motivacional y aprovechamiento de incentivos laborales plasmados en la normatividad respectiva de la PNP, con actualizaciones constantes y sostenibles para garantizar un mejor desempeño, reducción de deserción y atracción a trabajadores inactivos.
- Elaboración del perfil epidemiológico del Hospital en apoyo con las alertas emitidas por el Ministerio de Salud. Priorización de servicios (rotación de personal) en función al comportamiento de las cifras estadísticas de las patologías prevalentes y emergentes.
- Sinceramiento y proyección del Cuadro de Asignación de personal vigente de cada unidad productora de servicios (UPSS) para el establecimiento de los perfiles de puesto ocupados y vacantes, además de las evaluaciones de desempeño. Esta medida consistiría en un dimensionamiento real de los profesionales y técnicos dedicados tanto a la labor asistencial como administrativa, su papel en la productividad de sus servicios y la definición de mantenimiento o reasignación en función a la rentabilidad de sus labores en sus puestos de trabajo.
- Reconfiguración del Organigrama de la Subdirección del Hospital para la adecuación de las Divisiones y departamentos en función a los procesos intersectoriales, en base a un layout probado y aprobado. Permite la adecuación del Plan Médico Funcional a la realidad estadística y la integración de procesos por departamentos, creando productos (servicios) de calidad y con menor gasto de recursos.

- Integración del personal profesional y técnico de salud no médico en las diferentes especialidades médicas para el aporte de sus conocimientos en la complementación de las labores encaminadas al diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz de los pacientes (manejo o conformación de equipos multidisciplinarios). Con la proyección de crear escuela de dichas profesiones especializadas en el manejo de determinado grupo de patologías y la continua afluencia de estudiantes de pregrado y postgrado, que se podrían sumar a la fuerza laboral del hospital.
- Colaboración de profesionales de la salud no médicos que aún mantienen restricciones de atención por su especialidad en el contexto de la pandemia por COVID 19, como es el caso de los odontólogos, en unidades prioritarias (emergencia, cuidados intermedios e intensivos) para el apoyo administrativo (elaboración de documentación y manuscrito de documentos médicos), que garanticen la reducción de tiempo en la parte operativa de la atención médica, además de repercusión en la alta rotación y desocupación de camas.
- Invitación de representantes de las sociedades médicas al Hospital, para la propuesta de pasantías de personal de salud interno o residente, con la finalidad de lograr atracción hacia los mecanismos de captación de personal, creación de base de conocimiento que promueva la investigación y estándares de prácticas médicas, además de cambios en la cultura organizacional que permitan la transformación de los procesos hospitalarios hacia un modelo intersectorial. Asimismo, esta medida generaría el ingreso inmediato de mayor número de personal de salud potenciando la fuerza laboral existente y mejor aprovechamiento de los recursos.
- Solicitud por parte de las autoridades del Hospital hacia la UGIPRESS (Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Salud) para la reasignación de personal comisionado o presente en otras IPRESS PNP periféricas, sin

costo para el Estado, que por su especialidad no pueda realizar prestaciones de salud en su establecimiento de salud actual, por no encontrarse tarifados, según el nivel y la categoría expresado en el Convenio de Intercambio Prestacional vigente entre la UGIPRESS y la IAFAS (Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud).

- Evaluar el estado situacional de la telemedicina en el hospital, para la simplificación de procesos de obtención de citas y traslados de pacientes con limitaciones físicas o patologías de capa simple. Puede extenderse a las IPRESS PNP a Nivel Nacional y así lograr la contención de afluencia y embalse de pacientes al Segundo y Tercer Nivel de atención, así como mejorar los procesos de farmacia al identificar puntos de distribución de tratamiento para patologías específicas.
- Elaboración de documentos técnicos que sugieran el flujograma de atención adecuado para la parte histórica y del nuevo complejo, promoviendo buenas prácticas de referencia y contrarreferencia para mantener y en el futuro superar la capacidad resolutoria, además del eficiente manejo de recursos.
- Flexibilidad en las restricciones de farmacia para la prescripción de medicamentos utilizados de forma infrecuente por parte de unas especialidades médicas, contribuyendo al descongestionamiento de ciertas Unidades productoras de servicio y recarga laboral de sus trabajadores.
- Conformación de equipos de especialistas itinerantes con alto índice de rotación, que según la investigación epidemiológica de la Dirección de Sanidad Policial establezca un cronograma de visitas a las IPRESS PNP periféricas a nivel de Lima Metropolitana y Callao, para la atención de pacientes programados con la finalidad de que exista un mejor acercamiento y relación con los derechohabientes, mejorando los índices de satisfacción y reducción de referencias al tercer nivel de atención.



- Dar rostro a la Sanidad Policial, seleccionando un representante por cada profesión de salud para la grabación de videos promocionales y sociabilización de contenido de salud, recomendaciones para los pacientes ante las enfermedades emergentes, consejos respecto a las campañas diagnósticas y vacunación. Mediante las redes sociales del hospital podría difundirse la información y así reducir las visitas hospitalarias por patologías de capa simple.

### 7.3.2 A mediano plazo:

- Habilitación de nuevos procesos de asimilación con propuestas atractivas. Además de contar con equipamiento moderno, estabilidad laboral, propuesta de formación de especialistas y oportunidades de crecimiento personal.
- Ante la ausencia de subespecialistas y la escasez de recursos económicos, se podría realizar la compra de servicios (servicios personalísimos) por cada necesidad debidamente justificada.
- Desarrollo de sistema de tecnología de información y base de datos, para la administración y monitoreo de la fuerza laboral de salud. Además de generar los reportes de producción y promover la sana competencia entre las diversas profesiones de salud, con reconocimientos e incentivos permitidos por la normativa vigente.
- Fortalecimiento de convenios educativos con las Universidades, sociedades científicas e Institutos como fuentes de posibles candidatos para las modalidades de captación de recursos humanos en salud.
- Participación en el proceso general de distribución de recursos humanos a nivel de la Policía Nacional del Perú para garantizar una adecuada asignación de personal con criterios de selección y perfiles proporcionados por las áreas especializadas.
- Perfeccionamiento del Convenio de Intercambio Prestacional con la IAFAS, incrementando la cartera de servicios y

actualizando periódicamente el tarifario de prestaciones de salud (según los costos de insumos, servicios, recursos humanos y otras variables intervinientes). Esto permitiría la generación de mayor cantidad de recursos económicos para la contratación de personal y así reducir la brecha resultante de recursos humanos en salud.

- Actualización de los documentos de gestión de los servicios en función a los recursos humanos existentes y requeridos. Con la finalidad de justificar la necesidad de contar con nuevas especialidades o subespecialidades en salud, toda la documentación sustentatoria debe ser mejorada (desde el inventario de procedimientos hasta las guías de práctica clínica y procedimientos en salud), para la apertura de nuevos requerimientos de asignación presupuestal.
- Posibilidad de venta de servicios a otras IAFAS o IPRESS públicas, privadas o mixtas, sin crecimiento exponencial de demanda, que aumenten los recursos económicos y favorezca la oportunidad de contar con nuevos profesionales de salud competentes.
- Injerencia en la toma de decisiones a nivel de la Superioridad para evitar la realización de comisiones que demanden atenciones médicas no debidamente sustentadas. Permitiendo el fluido de pacientes y no creando cuellos de botella en los servicios afectados.
- Promover la recategorización de las IPRESS PNP periféricas para la rotación de personal de salud. Ante el posible exceso de personal en ciertas especialidades, se podría justificar su reasignación y así descentralizar varios procedimientos, contribuyendo al descongestionamiento del hospital.

### 7.3.3 A largo plazo:

- Reformas en la normatividad legislativa de la Dirección de Sanidad Policial, propuesta para su cambio de posición en el

organigrama general de la Policía Nacional del Perú y así mejorar considerablemente el presupuesto anual para el cierre de brecha de recursos humanos y de otros aspectos, tales como de infraestructura y equipamiento.

- Identificación e inversión en las IPRESS PNP a nivel nacional en lugares estratégicos por su localización geográfica y disponibilidad de transporte aéreo. Mediante un convenio con la Dirección de Aviación policial permitiría la disponibilidad de vuelos para el traslado de pacientes, profesionalización del personal de salud en soporte de emergencia y desplazamiento a zonas inaccesibles de profesionales especialistas para evaluación de los pacientes locales, reduciendo los costos de movilidad y contratación de servicios privados sin la monitorización y seguimiento respectivos.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con las sanidades de las Fuerzas armadas en materia educativa, con participación normativa por parte del Estado.
- Lograr la certificación de calidad ISO y brindar legitimidad a las gestiones directivas del hospital. Convirtiendo a nuestro hospital en una institución inmanente y referente a nivel nacional.
- Convocatoria de las Entidades internacionales certificadoras (como por ejemplo la Joint Commission), Sociedades Mundiales de las especialidades médicas presentes en el hospital para una acreditación que atraiga profesionales y experiencias nuevas, con los avances tecnológicos, y contar con recursos humano en salud muy competente.
- Apertura de nuevos centros hospitalarios categoría III-1 en diferentes regiones del país y Lima para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Referencia y Contrareferencia.
- Ampliación de posibilidades en las normas de asimilación del personal PNP para poder contar con otros profesionales, como ingenieros, economistas, contadores, arquitectos, entre otros. Su apoyo en las gestiones hospitalarias y en la ideación de

proyectos de inversión pública garantizarían el ahorro en la contratación de servicios de bata gris, además de permitir la innovación tecnológica en los procesos médicos y su estandarización.

## 8. Conclusiones y Recomendaciones

### Conclusiones:

- a) Basados en la metodología de Brecha de Recursos Humanos en Salud, se determinó la brecha total en 454 médicos para cubrir la brecha en el Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz.
- b) La mayor parte de especialidades y todas las divisiones, presentan escasez en su personal. La división más comprometida con el problema de la brecha de RHUS es la División de Cirugía donde se requiere 241 médicos especialistas, de los cuales actualmente cuenta con 94, lo que representa una brecha de 144 médicos, siendo su principal déficit en la especialidad de Anestesiología, la cual requerirá 49 médicos adicionales a los actuales. Las otras divisiones con las mayores brechas son la División de Medicina y Especialidades Médicas y la División de Apoyo al Diagnóstico con 102 y 104 médicos faltantes, respectivamente. Así mismo, el Complejo Hospitalario contará con modernas salas de operaciones de mediana y alta complejidad, sin embargo, no cuenta con Subespecialistas para cumplir con esas funciones.
- c) En contraparte, a pesar que en la División de Áreas Críticas solo hay 12 médicos y se requiere 53 adicionales, representa una carencia importante, ya que solo cuenta con 2 departamentos y finalmente, la División Materno Infantil que, cuenta con 29 médicos especialistas, presenta una brecha de 51 médicos.
- d) Según las respuestas de los jefes de departamento entrevistados, el principal factor asociado a las brechas de RHUS existente en Complejo Hospitalario PNP Luis N. Sáenz es la baja captación mediante el proceso de asimilación de personal profesional y técnico, puesto que no es atractiva principalmente por factores económicos (80%). Este motivo es además la principal causal de deserción.

- e) Los otros causales de la baja captación y de deserción señalados fueron: excesiva demanda de atenciones (33%), adaptación a las disposiciones superiores y clima organizacional (26.7%) y problemas de infraestructura (20%).
- f) Los factores que atraen a la captación y retención de RHUS son principalmente la estabilidad laboral (73.3%), seguido de la posibilidad de crecimiento profesional (53.3%).
- g) Se determinó que los médicos especialistas que deciden asimilarse a la PNP lo hacen durante su etapa de residentes (66.7%) por encima de pasantías u otra forma de ingreso.

**Recomendaciones:**

- Las decisiones que los Altos Mandos tomen sobre la administración de los RHUS deberían centrarse en un modelo sistematizado basado en los adecuados perfiles de puesto, en cada Unidad Productora de Servicios (UPSS), tomando en cuenta como insumos los datos estadísticos, documentos de gestión (Cuadros de asignación de personal, guías de práctica clínica, guías de procedimiento en salud), y data histórica obtenida por la oficina de administración (índice de rotación de personal, frecuencia de deserciones, movimiento de internos y residentes por especialidad, entre otros).
- Es imprescindible la inversión en potenciar la Unidad de Tecnología de la Información, tanto del Complejo Hospitalario Luis N. Sáenz como de la Dirección de Sanidad Policial. La enorme asimetría de información presente entre la IAFAS y nuestra UGIPRESS e IPRESS contribuye a que la brecha de RHUS se incremente.
- El continuo posicionamiento de personal de salud inexperto en temas de gestión en cargos estratégicos, sumado a la falta de recursos financieros para la contratación de consultorías o capacitaciones en la materia deben ser tomados como prioridad para las inversiones de la UGIPRESS.

- Con el establecimiento de alianzas estratégicas o convenios con otras instituciones de salud, debidamente coordinadas y consensuadas, se pueden paliar diversos temas relacionados a los RHUS. Esto conllevaría a la revisión y actualización de los convenios ya existentes.
- La participación activa de la Sanidad Policial en aspectos preventivos y promocionales a nivel nacional, además de involucrar al Comando Institucional en dichas políticas de salud, permitiría la apertura de nuevas formas de financiamiento para el continuo mejoramiento de las IPRESS PNP cerrando las brechas existentes.
- Ante la aparición de nuevas enfermedades y la aplicación de tecnologías para la consulta médica a distancia, se deberían incorporar a éstos como nuevos aspectos de inversión, además de acercamiento con el tercer nivel de atención hacia las IPRESS PNP periféricas sin posibilidad de atención especializada por falta de convenios o ausencia de mayores niveles de complejidad y escasa capacidad resolutiva (posibilidad de farmacia itinerante).
- Como hospital docente el Complejo Hospitalario Luis N. Sáenz atrae anualmente un número importante de estudiantes de medicina, internos y residentes, los cuales al sumarse a la fuerza laboral existente deberían ser atraídos a los procesos de asimilación mediante su inserción a la cultura organizacional institucional y capacidad docente de nuestros especialistas.
- Si sólo vemos al RHUS como parte prescindible de la Sanidad Policial y no se inician las gestiones para el incentivo mediante normas que garanticen el bienestar, los altos índices de deserción y mala percepción de clima organizacional se mantendrán.
- Mediante un adecuado liderazgo, los RHUS se comprometerían en su labor cotidiana a mejorar su rendimiento, por lo que se requiere la participación del sector en sesiones de Coaching para ese objetivo y adherirse a la metodología Kaizen, en bien de la Institución.
- Para lograr la legitimidad y sostenibilidad de las gestiones directivas en la Sanidad Policial, se haría necesario el proceso de costeo ABC con la amplia participación de todos los actores en los servicios de salud, haciendo de esto un sistema que permita la toma de decisiones

estratégicas de forma acertada, incluyendo la administración de los RHUS.

- Actualización continua en procesos de investigación y elaboración de documentos de gestión, con participación de sectores de financiamiento y salud, que mantengan la base de información de RHUS actualizada y disponible para las áreas estratégicas ante posibles contingencias o decisiones de la Superioridad. Asimismo, las capacitaciones o pasantías en áreas como el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) serían de vital importancia para la toma de decisiones en el manejo de los procesos.



## 9. Referencias

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (s.f.). *Cálculo de brecha de recursos humanos y propuesta de asignación de dotación del equipo básico para el primer nivel de atención. DIRES San Martín, 2013-2015.* Recuperado el 29 de enero del 2022, de [http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wpcontent/uploads/2015/11/DOC\\_TEC\\_RH\\_Calculo\\_BrechaRH\\_SH.pdf](http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wpcontent/uploads/2015/11/DOC_TEC_RH_Calculo_BrechaRH_SH.pdf)

Asamblea Mundial de la Salud (mayo, 2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030.* Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf)

Campbell, J.; Buchan, J.; Cometto, G.; David, B.; Dussault, G.; Fogstad, H.; Fronteira, I.; Lozano, R.; Nyong'o, F.; Pablos, A.; Quain, E.; Starrs, A. & Tangcharoensathien, V. (2013), Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*, 91, 853-863. <https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2013.v91n11/853-863/en>

Cañizares, R. & García, J. (2015). *Planificación y gestión de recursos humanos. Salud en los países andinos. Evidencias para la toma de decisiones.* Lima: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33827>

Cazas, B. (2018). Brecha de recursos humanos en salud, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, del sub sector público, en la red de salud N° 2 nor oeste, del Municipio de La Paz, gestión 2017. (Tesis Maestría, Universidad Mayor de San Andrés). Recuperada de <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/21068>

Chen, L.; Evans, T.; Anand, S.; Boufford, J.; Brown, H.; Chowdhury, M.; Cueto, M.; Dare, L.; Dussault, G.; Elzinga, G.; Fee, E.; Habte, D.; Hanvoravobchai, P.; Jacobs, M.; Kurowski, C.; Michael, S.; Pablos, A.; Sewankambo, N.; Solimano,

G.; Stiwell, B.; De Waal, A. y Wibulpolprasert. (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*, 364, 1984-1990. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673604174825>

Espinoza, E.; Gil, W. & Agurto, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46 (4). Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e2146/es>

García, H.; Cuzco, M. & Peralta, F. (2014). *Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021\\_norma-10.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-10.pdf)

García, H.; Díaz, P.; Ávila, D. & Cuzco, M. (2015). La reforma del sector salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76, 7-26. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832015000100002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002)

Hongoro, C. & McPake, B. (2004). How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 364, 1451-1456. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673604172292>

Inga, F. & Arosquipa (Junio, 2019), C. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36 (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000200021](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200021)

Joint Learning Initiative (JLI) (2004). *Human resources for health. Overcoming the crisis*. Washington: Harvard University – Global Equity Initiative. [https://www.who.int/hrh/documents/JLI\\_hrh\\_report.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/JLI_hrh_report.pdf)

León, M. (2014). *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*. Lima: Ministerio de Salud. Recuperado de [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021\\_norma-10.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-10.pdf)

Mæstad, O. (2006). *Human Resources for Health in Tanzania: Challenges, Policy Options and Knowledge Gaps*. Berge: CHR Michelsen Institute. Recuperado de <https://www.cmi.no/publications/file/2175-human-resources-for-health-in-tanzania-challenges.pdf>

Ministerio de Salud (2005). *Los lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos de salud. Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los recursos humanos en salud*. Lima: Ministerio de Salud.

<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/l-02.%20Los%20Lineamientos%20de%20politica%20nacional%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20recursos%20humanos%20de%20salud.pdf>

Ministerio de Salud (2007). *Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud*. Lima Ministerio de Salud [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4788\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4788_recurso_1.pdf)

Ministerio de Salud (2007). *Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la otorgan*. Lima Ministerio de Salud [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4799\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-4799_recurso_1.pdf)

Ministerio de Salud (2018). *Información de Recursos Humanos en el sector salud, Perú 2017*. Lima: Ministerio de Salud. Disponible en [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321073/Informaci%C3%B3n\\_de\\_recursos\\_hu manos\\_del\\_sector\\_salud\\_Per%C3%BA\\_201720190613-19707-1fnxkxn.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/321073/Informaci%C3%B3n_de_recursos_hu manos_del_sector_salud_Per%C3%BA_201720190613-19707-1fnxkxn.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (Julio 2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana / 69ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## 10. Anexos

### **ANEXO 01: MODELO DE ENTREVISTA A LOS JEFES DE DEPARTAMENTO DEL CHPNPLNS**

1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?
2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:
  - factores económicos
  - factores educativos
  - clima organizacional
  - adaptación a las disposiciones superiores
  - excesiva demanda
  - problemas de infraestructura
3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?
  - Equipamiento médico moderno
  - Estabilidad laboral
  - cultura organizacional
  - docencia
  - posibilidad de crecimiento profesional

4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?
- Pasantías de especialistas
  - Formación de residentes
5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:
- número de camas/consultorios
  - turnos laborables
  - demanda
  - aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisiones, retenes, vacaciones, licencias, etc)
  - personal en aislamiento (por comorbilidad)
  - número de equipos médicos
6. Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.
7. Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?

8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?
9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?
10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?
11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?
12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?
13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:
  - incentivos económicos
  - crecimiento personal (capacitaciones)
  - flexibilidad de horarios

- emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados)

**14.** Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?



## **ANEXO 02: RESPUESTAS DE LOS ENTREVISTADOS**

### **ENTREVISTADO 01:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? Asimilación**
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento: factores económicos / clima organizacional / excesiva demanda**
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Estabilidad laboral**
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Formación de residentes**
- 5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: demanda**
- 6. Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. Prestación en los servicios críticos**
- 7. Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? Capacitación del personal**
- 8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital**

**de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** No saturar el hospital de alta complejidad

- 9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Influye mucho por la falta de capacidad de resolución de las patologías que podrían tratarse en dicho nivel de atención.
  
- 10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Repercute, si no se cuenta con la oferta de profesionales para atender dicha demanda, generando citas diferidas.
  
- 11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?** Podría proponerse un sistema basado en la contratación de médicos altamente especializados en función en la asignación de una demanda específica, en base a presupuesto por resultados.
  
- 12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?** Tienen que depender funcional y administrativamente a cada departamento, cada departamento hará el requerimiento de personal en función de su cartera de servicios y su demanda, la unidad de personal tiene que auditar periódicamente la asignación de puesto.

- 13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** flexibilidad de horarios
- 14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** La falta de profesionales que cubran la oferta
- 15. Nombre:** HECTOR IGNACIO OLANO CASTILLO
- 16. División / Departamento:** Departamento de enfermedades infecciosas
- 17. Correo electrónico:** hectorolanoc@gmail.com

**ENTREVISTADO 02:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** Enfermería asistencial
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** clima organizacional
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** posibilidad de crecimiento profesional
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?**

Otro: Régimen pensión- cedula viva

5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: número de camas/consultorios, turnos laborables**
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. Sí.**
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? Disposición de cumplimiento de la demanda**
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud? Que el flujo de atención sea en menor tiempo**
9. **El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital? Negativamente.**
10. **Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? Negativamente.**

11. **¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?**

Nombramiento.

12. **La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

No, si se maneja por departamentos, las jefaturas son las responsables.

13. **En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: Crecimiento personal (capacitaciones), flexibilidad de horarios**

14. **Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?**

Escasez de recursos

15. **Nombre:** Jessica Saravia

16. **División / Departamento:** Cirugía Plástica

17. **Correo electrónico:** jessihsaral@gmail.com

**ENTREVISTADO 03:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? Asimilación**
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento: factores económicos**
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Estabilidad laboral, posibilidad de crecimiento profesional**
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?**

Formación de residentes

5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: número de camas/consultorios, demanda**
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. No, porque solo se consideró los servicios Médicos.**
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? Laparoscopia de avanzada.**
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de**

**recursos humanos en salud?** Va a haber muchos pacientes con patología simple que demanden atención. La capacidad de oferta sería insuficiente.

**9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Existen muchos especialistas en periféricos, lo cual aumenta la brecha de especialistas en el CH LNS.

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Al disminuir la demanda, podría reducir la brecha.

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?**

Inicialmente sería pago por honorarios por procedimiento. Posteriormente sería CAS o, nombramiento. Y posteriormente por capacitación de nuestro personal.

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Cada División debe encargarse de la determinación de la brecha de recursos humanos.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** crecimiento

personal (capacitaciones), emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados)

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?**

Desconozco.

**15. Nombre:** Miguel Forero

**16. División / Departamento:** Cirugía General

**17. Correo electrónico:** [mforero61@hotmail.com](mailto:mforero61@hotmail.com)

#### **ENTREVISTADO 04:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? Contrato CAS**
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento: factores económicos / excesiva demanda**
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Posibilidad de crecimiento personal**
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Pasantías de especialistas**
- 5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su**



**determinación? Señale las que ud considera indispensables:** número de camas/consultorios, turnos laborables, demanda, aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisiones, retenes, vacaciones, licencias, etc), personal en aislamiento (por comorbilidad)

6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** No se ha considerado
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** La posibilidad de crecimiento profesional y, cohesión del servicio
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** Potenciar el primer nivel en salud, con médicos generales capacitados en el Hospital para ejercer mayor control en ese nivel mientras haya déficit de recursos humanos.
9. **El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Mucho, ya que el déficit de atención en éstas áreas aumenta la demanda en el Hospital.
10. **Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Aumenta la demanda la cantidad de

pacientes crónicos que no pueden ser atendidos ni recibir medicinas en primer nivel por la necesidad de atención por especialistas.

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? Asimilación.**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Si tuviéramos una división funcional por departamento mejoraría el cálculo de la brecha.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** incentivos económicos, crecimiento personal (capacitaciones), flexibilidad de horarios, emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados), flexibilidad de horarios.

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** La flexibilidad se da en el entendimiento que puede haber cambios en el transcurso de la Evaluación

**15. Nombre:** Yvette Sarella Nolte Pardo Figueroa

**16. División / Departamento:** Departamento de Obstetricia

**17. Correo electrónico:** [sarellanolte@hotmail.com](mailto:sarellanolte@hotmail.com)

### **ENTREVISTADO 05:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? Personal asimilado PNP**
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento: excesiva demanda**
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Estabilidad laboral**
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Formación de residentes**
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: demanda**
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. Prestación en los servicios críticos**
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? Capacitación al personal de salud**
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de**

**recursos humanos en salud?** Menor tiempo de atención del paciente tratando de solucionar en mayor posible su demanda

**9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Influye porque no atiende patologías complejas que llegan al hospital y es perder personal profesional capaz de resolver problemas de salud complejo.

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** No afectaría en la brecha de personal.

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?** Contrato por terceros.

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Si debido a que el personal profesional administrativo no está inmerso en los problemas médicos que solo el personal médico conoce.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** flexibilidad de horarios

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar**

**la flexibilidad de ese proceso?** Flexibilidad laboral e incentivos económicos

**15.Nombre:** Ada Cabrera

**16.División / Departamento:** División Materno Infantil / Departamento de Neonatología

**17.Correo electrónico:** adagina@hotmail.com

### **ENTREVISTADO 06:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** contratación de médicos especialistas, capacitación de médicos especialistas.
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / factores educativos / problemas de infraestructura
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Estabilidad laboral, docencia, posibilidad de crecimiento profesional
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Pasantías de especialistas
- 5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** turnos

laborables, demanda, otros: NUMERO DE HORAS REQUERIDAS -  
NUMERO HORAS PROGRAMADAS

6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** No, solo consultorio
  
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** MEDICOS CAPACITADOS, ALIANZAS ESTRATEGICAS CON MEDICOS ESPECIALISTAS PARA TELEJUNTAS VIRTUALES.
  
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** TENER EN PRIMER NIVEL DE ATENCION ESPECIALISTA EN SALUD COMUNITARIA, BRINDAR EDUCACION POR PARTE DE LA ESPECIALIDAD AL PERSONAL MEDICO DEL 1ER NIVEL DE ATENCION PARA MANEJO DE PATOLOGIAS PARA REFERENCIA, INSTALACION Y MANEJO DE TELESALUD EN EL PRIMER NIVEL CON TELEINTERCONSULTA SINCRONA O ASINCRONA PARA DETERMINAR SU REFERENCIA O NO CON EXAMENES, SOCIABILIZACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA DERIVACION DE PACIENTES A UNO DE MAYOR NIVEL, PROGRAMACION VIRTUAL DE CITA PARA LA ATENCION PRESENCIAL DEL PACIENTE REFERIDO, BRINDAR DOTACION O ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS QUE PUEDAN SER DISPENSADOS SEGUN NIVEL DE ATENCION.
  
9. **El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la**

**cantidad de personal de salud del hospital?** SI HAY PERSONAL SANITARIO CAPACITADO EN IPRESS PERIFERICAS, PODRIA ATENDERSE LA DEMANDA EN HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD REDUCIENDO LA CANTIDAD DE PACIENTES CON PATOLOGIA NO COMPLEJA QUE PUEDA SER MANEJADO A OTRO NIVEL.

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** SE TENDRIA UNA BRECHA ALTA, Y SE REQUERIRIA MAYOR PERSONAL PARA UNA OPORTUNA ATENCION.

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?** MODALIDAD CAS.

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

SI PODRIA MEJORAR YA QUE CADA ESPECIALIDAD PUEDE DETERMINAR EL PERSONAL NECESARIO Y COLOCAR UN GRUPO ESPECIAL DE APOYO PARA COMISIONES PUDIENDO ESTE SER ROTATIVO.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** incentivos económicos, crecimiento personal (capacitaciones), flexibilidad de horarios, emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados).

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** DESCONOZCO

**15.Nombre:** MARIA PATRICIA GORDILLO DEL ARROYO

**16.División / Departamento:** DIVISION DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MEDICAS -DPTO REUMATOLOGIA

**17.Correo electrónico:** MARIAPATRICCIA@HOTMAIL.COM

**ENTREVISTADO 07:**

**1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** CAS

**2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / clima organizacional / adaptación a las disposiciones superiores / excesiva demanda

**3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Equipamiento médico moderno,

Estabilidad laboral, cultura organizacional, posibilidad de crecimiento profesional

**4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Formación de residentes

**5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su**



**determinación? Señale las que ud considera indispensables:** número de camas/consultorios, turnos laborables.

- 6. Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** Se han considerado los médicos que hacen interconsultas y los que hacen procedimientos
- 7. Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** Personal capacitado, involucrado e identificado con el Dpto.
- 8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** Gestionar convenios atractivos con IPRESS no PNP.
- 9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Se debe realizar una reorganización del personal en periféricos y capacitarlos para mejorar el sistema de referencias y contrarreferencias.
- 10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Sesgaría el cálculo, pues es población que de todos modos serán usuarios del hospital del 3er nivel.

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? CAS**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Es más organizado si no se considera a ese personal de forma dispersa, todos deberían ser considerados en un solo Departamentos.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** incentivos económicos, crecimiento personal (capacitaciones), emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados)

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** La existencia de brecha de recursos humanos genera insatisfacción de los usuarios internos y externos, por lo que reducir la brecha amerita continuos cambios en diferentes aspectos.

**15. Nombre:** Natalie Córdova

**16. División / Departamento:** DIVMEM/ Departamento de Nefrología

**17. Correo electrónico:** nefronatalie@gmail.com

**ENTREVISTADO 08:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? Presencial**
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento: factores económicos**
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Estabilidad laboral**
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Formación de residentes**
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: número de camas/consultorios, número de equipos médicos**
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. No.**
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? Siempre listos.**
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud? No referir por gusto.**

9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital? Bastante.
10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? No.
11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? Presencial.
12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado? No.
13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: incentivos económicos, emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados).
14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso? Trabajar más.

15. **Nombre:** Rosemarie Melgar

16. **División / Departamento:** Departamento de dermatología

17. **Correo electrónico:** milay\_melgar@hotmail.com

### **ENTREVISTADO 09:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** Posible
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Posibilidad de crecimiento profesional.
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Formación de residentes
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** número de camas/consultorios
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** Atención en consultorios.
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** El compromiso con el trabajo
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital**

**de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud? Que se cumplan los protocolos**

**9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital? Disminuye el tiempo de espera**

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? Atención pronta.**

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? CAS**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado? cada departamento tiene que contar con su propio equipo de trabajo que dependa directamente.**

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: crecimiento personal (capacitaciones)**

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso? flexibilidad de horarios**

**15.Nombre:** Reyna Zoila Solano Oyarce

**16.División / Departamento:** Departamento de Psiquiatría

**17.Correo electrónico:** reinazoilaucv@hotmail.com

**ENTREVISTADO 10:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? El proceso de asimilación y la capacitación continua en cada área**
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** adaptación a las disposiciones superiores
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento? Estabilidad laboral**
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Formación de residentes**
- 5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** turnos laborales
- 6. Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** Depende de muchos factores en cada área.

- 7. Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** Capacitación previa para brindar servicio con calidad en nueva cartera de servicio que estamos ofreciendo.
- 8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** La comunicación y coordinación.
- 9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Influyen mucho debido a que es un hospital de referencia y la demanda es alta.
- 10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Fortalecer nivel periférico.
- 11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?** Asimilar subespecialistas
- 12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**



Debe estar integrada por el personal de cada área debido a que conoce la realidad de cada servicio.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** crecimiento personal (capacitaciones), flexibilidad de horarios, emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados)

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** La organización y planificación de los procesos.

**15. Nombre:** Carmencita Bardales Hidalgo

**16. División / Departamento:** Departamento de endocrinología

**17. Correo electrónico:** carmenbardalesh@hotmail.com

### **ENTREVISTADO 11:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** Cartera de Servicios
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / factores educativos / problemas de infraestructura
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Estabilidad laboral

4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Formación de residentes
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisiones, retenes, vacaciones, licencias, etc).
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** Es importante la prestación en los servicios críticos
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** Personal capacitado.
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** Fortalecer el nivel 1
9. **El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Influye mucho
10. **Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera**

**podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? Manejando adecuadamente al paciente.**

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? CAS.**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Creo auxiliares y enfermera deben de estar manejada por la división de enfermería.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: crecimiento personal (capacitaciones), emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados).**

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso? Para que las personas no se retiren.**

**15. Nombre:** Roxana Veronica Murrugarra Meza

**16. División / Departamento:** Departamento de Medicina Interna

**17. Correo electrónico:** rvmurrugarra@gmail.com

**ENTREVISTADO 12:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** Asimilación
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Equipamiento médico moderno
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Formación de residentes
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** demanda
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** El tiempo perdido de un personal asistencial en hacer labores administrativas por falta de personal administrativo. Sobre todo, cuando la superioridad en forma indiscriminada y sin tener prioridad lo solicitado lo piden " en el día", distraendo al personal de su labor netamente asistencial. otro caso es las "comisiones" dónde piden personal altamente calificado y de nivel 3 de atención para llevarlo a desarrollar atención primaria, haciendo perder la oportunidad de atención netamente especializada de algún usuario... cuando al especialista lo enviaron a realizar atención primaria.
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** Capacitación profesional permanente

- 8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** Una vez solucionada la Patología por la cual fue referida...el control, seguimiento y la evaluación posterior de la evolución de la recuperación debe ser a cargo del médico de su lugar de origen.
- 9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** Tenemos mucho personal q no están laborando en la profesión q le corresponde o a la que ingresaron a laborar..... dejando un vacío...laboral ...sin embargo a la hora de contabilizar de acuerdo a su categoría o profesión que ingresaron aparecen como si estuviera laborando en el lugar por el ingresaron a la PNP.
- 10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios?** Dar potestad a los médicos locales para q puedan dispensar medicamentos propios del tercer nivel, y previo diagnóstico establecido por el médico de tercer nivel de atención.
- 11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital?** Hay que asimilar profesional médico con sub especialidad
- 12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Imposible.... EMPEORARÍA, el manejo del personal de salud debe ser hecho por la división de salud, son los que realmente conocen el quehacer diario de cada profesional de la salud.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración:** incentivos económicos

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** La razón es única ...la alta demanda de usuarios

**15. Nombre:** Javier Guillermo Reyes Ramos

**16. División / Departamento:** Departamento de reproducción humana

**17. Correo electrónico:** jreyesramos@yahoo.es

### **ENTREVISTADO 13:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** CONTRATOS CAS Y LOCACION DE SERVICIOS.
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / adaptación a las disposiciones superiores / excesiva demanda
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Estabilidad laboral, posibilidad de crecimiento profesional.

4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes? Pasantías de especialistas.**
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables: turnos laborables, demanda.**
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta. SE TOMA EN CONSIDERACION LA DISPONIBILIDAD DE TURNOS QUIRURGICOS.**
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento? SE REQUIERE CONTRATAR MAS ESPECIALISTAS**
8. **Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud? OPTIMIZAR LOS POLICLINICOS, DEBEN SER ADMINISTRADOS POR MEDICOS DE FAMILIA.**
9. **El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital? LOS ESPECIALISTAS NO DEBEN ESTAR EN PERIFERIE.**

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? No repercute.**

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? MODALIDAD LOCACION DE SERVICIOS O CAS**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

DEBERIAN SER ADMINISTRADAS POR CADA JEFATURA.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: Otro: TODAS LAS ALTERNATIVAS DEPENDEN DE LA SUPERIORIDAD**

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso? HORARIOS Y TURNOS**

**15. Nombre:** JOSE RODRIGUEZ COTRADO

**16. División / Departamento:** DPTO CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR

**17. Correo electrónico:** jsrodriguez25@hotmail.com



#### **ENTREVISTADO 14:**

1. **¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable? ¿Cuáles opciones?**
2. **Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / clima organizacional / problemas de infraestructura
3. **¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Estabilidad laboral
4. **En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Formación de residentes
5. **Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisiones, retenes, vacaciones, licencias, etc), personal en aislamiento (por comorbilidad)
6. **Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** Falta de procedimientos.
7. **Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** La proactividad.

- 8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud? Un servicio de contrarreferencia real presencial que coordine referencia y contrarreferencia con documentación adecuada.**
  
- 9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital? La cantidad de pacientes por médico.**
  
- 10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? Falta de recursos.**
  
- 11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? Ofrecer plazas para residencia subespecialidad cautivas.**
  
- 12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado? Desconoce.**
  
- 13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: incentivos**

económicos, crecimiento personal (capacitaciones), emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados).

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso?** Incentivos

**15. Nombre:** Gabriela Macuri

**16. División / Departamento:** Departamento de medicina pediátrica

**17. Correo electrónico:** gems981@hotmail.com

#### **ENTREVISTADO 15:**

- 1. ¿Cuál de las opciones para la cobertura de puestos de trabajo en el complejo hospitalario considera posible y viable?** Contrato por locación de servicios, por procedimiento, contrato especial o diferenciado (part time).
- 2. Señale la/las posibles causales de deserción de los recursos humanos en salud de su departamento:** factores económicos / adaptación a las disposiciones superiores.
- 3. ¿Cuál de las siguientes opciones la considera como atractiva para la captación de recursos humanos en salud para su departamento?** Equipamiento médico moderno, Estabilidad laboral, posibilidad de crecimiento profesional
- 4. En caso de la asimilación de personal de salud a la Policía Nacional del Perú, según su punto de vista ¿cuáles de estas dos opciones aseguraría puestos para esas vacantes?** Pasantías de especialistas

**5. Según su metodología para el cálculo de brecha de recursos humanos en salud en su departamento ¿qué opciones tiene en cuenta para su determinación? Señale las que ud considera indispensables:** número de camas/consultorios, demanda

aspectos particulares de la Policía Nacional del Perú (comisiones, retenes, vacaciones, licencias, etc), personal en aislamiento (por comorbilidad).

**6. Para determinar la brecha de recursos humanos en salud, ¿ha considerado algunas variables como el porcentaje de procedimientos no asistenciales y prestación en los servicios críticos? Detallar su respuesta.** No, se consideran 2hr administrativas por turno de laboral (procedimientos no asistenciales). La prestación en servicios críticos es por interconsulta.

**7. Sabiendo que la nueva infraestructura constituye un centro de alta complejidad, y ante el aumento de demanda de atención por patologías complejas, ¿cuáles serían las fortalezas de su personal para afrontar dicho requerimiento?** Juventud y deseos de capacitación profesional en patología compleja.

**8. Tomando en cuenta que el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es indispensable para el adecuado flujo de pacientes para el hospital de alta complejidad, en su experiencia ¿cuáles serían las razones para fortalecer la contrarreferencia como medida y así reducir su brecha de recursos humanos en salud?** Continuidad de tratamiento, seguimiento del paciente.

**9. El número de recursos humanos en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud periféricas (IPRESS), ¿de qué forma influyen en la cantidad de personal de salud del hospital?** No comprende la pregunta.

**10. Conociendo que la derivación de pacientes a nivel regional sería a nivel local preferentemente, y los pacientes al requerir el uso continuo de**

**medicamentos propios del tercer nivel de atención ¿de qué manera podría repercutir en su cálculo de brecha de personal para la oportuna atención de estos beneficiarios? De manera directa.**

**11. ¿Bajo qué modalidad se podrían ofertar servicios de personal subespecialista para reducir la brecha de ese personal y como medida saludable financiera para el hospital? Teleconsulta.**

**12. La determinación de brecha de recursos humanos, ¿podría mejorar o empeorar si la administración de profesionales de salud (enfermeras, psicólogos, personal técnico) estuviera a cargo de otras divisiones dentro del organigrama? Detallar su respuesta y bajo ¿qué argumento lo considera adecuado?**

Puede mejorar. Las enfermeras y técnicas de enfermería deben pertenecer a la división de enfermería y así administrar la ubicación de las mismas dinámicamente cada día. Oficina de personal estar a cargo del personal técnico administrativo. Así no habría oficinas sin personal administrativo.

**13. En su condición de jefe de servicio, ¿qué mejoras laborales podrían ser útiles para una adecuada administración de recursos humanos en su departamento? Señale las que tomaría en consideración: crecimiento personal (capacitaciones), flexibilidad de horarios, emulación (felicitaciones y premios para los trabajadores destacados).**

**14. Para usted, en el ejercicio de dimensionamiento de necesidad de recursos humanos en salud, ¿cuáles serían las razones para demostrar la flexibilidad de ese proceso? Es un proceso dinámico.**

**15. Nombre:** Nancy Quispe

**16. División / Departamento:** DIVMAINF -CIRUGÍA PEDIATRICA

**17. Correo electrónico:** [nancyqp007@yahoo.es](mailto:nancyqp007@yahoo.es)

- **ANEXO 03: Diagrama de Gantt**

	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Recolección de información bibliográfica	■						
Recolección de datos de las diferentes Divisiones y Departamentos			■				
Entrevista a los jefes de Divisiones y Departamentos					■		
Análisis de los datos obtenidos					■		
Estimación de la brecha de recursos humanos					■		
Elaboración del proyecto de investigación						■	
Asesoramiento de tesis	■						
Entrega del Proyecto de tesis							■

**ANEXO 04: TABLAS DEL 01-06: RESUMEN DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS SEGÚN DIVISIONES.**

**TABLA 01: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS - DIVISIÓN DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS**

ESPECIALIDADES	CARTERAS	PIP 1	PIP 2	SUB TOTAL	HORAS ANUALES POR UPSS	TOTAL HORAS	20%	TOTAL	RRHH NECESARIOS	RRHH DISPONIBLES	BRECHA	BRECHA CON REDONDEO
CARDIOLOGIA	CONSULTORIO	8	2	10	15780	35394.54	7078.908	42473.448	26.92	11	15.92	15.00
	HOSPITALIZACION	0	1.03	1.03	1625.34							
	SALA DE PROCEDIMIENTOS	6	0	6	9468							
	EMERG/INTERC	5.4		5.4	8521.2							
DERMATOLOGIA	CONSULTORIO	8	4	12	18936	22092	4418.4	26510.4	16.80	14	2.80	3.00
	HOSPITALIZACION/interc				0							
	SAL DE PROCEDMIETO	1	1	2	3156							
ENDOCRINOLOGIA	CONSULTORIO	8	4	12	18936	23670	4734	28404	18.00	7	11.00	11.00
	HOSPITALIZACION/interc	1		1	1578							
	SALA PROCE PIE DIABETIO	2	0	2	3156							
GASTROENTEROLOGIA	CONSULTORIO	6	6	12	18936	31560	6312	37872	24.00	10	14.00	14.00
	PROCEDIMIENTOS	4	2	6	9468							
	INTERCONSULTAS	1		1	1578							
	EMG/HOSPITALIZACION	1		1	1578							
HEMATOLOGIA	CONSULTORIO	4	0	4	6312	9468	1893.6	11361.6	7.20	2	5.20	5.00
	PROCEDIMIENTOS	1	0	1	1578							
	HOSPITALIZACION	1		1	1578							
INFECTOLOGIA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS	CONSULTORIO	2	0	2	3156	9468	1893.6	11361.6	7.20	2	5.20	5.00
	PROA	1		1	1578							
	HIV	1		1	1578							
	CONTROL INF INTRAHOSPI	1		1	1578							

	HOSPITALIZACION/INTERC/EMERG	1	1	1578								
INMUNOLOGÍA Y ALERGIAS	CONSULTORIO	2	1	3	4734	4734	946.8	5680.8	3.60	3	0.60	1.00
	HOSPITALIZACION/INTERC/EMERG				0							
MEDICINA INTERNA	CONSULTORIO INTERNISTA	4		4	6312	19,788.12	3957.624	23,745.74	15.05	6	9.05	9.00
	HOSPITALIZACION (Camas)		8.54	8.54	13,476.12							
MEDICINA GENERAL	CONSULTORIO M GENERAL		4	4	6312	6312	1262.4	7574.4	4.80	4	0.80	1.00
	TRIAJE emerg	2	0	0	0							
NEFROLOGÍA	CONSULTORIO	4	0	4	6312	19172.7	3834.54	23007.24	14.58	6	8.58	8.00
	HOSPITALIZACION	0		0.75	1183.5							
	EMERGENCIA		5.4	5.4	8521.2							
	HEMODIALISIS	0	2	2	3156							
NEUMOLOGIA	CONSULTORIO	5	1	6	9468	17042.4	3408.48	20450.88	12.96	4	8.96	9.00
	PROCEDIMIENTOS	2	1	3	4734							
	HOSPITALIZACION/interc/emerg		1.8	1.8	2840.4							
NEUROLOGIA	CONSULTORIO	4	0	4	6312	14202	2840.4	17042.4	10.80	3	7.80	8.00
	PROCEDIMIENTOS	1	1	2	3156							
	HOSPITALIZACION	0	1	1	1578							
	EMERGENCIA/INTERCONSULTAS		2	2	3156							
ONCOLOGIA	CONSULTORIO		6	6	9468	11046	2209.2	13255.2	8.40	5	3.40	4.00
	HOSPITALIZACION/interc		1	1	1578							
PSIQUISATRÍA 13405	CONSULTORIO	4	2	6	9468	12624	2524.8	15148.8	9.60	1	8.60	8.00
	HOSPITALIZACION/inter		1	1	1578							
	EMERGENCIA		1	1	1578							
REUMATOLOGIA	CONSULTORIO	6	0	6	9468	11046	2209.2	13255.2	8.40	3	5.40	1.00
	HOSPITALIZACION/interc		1	1	1578							

- **Requerimientos mínimos de personal HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ por nivel y categoría (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03)**



**TABLA 02: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS - DIVISIÓN MATERNO INFANTIL**

ESPECIALIDADES	CARTERAS	PIP 1	PIP 2	SUB TOTAL	HORAS ANUALES POR UPSS	TOTAL HORAS	20%	TOTAL	RRHH NECESARIOS	RRHH DISPONIBLES	BRECHA	BRECHA CON REDONDEO
PEDIATRIA	CONSULTORIO	5	0	5	7890	19093.8	3818.76	22912.56	14.52	10	4.52	5.00
	HOSPITALIZACION	0	1.7	1.7	2682.6							
	EMERGENCIA	0	5	5.4	8521.2							
NEONATOLOGIA	CONSULTORIO	2	0	2	3156	11677.2	2335.44	14012.64	8.88	1	7.88	8.00
	UCI NEONATAL	5	0	5.4	8521.2							
UCI PEDIATRICA	HOSPITALIZACION	5	0	5.4	8521.2	8521.2	1704.24	10225.44	6.48	0	6.48	6.00
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	CONSULTORIO	1	0	1	1578	12781.8	2556.36	15338.16	9.72	2	7.72	8.00
	HOSPITALIZACION	0	0.7	0.7	1104.6							
	SOP	1	0	1	1578							
	EMERGENCIA	5	0	5.4	8521.2							
GINECOBSTERICIA	CONSULTORIO	10	0	10	15780	48807.54	9761.508	58569.048	37.12	15	22.12	22.00
	HOSPITALIZACION	2.13	0	2.13	3361.14							
	CENTRO OBSTETRICO	5	0	5.4	8521.2							
	EMERGENCIA	5	0	5.4	8521.2							
	SOP	2	0	2	3156							
	SALA PROCE	6	0	6	9468							
GINECOBSTERICIA SUB ESPECIALIDAD INFERTILIDAD	CONSULTORIO	2	0	2	3156	3156	631.2	3787.2	2.40	1	1.40	2.00

- **Requerimientos mínimos de personal HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ por nivel y categoría (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03)**

**TABLA 03: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS - DIVISIÓN DE CIRUGÍA**

ESPECIALIDADES	CARTERAS	PIP 1	PIP 2	SUB TOTAL	HORAS ANUALES POR UPSS	TOTAL HORAS	20%	TOTAL	RRHH NECESARIOS	RRHH DISPONIBLES	BRECHA	BRECHA CON REDONDEO
ANESTESIOLOGIA	CONSULTORIO PREANESTESIA	2	0	2	3156	78268.8	15653.76	93922.56	59.52	10	49.52	49.00
	TERAPIA DOLOR	0	2	2	3156							
	SALA OPERACIONES ELEC	12	12	24	37872							
	RECUPERACION (24H)	5	5	10.8	17042.4							
	SALA DE EMG	10	0	10.8	17042.4							
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	CONSULTORIO	1	0	2	3156	11046	2209.2	13255.2	8.40	4	4.40	4.00
	HOSPITALIZACION	1	0	1	1578							
	SOP	2	0	2	3156							
	PROCEDIMIENTOS	0	2	2	3156							
CIRUGÍA GENERAL	CONSULTORIOS	6	0	6	9468	40491.48	8098.296	48589.776	30.79	15	15.79	15.00
	EMG	5	0	5.4	8521.2							
	HOSPITALIZACION	2.13	2.13	4.26	6722.28							
	CENTRO QUIRURGICO	8	2	10	15780							
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA	CONSULTORIO	1	0	1	1578	11882.34	2376.468	14258.808	9.04	5	4.04	4.00
	HOSPITALIZACION	0	0.53	0.53	836.34							
	PROCEDIMIENTOS	1	1	2	3156							
	EMG /INTER	2	0	2	3156							
	SALA OPERACIONES	2	0	2	3156							
CIRUGÍA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	CONSULTORIO	1	0	1	1578	26084.34	5216.868	31301.208	19.84	5	14.84	14.00
	HOSPITALIZACION	0.67	0.46	1.13	1783.14							

	EMG	5		5.4	8521.2							
	SALA DE OPER	6	3	9	14202							
NEUROCIRUGIA	CONSULTORIO	2	0	2	3156	19346.28	3869.256	23215.536	14.71	5	9.71	9.00
	HOSPITALIZACION	2.13	0.73	2.86	4513.08							
	EMERGENCIA	5.4		5.4	8521.2							
	SOP	2	0	2	3156							
OFTALMOLOGÍA	CONSULTORIO EMG	4	4	12	18936	36925.2	7385.04	44310.24	28.08	10	18.08	18.00
	HOSPITALIZACION	0.4	0	0.4	631.2							
	SALA DE OPER	2	2	4	6312							
	SALA PROCE	6	1	7	11046							
OTORRINOLOGIA 24295	CONSULTORIO	6	0	6	9468	17358	3471.6	20829.6	13.20	7	6.20	6.00
	PROCEDIMIENTOS	4	0	4	6312							
	HOSPITALIZACION/INTERC	1		1	1578							
TRAUMATOLOGIA	CONSULTORIO	6	8	14	22092	50180.4	10036.08	60216.48	38.16	18	20.16	20.00
	HOSPITALIZACION	0.73	1.67	2.4	3787.2							
	SALA DE OPERACIONES	4	4	8	12624							
	EMG	5.4		5.4	8521.2							
	SALA DE YESO	2	0	2	3156							
UROLOGÍA	CONSULTORIO	2	4	6	9468	25768.74	5153.748	30922.488	19.60	15	4.60	5.00
	HOSPITALIZACION/ INTER	1.6	0.73	2.33	3676.74							
	SALA PROCEDIMIENTO	2	2	4	6312							
	SALA OPERACIONES	2	2	4	6312							

- **Requerimientos mínimos de personal HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ por nivel y categoría (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03)**

• **TABLA 04: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS**

ESPECIALIDADES	CARTERAS	PIP 1	PIP 2	SUB TOTAL	HORAS ANUALES POR UPSS	TOTAL HORAS	20%	TOTAL	RRHH NECESARIOS	RRHH DISPONIBLES	BRECHA	BRECHA CON REDONDEO
MEDICINA DE EMERGENCIAS	TRIAJE emerg	5.4		5.4	8521.2	51600.6	10320.12	61920.72	39.24	10	29.24	29.00
	VARIOS	27.3		27.3	43079.4							
MEDICINA INTENSIVA	HOSPI/INTER	16.4	5.4	21.8	34400.4	34400.4	6880.08	41280.48	26.16	2	24.16	24.00

- **Requerimientos mínimos de personal HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ por nivel y categoría (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03)**

**TABLA 05: RESUMEN DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS - DIVISIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO**

ESPECIALIDADES	CARTERAS	PIP 1	PIP 2	SUB TOTAL	HORAS ANUALES POR UPSS	TOTAL HORAS	20%	TOTAL	RRHH NECESARIOS	RRHH DISPONIBLES	BRECHA	BRECHA CON REDONDEO
ANATOMIA PATOLOG	SALAS VARIOS	3	0	3	4734	7890	1578	9468	6.00	2	4.00	4.00
	INMUNOHISTOQ	1	0	1	1578							
	SALA PROCEDIMIENTO	1	0	1	1578							
RADIOLOGIA	RADIOLOGIA CONVENCIONAL	46	30	76	119928	119928	23985.6	143913.6	97.37	11	86.37	86.00
	TOMOGRAFIA											
	RESONANCIA											
	ECOGRAFIA											
	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	3	0	3	4734							

- **Requerimientos mínimos de personal HOSPITAL NACIONAL PNP LUIS N. SÁENZ por nivel y categoría (Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03)**

- **TABLA 6: TABLA RESUMEN DE ESTIMACIÓN DE BRECHA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y SUB ESPECIALISTAS EN LAS CINCO DIVISIONES MÉDICA-QUIRÚRGICAS DEL CH PNP LNS**

<b>CUADRO RESUMEN DE ESTIMACIÓN DE BRECHA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y SUB ESPECIALISTAS EN LAS CINCO DIVISIONES MÉDICA-QUIRÚRGICAS DEL CH PNP LNS</b>			
<b>DIVISIÓN</b>	<b>RRHH NECESARIO</b>	<b>RRHH DISPONIBLES</b>	<b>BRECHA CON REDONDEO</b>
DIVISIÓN DE MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS	188.3	81	102
DIVISIÓN MATERNO INFANTIL	79.12	29	51
DIVISIÓN DE CIRUGÍA	241.33	94	144
DIVISIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS	65.4	12	53
DIVISIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	120.17	15	104
<b>TOTAL</b>	<b>694.32</b>	<b>231</b>	<b>454</b>

**ANEXO 05: PRESUPUESTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE SALUD  
EN MODALIDAD DE CAS PARA EL AÑO 2022**

<b>GRUPO OCUPACIONAL (MEDICOS ESPECIALISTAS)</b>	<b>PRIMERA ETAPA</b>	<b>SEGUNDA ETAPA</b>	<b>TERCERA ETAPA</b>	<b>CONSOLIDADO TOTAL</b>
<b>Personal Profesional (médicos especialistas y subespecialistas)</b>	<b>S/ 4,558,872.88</b>	<b>S/ 2,520,331.64</b>	<b>S/ 2,307,660.50</b>	<b>S/ 9,386,865.01</b>
<b>Personal Técnico</b>				
Técnico en Enfermería	1,769,334	1,603,294	2,157,725	S/ 5,530,353.04
Técnico en Farmacia	1,294,635	561,153	0	S/ 1,855,787.74
Técnico en Laboratorio	431,545	657,350	0	S/ 1,088,895.40
<b>Sub TOTAL</b>	<b>S/ 3,495,514.37</b>	<b>S/ 2,821,796.89</b>	<b>S/ 2,157,724.92</b>	<b>S/ 8,475,036.18</b>
<b>Total General</b>	<b>S/ 8,054,387.25</b>	<b>S/ 5,342,128.53</b>	<b>S/ 4,465,385.42</b>	<b>S/ 17,861,901.20</b>

Fuentes:

1. Decreto Supremo que aprueba nuevos montos de la valorización principal que se otorga al personal de la salud. D.S. 022-2019-EF
2. Decreto Supremo que aprueba la valorización priorizada de ATENCION ESPECIALIZADA EN EESS ESTRATEGICOS: I - 4 HASTA II. D.S. 359-2016-EF
3. Decreto Supremo que aprueba la valorización priorizada de ZONA DE EMERGENCIA.DS 226-2014-EF
4. Decreto Supremo que aprueba monto de la valorización priorizada por atención específica de soporte para el personal de la salud técnico o auxiliar asistencial de la salud. D.S. 342-2014-E
5.
  - 5.1 Decreto Supremo que fija el monto de la entrega económica de guardia en el marco de los establecido en el DL 1153, Decreto legislativo que regula la política Integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la Salud al servicio del Estado. Decreto Supremo N° 232-2017-EF
  - 5.2 Reglamento de Administración de Guardias Hospitalarias para el Personal Asistencial del Ministerio de Salud. Resolución Directoral N° 0030-93-SA-P
  - 5.3 Reglamentan las guardias comunitarias diurnas en los Centros y Puestos de Salud, que brindan atención preventiva permanente. Resolución Ministerial N° 0232-91-SA-P
6. Artículo N° 54 numeral al Decreto Legislativo N°276. Aguinaldos: Fiestas Patrias y Navidad
7. Decreto Supremo N° 003-2012-SA, Cuadro de la Prima mensual de SCTR: [http://www.essalud.gob.pe/downloads/Cuadro\\_de\\_la\\_prima\\_mensual\\_del\\_+Proteccion.pdf](http://www.essalud.gob.pe/downloads/Cuadro_de_la_prima_mensual_del_+Proteccion.pdf)
8. Decreto Legislativo N° 1057
9. Valor de la Unidad Impositiva Tributaria. Decreto Supremo 298-2018-EF
10. Informe N° 227-2008-SUNAT/2B0000
11. Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud. Ley N° 26790 Art. 6 Inciso a.