Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

Argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la región Ayacucho. 2018

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud

AUTOR

Eva Iliana MIRANDA RAMÓN DE BALDEÓN

ASESOR

Dr. Sergio Gerardo RONCEROS MEDRANO

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Miranda E. Argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la región Ayacucho. 2018 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2022.

Hoja de Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Eva Iliana Miranda Ramón de Baldeón
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09997219
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3150-8072
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Sergio Gerardo Ronceros Medrano
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	06060129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2117-2357
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Pedro Jesús Mendoza Arana
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08284946
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Marcos Julio Saavedra Muñoz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08475050
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Ángela Rocío Cornejo Valdivia de Espejo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06708973
Datos de investigación	
Línea de investigación	Gestión en establecimientos y servicios de salud
Grupo de investigación	Fisiología y medicina en diferentes altitudes

Agencia de financiamiento	Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vicerrectorado de Investigación y Posgrado. Programa de Promoción de Tesis de Posgrado para docentes de la UNMSM. A17010086b. PTPDOCTO.
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Facultad de Medicina País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Av: Grau Cdra. 7 Latitud: - 12.057778° Longitud -77.023056°
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018
URL de disciplinas OCDE	Políticas de salud, Servicios de salud http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Vicedecanato de Investigación y Posgrado
SECCION DOCTORADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veintinueve días, del mes de noviembre del año dos mil veintidós, siendo las 9:00 am, ante el Jurado de sustentación, bajo la Presidencia del DR. ***PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA,*** y los Miembros del mismo:

- ***DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA*** — ***PRESIDENTE***
- ***DR. MARCOS JULIO SAAVEDRA MUÑOZ*** — ***MIEMBRO***
- ***DRA. ANGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA*** — ***MIEMBRO***
- ***DR. SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO*** — ***ASESOR***

La postulante al grado de Doctora es ***MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE LA EDUCACIÓN***, doña: ***EVA ILIANA MIRANDA RAMÓN DE BALDEÓN***, procedió a la exposición y defensa pública de su tesis titulada: "***ARGUMENTOS PARA UNA POLÍTICA DE RETENCIÓN Y RETORNO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN AYACUCHO. 2018***"" para optar el grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, la cual obtuvo la siguiente calificación: **"A" EXCELENTE 20 (VEINTE)** a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister: ***EVA ILIANA MIRANDA RAMÓN DE BALDEÓN***, el Grado Académico de ***DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD.***

Se expide la presente acta y siendo las 10:00 am. se da por concluido el acto académico de sustentación.

DR. PEDRO JESÚS MENDOZA ARANA
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DR. MARCOS JULIO SAAVEDRA MUÑOZ
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

DRA. ANGELA ROCIO CORNEJO VALDIVIA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACION

DR. SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO
ASESOR DE LA TESIS

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú, Decana de América
Facultad de Medicina
Vicedecanato de Investigación y Posgrado

INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD

El Vicedecano de Investigación y Posgrado y Director de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, deja constancia que:

La tesis (X) Proyecto de investigación ( ) o trabajo de investigación ( )

Titulada **"**
ARGUMENTOS PARA UNA POLÍTICA DE RETENCIÓN Y RETORNO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN AYACUCHO. 2018"

Presentada/o por El/La Mg: **Eva Iliana Miranda Ramón De Baldeón**

Para optar el Grado de Doctor	(X)
Grado de Magister	( )
Título de Segunda Especialidad	( )
Diplomado	( )

Ha sido sometida/o a evaluación de originalidad, con el programa informático de similitudes Software TURNITIN con Identificador de la entrega **Nº 1933951081**

En la configuración del detector se excluyeron:
- Textos entrecomillados
- Bibliografía
- Cadenas menores de 40 palabras
- Anexos

El resultado final de similitudes fue del 5%

Por lo tanto, el documento arriba señalado cumple con los criterios de originalidad requeridos.

Operador del software: **Dra. Alicia Jesús Fernández Giusti** (TURNITIN)

Lima, 05 de diciembre de 2022.

UNMSM
Firmado digitalmente por FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.12.2022 09:29:14 -05:00

Dra. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI
Vicedecana (e) de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina

CONTENIDO

Lista de Cuadros ……vi

Lista de Figuras ……vii

RESUMEN …….. viii

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1

1.1 Situación Problemática 1

1.2 Formulación del Problema 4

1.3 Justificación de la Investigación 4

1.4 Objetivos 6

1.4.1 Objetivo General 6

1.4.2 Objetivos Específicos 6

CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL 7

2.1 Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación 7

2.2 Antecedentes del Problema 8

2.3 Bases Teóricas 10

2.4 Categorías Teóricas Iniciales del Tema en Estudio 28

2.5 Glosario de Términos 29

CAPÍTULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA 31

3.1 Tipo y diseño de la Investigación 31

3.2 Unidad de Análisis 32

3.3 Población de Estudio 32

3.4 Tamaño y Selección de la Muestra según Actores 33

3.5 Procedimientos de Recolección de Datos 35

3.6 Análisis de los Datos 38

3.7 Aspectos Éticos de la Investigación 40

3.8 Financiamiento 41

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 42

4.1 Resultados 42

4.2 Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados 68

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES 79

5.1 Consideraciones Finales 79

5.2 Recomendaciones 81

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

ANEXO 1: LISTA DE SIGLAS 94

ANEXO 2: CUADRO DE CONSISTENCIA DEL ESTUDIO 96
ANEXO 3: APRECIACIONES Y DEMANDAS DE LOS ACTORES QUE SUSTENTAN UNA POLÍTICA PÚBLICA DE RETENCIÓN Y RETORNO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PNA 98

El presente trabajo es un reconocimiento a la gran labor de los profesionales de la salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de ámbitos rurales de la Región Ayacucho

Dedicado a +Antonio y +Ofelia,
Carlos, Frida, Carlos Antonio y Ángela
inspiradores de grandes desafíos

Mi agradecimiento al Doctor Sergio Ronceros Medrano,
asesor del estudio

Lista de Cuadros

Cuadro	Título	Pg.
1	Distribución de establecimientos de salud según categorías, de la DIRESA Ayacucho, 2015	14
2	Distribución de los establecimientos de salud de la DIRESA Ayacucho, según provincias, 2015	14
3	Compromisos internacionales y nacionales relacionados con el desarrollo de recursos humanos en salud	18
4	Distribución de la muestra de profesionales de la salud del estudio, 2018	34
5	Muestra de actores políticos, académicos e institucionales participantes en el estudio, 2018	34
6	Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con los incentivos económicos	46
7	Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con el apoyo profesional y personal	51
8	Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con la formación de profesionales	57
9	Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con la regulación – intervenciones normativas	65
10	Densidad de profesionales médicos, obstetras y de enfermeros por 10,000 habitantes en tres redes de salud de la DIRESA Ayacucho, 2018	67

Lista de Figuras

Figura	Título	Pg.
1	Categorías de las intervenciones que influyen en la atracción, retención y retorno de recursos humanos en salud.	22
2	Momentos de elaboración de los argumentos para una política pública de retención y retorno.	25
3	Mapa de Actores Involucrados	43
4	Incentivos prioritarios planteados por los profesionales de la salud para la retención y retorno a establecimientos de salud del PNA	69

RESUMEN

El estudio se realizó en la Región Ayacucho con el objetivo de determinar los argumentos que sustentan la necesidad de una política pública regional que incida en la permanencia y retorno de los profesionales de la salud en establecimientos del Primer Nivel de Atención (PNA). Se trata de un estudio descriptivo cualitativo cuya información fue obtenida a través de entrevistas semiestructuradas a 90 profesionales de la salud (médicos, enfermeros y obstetras), logrado al llegar al punto de saturación, asimismo a dos actores políticos, siete actores institucionales (cuatro directivos de la DIRESA Ayacucho y tres jefes de Red, San Francisco, Huamanga y Coracora) y tres decanos de consejos regionales. Asimismo, se realizó un grupo focal con siete directivos de la UNSCH. Para el análisis de datos se aplicó el análisis temático de Braun y Clarke. Los resultados revelan que los argumentos tienen como base la situación de salud de la Región, las características de la población y la demanda insatisfecha de la población. Los principales hallazgos enfocan la demanda de un trabajo decente de los recursos humanos en salud (RHUS), siendo el principal hallazgo la insatisfacción con los sueldos e incentivos económicos, seguido y muy cercano, la demanda de un mayor apoyo profesional y personal, los aprendizajes insuficientes en su formación profesional y la insuficiente normatividad o aplicación de la misma para regular los procesos de gestión de los RHUS. Las consideraciones finales resaltan la necesidad de priorizar la inversión para la mejora de la capacidad resolutiva del PNA, incluyendo la disponibilidad de RHUS calificados. Esto implica la formulación e implementación de políticas públicas integrales de desarrollo de RHUS, de largo plazo y con enfoque prospectivo. Esta política debe sentar la prioridad del PNA y la APS, recogiendo los intereses de todos los involucrados y a nivel intersectorial, de manera que surjan soluciones concertadas, para ello hay necesidad de incrementar la masa crítica regional con capacidad para formular las políticas a partir de argumentos y evidencias que las sustenten.

Palabras clave: Fuerza Laboral en Salud; Recursos Humanos; Atención Primaria de Salud, Primer Nivel de Atención. Salud Rural

ABSTRAC

The study was conducted in the Ayacucho region to determine the arguments supporting the need for a regional public policy that influences the permanence and return of health professionals at the primary healthcare level (PNA). This research is a qualitative descriptive study. The data was obtained through semi-structured interviews with 90 health professionals (doctors, nurses and obstetricians) and reached the saturation point. In addition, two political actors, seven institutional actors (four Regional Health Directorate DIRESA Ayacucho directors and three network chiefs from San Francisco, Huamanga and Coracora) and three deans of regional councils. A focus group was also conducted with seven managers from the National University of San Cristóbal de Huamanga (UNSCH). For data analysis, the study applied Braun and Clarke's thematic analysis. The results reveal that the arguments are based on the region's health context, the population's characteristics and unsatisfied demands. The main findings focus on the need for decent work in human resources for health (RHUS), with the central result being dissatisfaction with salaries and economic incentives, followed closely by the need for greater professional and personal support, insufficient learning in their professional training, and insufficient regulations or their application to regulate the management processes of RHUS. The final considerations highlight the need to prioritize investment to improve the primary healthcare level (PNA) response capacity, including the availability of qualified RHUS. It implies formulating and implementing comprehensive public policies for developing RHUS, in the long term and with a prospective approach. This policy should establish the priority of the PNA and Primary Health Care, considering the interests of all those involved at the intersectoral level so that concerted solutions can emerge. Therefore, there is a need to increase trained professionals at the regional level with the capacity to formulate policies based on arguments and evidence to support them.

Keywords: Health Workforce; Human Resources; Primary Health Care, Primary Healthcare Level; Rural Health

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática

En todo país, los Recursos Humanos en Salud (RHUS) constituyen la principal fuerza para el desarrollo de un sistema nacional de salud (García, 2015, P.8), esto tiene mayor relevancia en el Primer Nivel de Atención de salud (PNA) donde la demanda es del 70 a 80% del total (Ministerio de Salud, 2010). Esta situación genera la necesidad de priorizar en la agenda pública el tema de la gestión y el desarrollo de los RHUS constituyendo un desafío para el sector salud que debe ser asumido con responsabilidad y remontando toda dificultad que pueda surgir.

El Ministerio de Salud (MINSA), como parte de su rectoría ha implementado durante las últimas décadas, diferentes intervenciones con la finalidad de mejorar la atención en el PNA sobre todo en las zonas rurales, sin embargo, no se ha mejorado la oferta de los servicios de salud, la cobertura ni los indicadores, según lo esperado (García, 2015; Miranda et al., 2021).

Revisando el Compendio Estadístico de RHUS 2013 - 2018 (Ministerio de Salud, 2019a) se identifica que la densidad de médicos en Ayacucho es de 8.5,0 por 10,000 habitantes (debajo del promedio nacional: 13.6), 19.1 de enfermeras y 12 de obstetras. (Ministerio de Salud, 2019ª; Miranda et al., 2021) e incluso está muy por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es 33 por cada 10,000 habitantes, esto fue afirmado por el Señor Daniele

Ingratoci, coordinador del Programa de Asistencia Técnica al Ministerio de Salud de la Cooperación Italiana (Gestión.pe.,2018).

Con relación a los establecimientos estratégicos, Ayacucho tiene 39 establecimientos de este tipo, con 222 médicos, 409 enfermeras y 318 obstetras. Asimismo, durante el año 2018 tuvo plazas adjudicadas para el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, siendo 100 para médicos, 186 para enfermeras y 63 para obstetras, todo ello distribuidos en los procesos 2018 I y II (Ministerio de Salud, 2019a).

Disminuir la brecha de médicos es un desafío en Ayacucho, considerando además la mala distribución sobre todo en las zonas rurales (Miranda et al., 2021). Esta mala distribución abarca también a profesionales de enfermería y obstetricia en toda la Región.

La Contraloría General de la República (Correo, 2016) en su informe de intervención a 50 Establecimientos de Salud (ES) de cuatro provincias de Ayacucho (agosto, 2016) reporta que el 100% no tiene especialistas en medicina, el 36% no cuenta con el número de RHUS requeridos y todavía hay establecimientos con solo un profesional (un enfermero) para atender la demanda de toda la población; esto limita una respuesta oportuna a las emergencias que puedan presentarse lo cual se incrementa si se considera que más del 90% de ES carecen de medicamentos y otros insumos en stock.

El Informe también reporta que más del 70% de ES no tiene instalado los servicios de saneamiento básico y en un 50% los equipos no funcionan incrementando las dificultades y un buen desempeño en la atención a la población (Correo, 2016).

Esto se ratifica con lo enunciado en el Decreto de urgencia No. 001-2016 que aprobó medidas urgentes para optimizar la capacidad de respuesta de los ES sustentado en la carencia de profesionales de la salud.

Revisando los lineamientos de política relacionados con los RHUS; en el país se mantuvo durante 13 años los lineamientos aprobados el año 2005

(Ministerio de Salud, 2005) y el 28 de diciembre del año 2018, se aprobó un documento técnico con los nuevos lineamientos de política que estarán vigentes hasta el año 2030. (Ministerio de Salud, 2018), estos lineamientos tienen la finalidad de contar con los RHUS con competencias, en la cantidad necesaria y con gran compromiso para atender las necesidades sanitarias del país.

Estudios previos acerca de la preferencia del lugar de trabajo de los RHUS en zonas rurales reportan diversos factores relacionados; al respecto Alameddine et al. (2012) sobre la retención en centros de APS del Líbano encontró que uno de cada cinco encuestados tiene la intención de cambiar de sede de trabajo en los próximos 3 años siendo las causas, entre otros, los bajos salarios (54,4%) y las ventajas y oportunidades de trabajo en el extranjero (35,1%). El estudio de Guevara, A. & Romero, R. (2016) realizado en el Ecuador reporta que existe asocio entre el sexo y la retención laboral de médicos de familia (Miranda et al., 2021).

Huicho et al. (2012) en su estudio sobre atracción y retención de personal de salud de zonas rurales de Ayacucho concluyen que no existen políticas de relacionadas con esto, siendo los principales incentivos requeridos, el incremento de salarios, espacios y oportunidades de educación continua, la estabilidad laboral, mejorar las condiciones de la infraestructura, la dotación de equipos y RHUS, entre otros. Relacionado con ello, Miranda et al. (2012) en su estudio de preferencias laborales de médicos en zonas rurales señala la evidente preferencia hacia zonas urbanas.

La emigración de las zonas alejadas del país hacia las ciudades es igual a la emigración del país hacia el extranjero, esto se ha hecho presente en todos los estratos sociales y en todos los lugares del país.

Para la retención de profesionales de la salud en zonas alejadas, es necesario que los gobiernos consideren a la salud rural como una prioridad que debe evidenciarse en una política pública, esta debe ser diseñada con la participación de la población, el Estado, la comunidad, las universidades, la

sociedad civil y otras instituciones profesionales y académicas de manera que se logren sinergias para la implementación de diferentes incentivos que permitan al profesional laborar en estas zonas. (Guevara y Romero, 2016).

Guevara y Romero (2016) señalan que se debe estudios relacionados con los incentivos profesionales para identificar aquellos que generan o favorecen la retención de los RHUS en zonas rurales y remotas.

Esta situación generó la necesidad de realizar un estudio que permita encontrar explicaciones y generar argumentos dirigidos a la emisión de políticas regionales para retener o generar el retorno de profesionales hacia sus regiones.

1.2 Formulación del Problema

Frente a la situación problemática, surgió la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Región Ayacucho, año 2018?

Asimismo, se plantearon dos preguntas secundarias u orientadoras:

- ¿Cuál es la valoración de los profesionales de la salud del acerca de su trabajo en establecimientos de salud de zonas rurales y de difícil acceso?
- ¿Cuáles son los procesos lógicos y las explicaciones que se vinculan a la retención y retorno de profesionales de la salud en el PNA?

1.3 Justificación de la Investigación

Justificación Teórica

El estudio responde a evidencias de estudios previos sobre la problemática laboral de los trabajadores de salud en el PNA y sus resultados a la vez serán la base para estudios futuros relacionados con la búsqueda de soluciones a la problemática de la gestión de los RHUS que laboran en zonas de frontera o zonas alejadas del país; asimismo, el estudio permitirá el

involucramiento de la Universidad en la solución de esta problemática sanitaria del país.

Justificación Práctica

El estudio tiene un gran alcance social ya que resulta fundamental impulsar la atracción y permanencia de los profesionales de la salud para laborar en establecimientos de salud alejados y de frontera del país, para lo cual se requiere conocer su intención de migración y los incentivos que permitan la reversión conducente a la implementación de políticas públicas específicas de recursos humanos, motivación principal de la presente investigación. En tal sentido, los argumentos que surjan de la investigación serán utilizadas como sustento para la generación de políticas de retención y retorno en la Región Ayacucho y a su vez serán un referente para las regiones con problemáticas similares.

Para esto se requiere construir las bases y contar con evidencias que permitan la incidencia respectiva para el diseño e implementación de las políticas en mención. Los resultados de la investigación se pueden generalizar a toda la Región Ayacucho.

Justificación Legal

El estudio está ubicado en las *Líneas de Investigación de los Grupos de Investigación (GI) de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS) aprobado por la Resolución Rectoral No. 08995-R-21. Específicamente, el estudio se enmarca en las líneas de investigación del Área de ciencias de la salud - Facultad de Medicina y abarca las líneas relacionadas con tres ODS:

- ODS 3: Salud y Bienestar - Línea de investigación 15: Gestión de los establecimientos de salud.
- ODS 4: Educación en salud - Línea de investigación 2: Formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en Salud.

- ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico - Línea de investigación 5: Salud ambiental y ocupacional

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Región Ayacucho.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir la valoración de los profesionales de la salud del PNA acerca de su trabajo en establecimientos de salud ubicados en zonas rurales y de difícil acceso de la Región Ayacucho.
- Comprender los procesos lógicos que se vinculan a la retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención.
- Elaborar las explicaciones que sustentan una política pública de retención y retorno de los profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Región Ayacucho.

CAPITULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1 Marco Filosófico o Epistemológico de la Investigación

La necesidad de conocer los argumentos para una política regional de retención y retorno de los profesionales de la salud en el PNA, surge como consecuencia de la alta rotación e inequidad en la distribución de RHUS en este nivel de atención que incide directamente en la demanda insatisfecha de la población de las zonas rurales ya que limitan su acceso a los servicios de salud.

Existen varios enfoques que explicarían esta inequidad, sin embargo, los enfoques normativo y económico, son los más relacionados, el primero referido a la distribución del personal, y el segundo a los aspectos salariales, que en el caso del PNA es inequitativo generando la necesidad de establecer ajustes al mercado laboral de los RHUS, para hacerlo competitivo. Sumado a esto, tenemos otros factores y fuerzas que influyen en la decisión y motivación de los RHUS para decidir donde centrar su práctica laboral, entre ellas, los aspectos políticos, institucionales, personales, sociales, culturales y económicos. Un profesional de la salud del PNA que observa y siente pocas oportunidades de desarrollo profesional, puede experimentar desmotivación y traer como consecuencia una merma en su desempeño y la búsqueda de otras oportunidades laborales en desmedro de la atención de salud de la población rural (OMS y UNFPA. 2018).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han considerado la situación descrita y en el ODS 8 se hace un llamado al trabajo decente y productivo, que, aplicado a los RHUS, se dirige a superar la desigualdad en los salarios, implementar oportunidades laborales, apoyar emprendimientos, proteger los

derechos laborales, entre otros, de manera que pueda reflejarse en las buenas condiciones de empleo y de trabajo, con salud, motivación y buen desempeño, que redunde positivamente en la buena y segura atención de salud en las zonas rurales y de difíciles acceso, con la consecuente satisfacción de los usuarios.

¿Dónde centrar la propuesta del ODS?, en la modificación e implementación de las políticas públicas nacionales, regionales y locales referidas a los RHUS y en la búsqueda de alianzas nacionales e internacionales para un trabajo decente (Parisotto 2022).

Por esta razón, a través del método científico se busca dar respuestas a los argumentos necesarios para la implementación de una política regional, dirigida al trabajo decente de los RHUS que laboran en los servicios de salud del PNA del ámbito rural, poco accesible y desentendido, que ofrezcan las condiciones de trabajo y de empleo idóneas, con ambientes laborales saludables.

2.2 Antecedentes del Problema

Holst (2020) realizó un estudio basado en revisiones sistemáticas con el objetivo de identificar el impacto de las intervenciones en la formación de médicos y el incremento del reclutamiento y retención en zonas rurales. Para ello determinó el PICO, teniendo como Población (P) a los estudiantes de medicina, como Intervenciones (I) a todo tipo de actividades y prácticas rurales durante la formación, como Comparador (C) la no exposición rural y el resultado (O) el trabajo es zonas rurales después de culminado los estudios. Entre los meses de setiembre y noviembre del año 2018, identificó 38 estudios en la base de datos de PubMed, Embase y Google Scholar, relacionando “medicina y formación”, “ruralidad y salud”, “contratación y retención”. El análisis de la evidencia reveló alta positividad, pero no tan fuerte la correlación entre las experiencias formativas rurales y la actividad laborar posterior en estas zonas. El autor señala que, más allá de esta evidencia inicial, la revisión apoya la formación rural como el predictor más fuerte para la posterior práctica laboral rural.

Guevara y Romero (2016) realizaron en el Ecuador un estudio con médicos de familia con el objetivo de identificar factores asociados a la intención de laborar en zonas rurales. Fueron invitados 200 médicos de familia a nivel nacional y se obtuvo respuesta final de 41, la mayoría mujeres. Los datos fueron procesados con el programa SPSS y el chi cuadrado resultando estadísticamente significativa la variable sexo, observando que los varones tienen mayor intención de laborar en estas zonas.

El año 2015, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, realizó un estudio tipo caso relacionado con las políticas públicas de RHUS incluyendo diferentes países del área andina, con el objetivo de identificar a través de la evidencia bibliográfica, los diferentes tipos de incentivos que aplica el sector salud para atraer, retener y fidelizar al personal en zonas remotas y de acceso difícil. El estudio reporta que dentro de los países participantes (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) el Perú avanzó en cuanto RHUS y sustenta entre otros aspectos que, una de las intervenciones está relacionada con la implementación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) que es un programa obligatorio de un año de duración en zonas seleccionadas con el criterio de pobreza. El estudio también reporta que el avance está relacionado con la implementación de incentivos económicos formalizados y apoyo profesional a través de seguros (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015).

En el Perú, Tarqui et al. (2015) realizaron un estudio exploratorio, descriptivo observacional, para identificar las expectativas de los estudiantes de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para laborar en el PNA. La población estuvo integrada por 380 estudiantes próximos a realizar el internado y que voluntariamente aceptaron su participación (140 estudiantes de medicina humana, 67 de enfermería, 55 de obstetricia, 79 de tecnología médica y 39 de nutrición). Se identificaron los intervalos de confianza al 95% con la prueba de Poissón y el chi cuadrado. Los resultados muestran que, el 50% de los estudiantes se proyecta para laborar en el área asistencial y solo 14,5% muestra la intención de laborar en puestos y centros de salud del PNA. El estudio concluye afirmando que la expectativa laboral en el PNA es baja.

Revisando el estudio de Miranda, et al. (2012), dirigido a identificar las preferencias de los médicos para elegir un trabajo en áreas rurales del Perú, se observa claramente la problemática de la escasez de médicos en áreas rurales de Ayacucho. Los autores exploraron las preferencias de trabajo de 120 médicos que laboran en estas zonas (comunidad rural, Huamanga - capital de Ayacucho y una capital de provincia), resultando que, los médicos son cinco veces más propensos a elegir un trabajo en áreas urbanas que en zonas rurales. Esto genera un desafío para la formulación de políticas de atracción y retención dirigidas a superar el problema de la escasez de médicos en zonas rurales. (Miranda, et al., (2012).

Alameddine y otros (2012) realizaron en el Líbano, un estudio de diseño transversal acerca de la retención de RHUS en establecimientos de atención primaria. Se aplicó un cuestionario a 755 proveedores de salud de 81 centros distribuidos a nivel nacional. Los resultados señalan que dos de cada cinco encuestados presentan la probabilidad de dejar su trabajo dentro de uno a tres años y los demás no están seguros sobre esta decisión. Las razones de dejar de laborar fueron los bajos incentivos económicos (54,4%), las ventajas laborales que ofrecen las instituciones de salud del exterior (35,1%) y las escasas oportunidades para el crecimiento profesional (33,7%) (Alameddine, et al., 2012; miranda et al., 2021).

La revisión de los estudios, han dado un mayor sustento al problema y su vigencia; y orientaron la identificación de categorías, actores y procesos involucrados.

2.3 Bases Teóricas

2.3.1 El Sistema de Salud del Perú y el Primer Nivel de Atención

La descentralización del país inició el año 2002 respaldado por el marco legal con la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley de Ordenamiento Territorial, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, la Ley de Elecciones

Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades. Esto dio lugar a 25 gobiernos regionales, quienes recibieron la transferencia de competencias y funciones dentro de ellas las que corresponden al sector salud (público) con la respectiva rectoría del Ministerio de Salud (MINSA).

El Artículo 45° de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales - Ley Nº 27867 (2002) en el Rubro a, relacionado con la concordancia entre las políticas y funciones del Gobierno Regional (GR) con las políticas sectoriales, menciona que es competencia del Gobierno Nacional (GN) normar las políticas nacionales y sectoriales, formuladas a partir de la realidad nacional y regional y ejerce su rol de acuerdo a ley, por su parte los GR, norman y ejercen funciones de acuerdo a las políticas nacionales y sectoriales.

Dentro de la función específica de los GR relacionadas con salud, la ley indica entre otros aspectos que, debe formular y administrar las políticas de salud, considerando las nacionales y sectoriales, ejecutar el plan de desarrollo regional, coordinar todas las actividades de salud, promover la prevención y promoción, gestionar las redes, los establecimientos y los niveles de atención de salud estatales, en coordinación con los Gobiernos Locales (GL). Un tema que debe quedar explicitico es la responsabilidad de los GR acerca de la promoción de los RHUS, que abarca la formación, capacitación y su desarrollo. (Ley Nº 27867 - 2002).

Cada GR organiza la gestión de los servicios de salud a través de las Dirección Regional de Salud (DIRESA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA) (Lazo, et al., 2016).

El establecimiento de salud (ES) es la unidad que oferta servicios de salud ambulatoria o de internamiento y está clasificada por niveles de atención[1] (primer, segundo y tercer nivel) de acuerdo a su nivel de complejidad para realizar actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control

[1] El Nivel de Atención es la forma de organización de la oferta de los servicios de salud, donde se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutiva (Ministerio de Salud, 2011a, p.8)

de daños a la salud, asistenciales y de gestión de salud a la persona, familia y comunidad. Está clasificado en una categoría[2] y de acuerdo a ella; es implementado con RHUS, materiales y equipos de acuerdo a su capacidad resolutiva (Ministerio de Salud, 2011a).

El PNA, «Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud. En este nivel se ejecutan prioritariamente actividades de promoción, prevención, control de daños, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno». (Ministerio de Salud, 2011b, P.8). Los establecimientos de salud resuelven problemas de salud de baja complejidad no obstante reciben una alta demanda de atención de problemas de mediana y alta complejidad los cuales son referidos a los establecimientos de salud de los niveles 2 o 3, por consiguiente, es un espacio coordinador dentro del sistema de salud donde se viabiliza el flujo del proceso de atención de los usuarios (Ministerio de Salud, 2011b).

Los establecimientos del PNA constituyen el 98,05% de todos los ES del MINSA; éstos deben resolver localmente entre el 70 y el 80% de las demandas más frecuentes de atención de salud de la población, según etapas de vida (Ministerio de Salud, 2011b. P. 22). En este nivel, existen dos tipos de establecimientos de salud, con población asignada (ofrece atención en un ámbito determinado) y sin población asignada (brinda atención a libre demanda) (Ministerio de Salud, 2014), y están organizados en cuatro categorías: I- 1, I- 2, I- 3 y I- 4., a mayor categoría, mayor capacidad resolutiva del ES.

> «El PNA debe ser considerando como el mejor espacio para establecer vínculos con la comunidad y otros sectores sociales, incluyendo la sociedad civil; esto permitiría un buen abordaje de los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud de la población» (Ministerio de Salud, 2011b. P. 22).

[2] «La categorización es la clasificación de los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características operativas y funcionales organizadas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población que atiende» (Ministerio de Salud, 2011a, p. 5).

2.3.2 Sistema de Salud en la Región Ayacucho

El sistema de salud está a cargo de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA) el cual es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social (GRDS) del Gobierno Regional de Ayacucho.

El componente 2 del Plan de Desarrollo Regional Concertado 2016-2021 de la Región Ayacucho (PDRC), entre otros aspectos, incluye todo lo relacionado con la salud, género y diversidad. Destaca la problemática de la atención de salud, con énfasis en las coberturas e indicadores (Gobierno Regional de Ayacucho. PDRC, 2016).

El PDRC presenta seis objetivos estratégicos; el segundo hace mención a la dotación y disponibilidad de los recursos humanos en salud; este objetivo a la letra dice: «M*ejorar las condiciones de salud de toda la población en la región*». (Gobierno Regional de Ayacucho. PDRC. P. 67).

La DIRESA Ayacucho, por mandato, es la autoridad responsable de la implementación de políticas, planes y programas nacionales y regionales en salud en el ámbito del Gobierno Regional de Ayacucho. Depende técnica y normativamente del MINSA que es el rector nacional en materia de salud. Asimismo, tiene dependencia jerárquica, funcional, presupuestal y administrativa de la Gerencia Regional de Desarrollo Social, instancia rectora regional en materia de salud, en el marco del proceso de descentralización. (DIRESA Ayacucho. POI, 2017).

Revisando los doce objetivos generales de la DIRESA, todos involucran la participación de los RHUS, siendo el objetivo h, el que está relacionado directamente con la gestión adecuada de los RHUS en la Región; este objetivo tiene cuatro objetivos específicos, que incluye la adecuada dotación, la formulación e implementación de las políticas y planes de desarrollo de competencias, la mejora del nivel de motivación y satisfacción del personal y la garantía de la salud ocupacional. (POI DIRESA Ayacucho 2017).

La DIRESA Ayacucho cuenta con 423 Establecimientos de Salud, de ellos, 381 están activos o en funcionamiento y 42 inactivos. El 85 % (325) de activos son puestos de salud, 12 % (45) centros de salud, 2 % (8) hospitales de atención general (hospitales de apoyo), 1 % (2) centros de salud con internamiento y 1 hospital de atención especializada. (POI DIRESA Ayacucho 2017. P. 35 y 36). (Cuadro 1 y 2).

Cuadro 1. Distribución de establecimientos de salud según categorías, de la DIRESA Ayacucho, 2015

Categoría	Establecimientos de Salud	
	No.	%
I -1	284	74.5
I -2	41	10.7
I -3	45	11.8
I -4	2	0.5
II - 1	8	2
II - 2	1	0.5
	381	100

Fuente: DIRESA Ayacucho, POI 2015, p. 54.

Los ES del primer nivel de atención están distribuidos en las cuatro categorías y organizadas en siete redes de salud que a su vez son Unidades Ejecutoras (UE): Red Ayacucho Centro, Coracora, Huamanga, Huanta, Lucanas, San Francisco y San Miguel.

Cuadro 2. Distribución de los establecimientos de salud de la DIRESA Ayacucho, según provincias, 2015

Provincias	**ES**	**Hospitales**
Cangallo	28	4
Huamanga	75	-
Huancasancos	11	1
Huanta	56	2
La Mar	45	1
Lucanas	56	-
Parinacochas	20	1
Paucar del Sara Sara	31	-
Sucre	14	-
Víctor Fajardo	31	-
Vilcashuamán	22	**10**

Fuente: SUSALUD, 2015

«El monto asignado para la gestión de recursos Humanos según el PIA 2017 fue de S/. 9.752,544.00 - Especifica 2.1-Personal y obligaciones sociales. (PIA 2017» (Dirección Regional de Salud de Ayacucho, 2017. p.38).

> En la actualidad la DIRESA cuenta con un número considerable de trabajadores, sin embargo, en ciertas dependencias el número de trabajadores es insuficiente lo cual dificulta la atención de los servicios a los usuarios que requiere la sociedad ayacuchana, no existe capacitación al personal para estar acordes a las nuevas tendencias y dar servicio de calidad en general. (Dirección Regional de Salud de Ayacucho, 2017. p.38).

Ayacucho tiene universidades que forman médicos, enfermeras y obstetras, entre otros profesionales de la salud. Es el caso de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga que, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud con sus escuelas profesionales de Enfermería, Farmacia y Bioquímica, Medicina Humana y de Obstetricia (Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, 2018).

Asimismo, cuenta con universidad particulares, como la Universidad Alas Peruanas (UAP), que ofrece las carreras profesionales de las ciencias de la salud, entre ellas, enfermería, medicina humana, obstetricia y la Universidad Católica los ángeles de Chimbote (UDALECH), con carreras de enfermería y obstetricia.

Otras entidades académicas de Ayacucho relacionadas con el ejercicio profesional en salud, son los consejor regionales de los colegios profesionales, s el caso del Consejo Regional XVI del Colegio Médico del Médico, el Consejo Regional X del Colegio de Enfermeros y el Consejo Regional VII del Colegio de Obstetras. Los colegios profesionales velan por la calidad y ética del ejercicio profesional de sus integrantes y tienen participación en aspectos técnicos especializados para la formulación de políticas en temas socio sanitarios, asimismo, impulsan el desarrollo de sus integrantes a través de programas de capacitación, oportunidades de empleo (bolsa de trabajo) y desarrollo profesional, entre otros.

2.3.3 Características Generales de la Población que Demanda el Primer Nivel de Atención en Ayacucho

Según el PDRC de la Región, el Índice de Desarrollo Humano (IDH)[3] de Ayacucho es de 0.3336, ocupando el penúltimo lugar con relación a las demás regiones del país» (PDRC Ayacucho 2016-2021. P.14), esto explica los problemas sociales, económicos y políticos experimentados en las últimas décadas.

Asimismo, en el ranking nacional tiene el segundo lugar de pobreza monetaria por ello se le considera como una región pobre.

> Considerando los centros poblados, Ayacucho está dividido en dos zonas, la zona norte, con un eje importante que es la ciudad de Ayacucho, la cual es considerada en la categoría de ciudad intermedia; y la zona sur, cuyo eje principal es la ciudad de Ica. Las dos zonas están unidas por carreteras con asfalto y otras afirmadas, pero no se encuentran integradas, por las diferencias en el desarrollo económico. En la zona norte se observa un crecimiento poblacional con mayor notoriedad en las provincias de Huamanga, Huanta y el VRAEM, donde es evidente el surgimiento de ciudades menores y alta dispersión de centros poblados rurales, en tanto en las zonas centro y sur, se observa un proceso de despoblación generada por la migración interna y hacia otras regiones. (PDRC Ayacucho 2016-2021. P. 17).

En general, las zonas centro y sur son las que presentan el menor desarrollo relativo, con mayor migración y pobreza. (PDRC Ayacucho 2016-2021).

---

[3] El IDH es un indicador del PNUD para determinar el nivel de desarrollo que tienen los países con el objetivo de conocer la esperanza de vida al nacer, la educación determinada por la alfabetización y la combinación de las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria y el nivel de vida decoroso, medido por Producto Bruto Interno. El valor se expresa entre 0 y 1. Ministerio de Economía y Finanzas.
https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100694&view=article&catid=750&id=4858&lang=es-ES
Un IDH mayor de 0,80 indica un país con alto desarrollo humano, entre 0,50 y 0,80, un desarrollo medio y menor de 0,50; un bajo desarrollo.

2.3.4 El Capital Intelectual y su importancia en la Atención de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2011), en el mundo, más de la mitad de la población vive en zonas rurales, sin embargo, el personal de salud reside y trabaja en las zonas urbanas o las ciudades. Este desequilibrio genera desigualdades en la prestación de los servicios de salud; y es más grave en los países y localidades de bajos ingresos ya que en estos, la población tiende a ser más alta que en los países y localidades de mayores ingresos.

La salud es un derecho, ello implica una atención segura, con calidad y sin discriminación; esto es una prioridad asumida por todos los países y debe estar presente en su agenda de desarrollo después del año 2015.

Para lograr este compromiso, el país debe disponer de RHUS cualificados y en cantidad suficiente, que permita responder a las demandas de atención sobre todo de la población rural, con poco o difícil acceso a los servicios salud, ubicada en zonas de pobreza y extrema pobreza. Esto genera un desafío para el MINSA y en general para el estado peruano ya que debe implementar políticas y estrategias para retener, atraer y favorecer el retorno de los RHUS en los establecimientos de estas zonas, correspondientes con el PNA.

Para Wakerman (2019) la retención de RH, requiere garantizar la financiación, entornos saludables, capacitación, contratos flexibles, infraestructura adecuadas y una buena relación con la comunidad.

Entonces se requiere de una planificación estratégica de RHUS que permita evaluar la necesidad de RHUS actuales, proyectar sus requerimientos y asegurar su disponibilidad, asimismo, la implementación de los procesos de gestión del talento humano, que según la Autoridad del Servicio Civil del Perú (SERVIR), estos procesos deben ser conducidos por las oficinas de recursos humanos y comprende siete procesos: la planificación de políticas, la organización del trabajo y su distribución, la gestión del empleo, del rendimiento, de la compensación, del desarrollo y capacitación y de las

relaciones humanas y sociales. Estos procesos deben estar interrelacionados para lograr la integralidad y los objetivos de gestión de los recursos humanos.

Compromisos internacionales y nacionales asociados con el desarrollo de los recursos humanos. Existen diversos compromisos asumidos en eventos y en normas relacionados con el desarrollo de las RHUS que enfatizan el apoyo necesario para la fidelización en establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas y de difícil acceso. El Cuadro 3 presenta los compromisos más relevantes relacionados con los RHUS:

Cuadro 3. Compromisos internacionales y nacionales relacionados con el desarrollo de recursos humanos en salud

	Evento/Política	**Detalle del Compromiso**
Internacionales		
1.	162ª. Sesión del Comité Ejecutivo. Plan de Acción de la Estrategia Regional sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal (2019 - 2023). Washington, D.C. USA. 2018.	Se acuerdan las líneas de acción para impulsar condiciones idóneas y mejorar las capacidades de los RHUS que permitan el incremento del acceso y cobertura de salud
2.	OPS. Estrategia RHUS para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 2017	Establece líneas estratégicas de acción para fortalecer la rectoría, las condiciones laborales, competencias y mecanismos de concertación con entidades formadoras.
3.	OIT. Trabajo Decente y la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. 2017.	Impulsa el logro de ODS 8, relacionado con el trabajo decente y productivo.
4.	69ª. Asamblea Mundial de la Salud. 2016	Los delegados acordaron adoptar la Estrategia Mundial de RHUS. *"Personal sanitario 2030*" que permita avanzar en la cobertura universal y en las ODS.
5.	OMS. Asamblea General de las Naciones Unidas y la Agenda para el Desarrollo Sostenible. 2015.	Establece metas para una vida sana que solo se logrará con inversiones en RHUS y cambios profundos en la planificación, formación, retención-fidelización y remuneraciones.
6.	Política Andina de Planificación y Gestión de RHUS. 2013	Los países de la sub región andina entre ellos el Perú, asumieron el compromiso con esta política y su implementación en el periodo 2013-2017.
7.	3er. Foro Mundial sobre RHUS. Brasil 2013.	Se firmó una declaración de compromiso que refuerza la necesidad de la atención de salud con calidad, accesible y aceptable para lo cual

	Evento/Política	Detalle del Compromiso
		enfatiza la excelencia en la formación de RHUS basados en competencias sobre todo de enfermería y obstetricia. Asimismo, de fomentar el contrato y retención de todo tipo de RHUS, favoreciendo su motivación, y trabajo decente.
Nacionales		
8.	Lineamientos de Política de RHUS 2018-2030. 2018	Presenta los objetivos prioritarios para el desarrollo de los RHUS en el Perú. Destaca el cierre de brechas con una distribución equitativa en los tres niveles, local, regional y nacional con mejores condiciones laborales. En síntesis, un trabajo decente.
9.	Política General de Gobierno al 2021. 2018	Se define las prioridades para el desarrollo integral del país, incluyendo la participación ciudadana y la atención/protección a las poblaciones vulnerables.
10.	Decreto supremo No. 011-2017 AS, relacionada con el marco general de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).	La ENSAP es reconocida como órgano académico del MINSA para gestionar programas de capacitación, formación y perfeccionamiento, así como para proponer políticas relacionadas con la formación de RHUS.
11.	ROF MINSA. 2016	Instituye que el MINSA debe proponer y llevar adelante las políticas públicas relacionadas con el sector.
12.	Acuerdo Nacional. 2015	Abarca los objetivos de la reforma en salud, enfatizando como área critica, la gestión de los RHUS.
13.	Ley de Servicio Civil y su Reglamento. 2014	Contempla la meritocracia para la mejora de los servicios a la población y por ende a la mejora salarial del trabajador.
14.	Ley Universitaria 30220. 2014	Norma la creación, funcionamiento, seguimiento y cierre de las universidades. Busca la calidad en la formación de los profesionales como agentes fundamentales para el desarrollo del país, la cultura y la investigación.
15.	Lineamientos para la Reforma del Sector Salud.2013	El 4º. Lineamiento determina la necesidad de cambios en los aspectos salariales, laborales, de regulación en la formación de especialistas e incentivos no económicos para la fidelización de los RHUS que laboran en zonas menos favorecidas.
16.	Ley de Organización y Funciones MINSA. 2013	En el ámbito de RHUS explicita el impulso al fortalecimiento de sus capacidades y competencias.
17.	Decreto Legislativo No. 1153. 2013	Establece la política de mejoras económicas para los RHUS con una mirada de equidad y eficacia para una buena atención a los usuarios.

	Evento/Política	Detalle del Compromiso
18.	Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. 2012	Identifica los problemas de la gestión pública y su desempeño, y propone estrategias para superarlos. Incluye aspectos de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y en el seguimiento y evaluación, entre otros. .
19.	Decreto Supremo No. 003-2011-SA. PROSALUD. 2011	El Programa genera estímulos para que los equipos básicos, conformado por un médico, un enfermero y un obstetra puedan ser contratados por tres años con incentivos económicos, académicos y de promoción laboral. Surge como un programa complementario al SERUMS.
20.	Ley de descentralización. 2002	Explicita las funciones y competencias transferidas a los Gobiernos Regionales, entre ellas, la gestión de las políticas sanitarias, la asignación de recursos financieros a la DIRESA, la promoción del desarrollo de los RHUS, la articulación de la investigación, la docencia y la proyección a la comunidad, en los ES.

Fuente: Elaboración propia en base a los Lineamientos de Política de RHUS 2018-2030. Resolución Ministerial No. 1387-2018/MINSA.

La Gestión y Motivación del Talento. Todo gestor del talento humano debe tomar en cuenta que está gestionando a seres humanos y no recursos como tal; estas personas cuentan con personalidad propia, diferentes entre sí en historias y capacidades diferentes; son impulsores de la organización, con inteligencia, talento y aprendizajes permanentes con lo cual dinamizan la organización; y son socios o aliados de la organización, capaces de conducirla a la excelencia y al éxito. (Chiavenato. 2002). Por consiguiente, tienen expectativas y motivaciones que deben ser tomadas en cuenta por los gestores.

Esto es más relevante en los RHUS que laboran en las zonas alejadas o remotas y rurales, donde se hacen más evidentes las brechas cualitativas de recursos humanos ya sea por insuficiente número, mala distribución o ambas, asimismo, menos posibilidades de desarrollo de sistema de carrera sanitaria, condiciones laborales poco favorables, entre otras limitaciones y dificultades.

El Trabajo Decente en el Personal de Salud. Este enfoque está basado en los derechos y contempla el trabajo en condiciones de seguridad, sin desigualdad de género, e incluye el derecho a la negociación y organización gremial (Wiskow 2017).

Según Acevedo (2012), las categorías que reflejan un trabajo decente están relacionadas con la existencia del diálogo social y las relaciones laborales explicitadas en seguros contra accidentes y la filiación gremial, asimismo, con las horas de jornada laboral justas, las oportunidades de empleo, la remuneración decente, estabilidad laboral, las condiciones de seguridad en el trabajo y el trato justo reflejado en un clima laboral favorable (Acevedo et al., 2012).

En el mes de setiembre del año 2015, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas; el trabajo decente y sus pilares propuestos por la OIT (1999), es decir «*las oportunidades de empleo e ingresos, la promoción de los derechos fundamentales en el trabajo, la protección social y el diálogo social*», fueron ejes centrales para arribar a la «Agenda 2030 de desarrollo sostenible» https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm , así, el ODS ocho se trata del «Trabajo decente y desarrollo económico» el cual tiene entre otras metas, la promoción de políticas que apoyen toda actividad productiva para la creación de oportunidades laborales con trabajo decente, tanto para hombres y mujeres con igualdad en la remuneración por trabajos similares. Asimismo, las metas incluyen la protección de los derechos laborales, con entornos seguros y saludables. https://peru.un.org/es/sdgs/8

Intervenciones para mejorar la Atracción, Retención y Retorno del Recursos Humanos en Salud en Zonas Rurales. La OMS presenta recomendaciones organizadas en cuatro categorías: «la formación, regulación o intervenciones normativas, los incentivos económicos y el apoyo personal y profesional» (Organización Mundial de la salud, P.17); cada una incorpora recomendaciones específicas (Ver Figura 1).

La Formación profesional, abarca la captación de los estudiantes que proceden de zonas rurales ya que existe mayor posibilidad de ejercer la profesión en sus zonas de procedencia, incluye también la formación con experiencias de aprendizaje en lugares más próximos a las comunidades rurales y con enfoque intercultural, incluyendo las rotaciones y prácticas clínicas y comunitarias en éstas comunidades; para esto en necesario adaptar los planes de estudio a las necesidades de éstas zonas y facilitar la educación continua de los RHUS que

permita la promoción o ascenso profesional (Organización Mundial de la Salud, 2011).



Figura N° 1
Categorías de las intervenciones que influyen en la atracción, retención y retorno de recursos humanos en salud.
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2011
Elaboración propia (2018)

La regulación o normatividad, está referida a la creación de las condiciones para ampliar el ámbito del ejercicio profesional de los RHUS en las zonas rurales, de manera que puedan intervenir en los casos que el profesional a quien le corresponde la competencia, no se encuentre. Incluye también la formación de agentes de salud de acuerdo a las necesidades de mayor demanda de la población en diferentes categorías. Se debe garantizar incentivos apropiados para el personal que cumple el servicio obligatorio que permita su permanencia en la zona e implementar becas u otras ayudas para la formación o perfeccionamiento del personal de salud, con el compromiso obligatorio que, al culminar los estudios deben prestar servicios en zonas rurales o remotas. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

*Los incentivos económicos***:** corresponde a la aplicación de estímulos económicos y no económicos sostenibles y que sean ventajosos para trasladarse a una zona remota o rural, ello puede incluir apoyos para el traslado, para la vivienda, vacaciones con pago, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2011).

*El apoyo personal y profesional***,** incluye las condiciones de vida, además de la infraestructura y los servicios, por ejemplo, la electricidad, acceso a escuelas, telecomunicación, conectividad, electricidad, entre otros. Hay necesidad de asegurar que las condiciones en el entorno laboral sean aceptables, seguras, con el equipo básico de salud, el equipamiento correspondiente, con procesos instalados de supervisión y asesoramiento, presencial o a distancia y un buen clima laboral. Un tema de bastante reclamo es la existencia de programas o procesos de interacción y consulta con profesionales de zonas mejor atendidas o de establecimientos e salud con mayor capacidad resolutiva. Esto puede darse a través de programas de telesalud (uso de la tecnología para obtener el apoyo o asesoría a distancia) y visitas periódicas de un equipo de especialistas o de un profesional de salud. Hay procurar el establecimiento de mecanismos de promoción para los agentes de salud rurales, facilitar el intercambio de conocimientos y aumentar la visibilidad de los RHUS de las áreas rurales (Organización Mundial de la Salud, 2011).

La OMS (2017) ha considerado como densidad ideal para los RHUS 44,5 profesionales por 10.000 habitantes, esta cifra considera a enfermeras, obstetras y médicos, y está relacionada con las demandas de atención de la población y con los esfuerzos para lograr los ODS.

2.3.5 Pautas para la Formulación de Argumentos de una Política Pública de Recursos Humanos para la Retención y Retorno

Las políticas públicas son diversas actividades ejecutadas por las instituciones del estado de manera directa o indirecta a través de diferentes agentes. Según Frohock citado por Ruiz (2013), una política pública es una práctica social para superar conflictos o implementar acciones colectivas para el desarrollo. Por su parte Jorge Cuervo la define como «la intervención caracterizada por flujos

de decisión y acción para resolver problemas de carácter público y que ha ingresado a la agenda del estado mediante la movilización de recursos, organizaciones y actores en representación de la sociedad». (Cuervo. 2007. P.79)

Estas definiciones permiten identificar algunas características significativas, entre ellas, que la política pública es una acción continua, que responde a demandas de la sociedad, supone flujos de decisiones y acciones con demandas de objetivos, metas, propósitos específicos con un programa de acción involucrando recursos e ideas que conllevan a ejercicios de negociación y persuasión enfrentando heterogeneidad y diversidad. (Ortegón 2015).

La formulación de políticas destinadas a la retención de RHUS en el PNA, deben ser guiadas por principios de equidad (Organización Mundial de la Salud, 2011), estos principios se fundamentan en que todos los ciudadanos, cualquiera sea la ubicación de su residencia, deben tener las mismas oportunidades de lograr un buen estado de salud. Para esto, es necesario garantizar la presencia del personal sanitario que pueda atender la demanda de esta población. Asimismo, es preciso conocer las características del personal a través de un análisis profundo que permita identificar un posible desequilibrio entre la oferta y la demanda. Un aspecto clave dentro de este análisis es tener el conocimiento de los factores que inciden en la decisión del personal para migrar de las zonas rurales.

La Figura 2 presenta los momentos para la propuesta de argumentos que permitan la construcción de una política de retención y retorno de RHUS.

Sobre la identificación de la problemática d*e la situación de retención y retorno.* Está relacionada con la identificación de los problemas que generan la ausencia de una política pública, marca el inicio del proceso de construcción. Este momento abarca el surgimiento e identificación respectiva del problema. Puede ser elaborada a partir de información primaria o secundaria basada en la evidencia. Contempla la valoración de la situación-

problema desde el punto de vista de los involucrados directamente en la problemática.

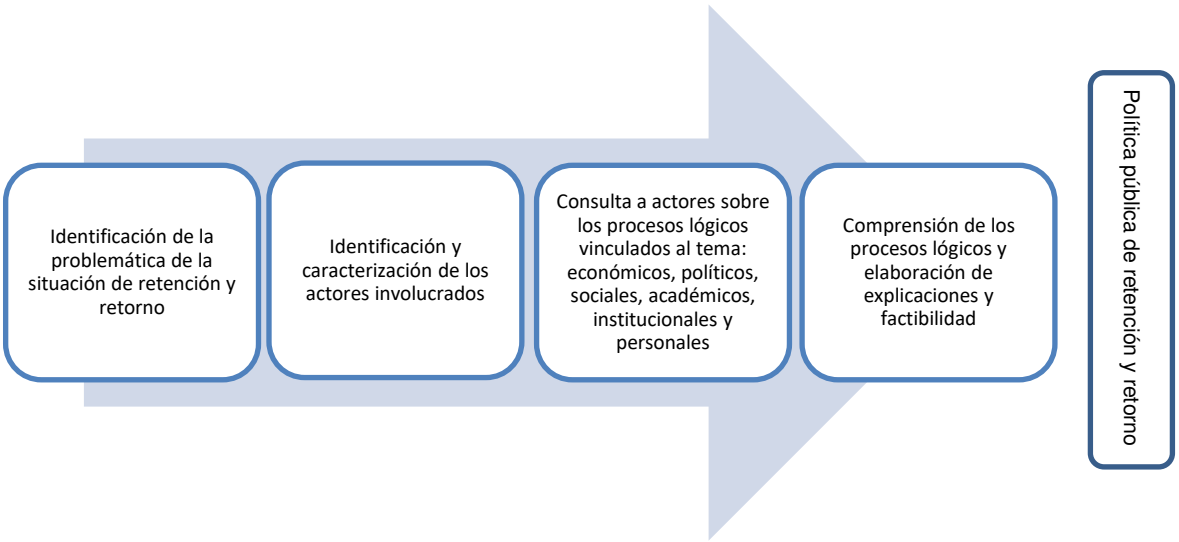


Figura N° 2
Momentos de elaboración de los argumentos para una política pública de retención y retorno.
Fuente. Elaboración propia (2018)

Este es el primer momento y está dirigido a la identificación y descripción de la problemática y de las demandas económicas, políticas, sociales, institucionales, académicas y personales incluyendo los juicios de valor y la identificación de los compromisos, los avances y el marco legal.

Entre las demandas y avances económicos y políticos se debe identificar el interés en el tema, el presupuesto asignado, las remuneraciones, pagos adicionales, vivienda, traslados, lineamientos de política y gestión territorial.

Los problemas, demandas y avances sociales deben centrarse en el involucramiento de la comunidad, las expectativas, percepciones, satisfacción y demandas de la atención.

Con relación a los problemas, demandas y avances en el área académica, se deben identificar los aspectos de la formación, la oportunidad laboral para los egresados, bolsas de trabajo e involucramiento en la problemática. Los

problemas, demandas y avances institucionales están relacionados con el estudio de la necesidad de recursos humanos, el clima laboral, los recursos para el trabajo y el involucramiento de la institución en la problemática. Finalmente, las demandas personales corresponden a las experiencias previas, intereses, expectativas, incentivos, proyección, formación, vivienda, cercanía a familiares. Un aspecto necesario en el diagnóstico es la identificación del marco legal vigente y que se viene aplicando.

Identificación y caracterización de los actores involucrados. Es el momento de elaboración del mapa de actores e identificación de su involucramiento en el tema. Para esto se toma en cuenta el involucramiento en:

- La toma de decisiones
- La gestión de recursos
- El grado de poder para el cambio; y
- El interés en el tema.

Incluye a los actores sociales, académicos, institucionales, políticos y los profesionales de la salud: médicos, enfermeras y obstetras.

Consulta a actores sobre los procesos lógicos vinculados al tema: económicos, sociales, académicos, institucionales y personales. En este momento se identifica los procesos lógicos vinculados con las dimensiones económicas, sociales, políticas, institucionales, personales y académicas.

Los procesos lógicos económicos y políticos abarcan el presupuesto, las remuneraciones, pagos adicionales, vivienda traslados, lineamientos de política, interés en el tema, gestión territorial. Los procesos sociales corresponden al involucramiento de la sociedad civil y la comunidad, expectativas, percepciones y satisfacción de la atención. Los procesos académicos están vinculados con la formación, bolsa de trabajo, involucramiento de la universidad en la problemática, los procesos institucionales abarcan la oportunidad laboral, clima laboral, recursos, involucramiento de la institución en la problemática y los procesos personales

permiten la identificación de la experiencia previa, intereses, expectativas, incentivos, proyección, formación, vivienda, cercanía a familiares.

Comprensión de los procesos lógicos y elaboración de explicaciones y factibilidad. Es el momento que permite identificar, analizar, sintetizar y elaborar las explicaciones de los procesos y demandas económicas, políticas, sociales, académicas, institucionales y personales. Asimismo, permite explicar la factibilidad presupuestal, legal, administrativa, política, socioeconómica y ambiental. Los procesos y demandas son:

- Procesos y demandas económicas y políticas: presupuesto, remuneraciones, pagos adicionales, vivienda, traslados, lineamientos de política, interés en el tema, gestión territorial.
- Procesos y demandas sociales: involucramiento de la sociedad civil y la comunidad, expectativas, percepciones y satisfacción de la atención.
- Procesos y demandas académicas: formación, bolsa de trabajo, involucramiento de la universidad en la problemática
- Procesos y demandas institucionales: oportunidad laboral, clima laboral, recursos, involucramiento de la institución en la problemática
- Procesos y demandas personales: experiencia previa, intereses, expectativas, incentivos, proyección, formación, vivienda, cercanía a familiares.
- Factibilidad presupuestal, legal, administrativa, política, socioeconómica y ambiental.

> Este momento abarca la argumentación «[…] que es el proceso fundamental que siguen los ciudadanos y los gobernantes para llegar a juicios morales y a la elección de políticas. La discusión pública moviliza el conocimiento, la experiencia y el interés de muchas personas que centran su atención en un número limitado de problemas. Cada uno de los participantes se siente alentado para ajustar su visión de la realidad, e incluso para cambiar sus valores, como resultado del proceso de la persuasión recíproca. En esta forma, la discusión puede

producir resultados que están más allá de los métodos autoritarios o tecnocráticos de elaboración de políticas» (Majone, 1997. P. 2).

Creación de la política pública de retención y retorno. Es indispensable que todas estas decisiones del momento anterior sean formalizadas. Para ello se debe elaborar documentos que detalle los pasos a seguir para alcanzar la meta; estos documentos incluyen dos tipos de información, *la reservada* que contiene información confidencial por razones de estado *y la pública* que es la información de acceso abierto para conocimiento de todos los involucrados en el proceso. Este último determina la estructura de la política y contiene los objetivos, los criterios para su aplicación, funciones, acciones, recursos, organización, desarrollo, los mecanismos de articulación territorial y de seguimiento y evaluación (Ruiz, 2013).

2.4 Categorías Teóricas Iniciales del Tema en Estudio

El estudio planteó cuatro categorías iniciales basadas en la evidencia científica y recomendaciones fundamentadas por la OMS. Estas categorías, según reporta la OMS, surgieron de «[…] la consulta a expertos, politólogos, investigadores, financiadores, representantes de asociaciones profesionales y responsables de la aplicación de programas». (Organización Mundial de la Salud, 2011. P. 6). y son las siguientes:

«Categoría: Formación de Profesionales.

Categoría: Regulación – intervenciones normativas.

Categoría: Incentivos Económicos.

Categoría: Apoyo Profesional y Personal» (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Luego del procesamiento y análisis de la información, se modificaron estas cuatro categorías iniciales, y se convirtieron en sub categorías, lo cual se explica en el Rubro 3.6, Análisis de datos.

2.5 Glosario de Términos

- **Argumentos para políticas,** son las explicaciones y fundamentos en las cuales se sustenta una política pública y que surgen a partir de una reflexión profunda de la problemática social con la participación de todos los involucrados.
- **Condiciones de empleo,** es la actividad económica u operaciones económicas que realizar una persona para producir bienes o servicios por lo cual recibe un salario y otros reconocimientos; esto aplicado al estudio incluye las mejoras salariales, la estabilidad laboral, bonificaciones, jornadas laborales, tipos de contrato, desarrollo profesional y la participación social.
- **Condiciones de trabajo.** Es el «conjunto de circunstancias que rodean al trabajo en el que se desempeñan los individuos", destacando el concepto de trabajo decente» (OPS, 2012. P. 12). Esto aplicado al estudio, abarca, el trabajo seguro, la dotación de RHUS, el clima aboral, infraestructura, equipamiento, materiales e insumos para el trabajo y el desarrollo de programa s de educación continua,
- **Política de retención y retorno,** son las normas generales avaladas por el órgano rector del país y respaldadas por un amplio consenso social o político, para retener y favorecer el retorno de profesionales en el país o región.
- **Política pública,** según Frohock, «es una práctica social ocasionada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas». (Ruiz; 1996, P. 15).
- **Retención de profesionales,** son las acciones para el mantenimiento, conservación o evitar el riego de abandono o salida de los profesionales. Aplicado al estudio, abarca de los médicos, enfermeras y obstetras de los ES del PNA.

- **Retorno de profesionales,** es el regreso de los profesionales a determinado lugar laboral. Aplicado al estudio, abarca el regreso de los médicos, enfermeras y obstetras, a los ES del PNA.

CAPÍTULO III: TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo y diseño de la Investigación

La investigación es de tipo descriptivo cualitativo, elegido en concordancia con la naturaleza del problema y de los objetivos de la investigación para lograr descripciones, comprenderlas e interpretarlas a partir de las percepciones y puntos de vista otorgados por los actores participantes en el estudio, con base en su experiencia.

La investigación cumple con las características holística, interpretativa, empática y empírica del enfoque cualitativo, por cuanto intencionalmente se ha identificado un contexto determinado; Ayacucho, integrando a diferentes actores comprometidos en el tema de recursos humanos en salud, que fueron ubicados para el trabajo de campo con la finalidad de obtener la información de manera interactiva para entendimiento y comprensión de sus puntos de vista.

El diseño sigue la secuencia de la construcción de una política pública (hasta la elaboración de argumentos (explicaciones) (Figura No. 2). Es preciso anotar que el punto de partida ha sido la identificación de la problemática a partir del análisis de la evidencia científica y de reportes de instituciones del Estado peruano relacionados con el tema (anotado en la situación problemática del estudio). Incluye también la valoración que dieron los profesionales de la salud acerca de su trabajo en establecimientos de salud ubicados en zonas rurales y de difícil acceso, obtenido de fuente primaria. Seguido a ello se identificó y caracterizó a los actores involucrados en el problema dando como resultado el «mapa de actores» (Figura 3), a quienes se les consultó acerca de los procesos

en estudio. Previamente. Finalmente se trianguló la información para comprender los procesos e identificar, analizar, sintetizar y elaborar los argumentos económicos, políticos, sociales, legales, académicos, institucionales y personales para una política que permita retener y retornar a los profesionales de la salud.

3.2 Unidad de Análisis

Se identificaron cinco tipos de unidad de análisis conformado por los actores involucrados, actores políticos: candidatos a la presidencia regional de Ayacucho (segunda vuelta). Académicos: (a) decano, directores y equipo de gestión de las Escuelas profesionales de medicina humana, enfermería y obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud del Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y (b) decanos de los consejos regionales de los Colegios Profesionales de medicina, enfermería y obstetricia, Institucionales: director, sub director y directora de recursos humanos y jefe de planeamiento y presupuesto de la DIRESA Ayacucho, además el jefe de la Red San Francisco, Red Huamanga y Red Coracora. Actores: profesionales de la salud médicos, enfermeras y obstetras de establecimientos seleccionados.

3.3 Población de Estudio

La población está relacionada con el Contexto, en este caso Ayacucho y se tomó en cuenta dos escenarios: (1) el PNA (profesionales de la salud médicos, enfermeras y obstetras) y (2) los actores mencionados en la unidad de análisis: institucionales, políticos y académicos.

(1) La población de este escenario está conformada por 656 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros y obstetras, de establecimientos de salud del PNA de la Red San Francisco, Red Huamanga y Red Coracora, de la DIRESA Ayacucho.

(2) La población de «actores institucionales» “estuvo conformada por 27 autoridades de 10 direcciones/oficinas de las DIRESA Ayacucho, los

«actores académicos», por 22 directivos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga (UNSCH) y Decano de los colegios profesionales de medicina, enfermería y obstetricia y los actores políticos, por 11 políticos candidatos de la primera vuelta para las elecciones regionales 2018 del Gobierno Regional de Ayacucho.

3.4 Tamaño y Selección de la Muestra según Actores

La muestra de profesionales de la salud fue por cuotas y propositiva, para ello se aplicaron dos criterios:

- (A) Criterio de interés: Primer Nivel de Atención.
- (B) Criterios de diversidad: estos fueron 3, (1) Primer Nivel de Atención en zonas rurales; (2) elección de redes, microrredes y establecimientos de salud de la zona norte (Red San Francisco), centro (Red Huamanga) y sur de Ayacucho (Red Coracora) y (3) tres tipos de profesionales, médicos, enfermeras y obstetras.

Aplicando estos criterios, la muestra fue conformada por médicos, enfermeras y obstetras de los ES ubicados en los distritos con IDH menor de 0.3338[4]. Un requisito para la selección del ES fue que contara por lo menos con un tipo de profesional del estudio (médico, enfermera u obstetra). De acuerdo a esto, resultaron 112 establecimientos de salud distribuidos de la siguiente manera, 24 de la Red San Francisco, 63 de la Red Huamanga y 25 de la Red Coracora.

El tamaño de la muestra fue de 90, y fue determinado al lograr el punto de saturación. Se aseguró la participación de varones y mujeres, profesionales de los tres grupos de interés, condición laboral, tipo de ES del PNA (categoría) y la ruralidad del distrito donde se ubica el ES. (Cuadro 4).

Se aplicaron como criterios de exclusión, los profesionales que se encontraban fuera del ES ya sea por vacaciones, algún tipo de licencia o comisión de

[4] Este IDH es menor que el promedio de la Región Ayacucho para el año 2011.

servicio. Se consideró también como criterio de exclusión el deseo de no participar en el estudio

Cuadro 4. Distribución de la muestra de profesionales de la salud del estudio, 2018

Redes	**Médicos**	**Enfermeras**	**Obstetras**	**Total**
San Francisco	4	12	14	30
Huamanga	5	14	11	30
Coracora	6	12	12	30
Total	15	38	37	90

Fuente: Elaboración propia den base a la muestra del estudio.

La muestra los actores políticos, académicos e institucionales del estudio, se presenta en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Muestra de actores políticos, académicos e institucionales participantes en el estudio, 2018

Unidad de Análisis	**Actores**	**Muestra**
Políticos	Gobierno Regional de Ayacucho	2 candidatos a la presidencia regional (elegidos por la población ayacuchana para la segunda vuelta de las elecciones a realizarse el 9 de diciembre 2018)
Académicos	UNSCH: Decano de Facultad de Ciencias de la Salud y Directores de Escuelas y miembros del comité de gestión	- 1 Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud - 2 directores de escuela profesional: Enfermería y Obstetricia - 4 integrantes del equipo de gestión de cada escuela (2 en el caso de medicina humana)
	Consejos Regionales de Colegios Profesionales	- 1 Decano del Consejo Regional XVI del Colegio Médico del Médico - 1 Decano del Consejo Regional X del Colegio de Enfermeros - 1 Decano del Consejo Regional VII del Colegio de Obstetras.
Institucionales	DIRESA Ayacucho	- 1 Director - 1 Sub director - 1 Directora de Recursos Humanos - 1 Director de Planeamiento y presupuesto
	Redes: San Francisco, Huamanga y Coracora	3 Jefes de Red

Fuente: Elaboración propia en base a la muestra del estudio.

Se ha realizado la descripción detallada de cada uno de los actores y su respectiva área de trabajo de manera que pueda replicarse el estudio en escenarios similares, aplicando de esta manera el criterio de transferibilidad o aplicabilidad del estudio.

3.5 Procedimientos de Recolección de Datos

Para obtener la información, se realizaron entrevistas semi estructuradas a los profesionales de la salud, a los actores políticos, actores institucionales y dentro del grupo de actores académicos; a los decanos de los colegios profesionales. Asimismo, se desarrolló un grupo focal con las autoridades de la Facultad de ciencias de la salud de la UNSCH. La pregunta transversal a todos los actores fue la necesidad, factibilidad y su participación en la implementación de una política regional que permita retener y favorecer el retorno de RHUS al PNA.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a través de un cuestionario con preguntas generales y específicas relacionadas con el tema de estudio, éstas fueron variando de acuerdo al tipo de actor entrevistado tal como sigue:

- Profesionales de la salud. Se consignaron preguntas acerca de los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de laborar en el establecimiento de salud actual, así como los aprendizajes logrados en dicho ES. Incluye también preguntas de las condiciones de empleo y de trabajo en las que labora y las que se necesitan mejorar, asimismo, los aspectos que más valoran para trabajar en las zonas rurales del PNA, los incentivos que esperan para trabajar o retornar a ES de zonas rurales y de difícil acceso del PNA. El cuestionario también incluyó preguntas sobre la formación profesional en las universidades y su relación con la atracción, permanencia y retorno a ES del PNA.

- Políticos. Las preguntas se dirigieron a las prioridades sanitarias que ha considerado e intervenciones que incluye su plan de gobierno relacionadas con las condiciones laborales (incluye incentivos económicos) de los RHUS

con énfasis en los que laboran en las zonas alejadas. Asimismo, se incluyó una pregunta puntual relacionada con intervenciones e inversiones en conectividad hasta nivel de distrito. Esta pregunta surgió en el proceso de recolección de datos de los profesionales de la salud ya que demandaban actividades de capacitación y asesoría/tutoría, por el medio remoto.

- Académicos. Las preguntas para los decanos de los colegios profesionales estuvieron centradas en la opinión sobre las condiciones laborales en las que trabajan los profesionales de su carrera, los aspectos que se deben mejorar, la existencia de la base legal para que el médico, enfermera u obstetra (según corresponda) ejerzan funciones o realicen la atención a personas con problemas o emergencias que van más allá de su competencia profesional, el respaldo que cuenta desde el colegio. También incluyó preguntas sobre la posibilidad de implementar programas de formación intermedia con certificación creciente, de manera que permita incorporar a personal en zonas rurales, el respaldo que se daría si surgiera esta posibilidad. El desarrollo de programas de educación continua presencial o virtual que se da desde el colegio para los profesionales o trabajadores de salud que laboran en las zonas rurales. Si el colegio aplica algún incentivo profesional a sus colegiados que laboran en zonas rurales o remotas. El valor que le otorga a la implementación de una política pública regional que impulse el retorno o la permanencia de los RHUS en el PNA y el principal incentivo para retener o para el retorno de profesionales de la salud a laborar en establecimientos de salud rurales, su factibilidad de implementación y cómo contribuiría el Colegio.

- Institucionales. Las preguntas para los directivos de la DIRESA Ayacucho y para los jefes de redes iniciaron con las estrategias de retención y retorno explicitas en el Plan Estratégico Regional, asimismo, los incentivos que aplican para laborar en el PNA, entre ellas, las políticas salariales, incentivos económicos, pagos adicionales por laborar en zonas rurales, tipos de contrato, estabilidad laboral, ayudas relacionadas con la vivienda, transporte, seguro de salud, seguro de vida, atención médica, mecanismos de seguridad de los profesionales, bolsa de alimentos, redes de profesionales para

trabajos colaborativos, sistemas informáticos, programas o proyectos para el asesoramiento o apoyo de consultas, sistema de seguimiento o monitoreo, políticas para ofrecer buenas condiciones laborales, educación continua, especialización y becas para la capacitación.

En el caso del grupo focal dirigido a los directivos de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, se inició con las políticas de admisión para captar estudiantes de zonas rurales, su necesidad y filiales de la universidad, aspectos formativos, tales como, docentes asignados en ES de estas zonas, plan de estudios adaptado a las necesidades de las zonas rurales, con contenidos y experiencias de aprendizaje relacionados con la salud en el medio rural, posibilidad de implementar programas de formación intermedia con certificación creciente, de manera que permita incorporar a personal en zonas rurales, desarrollo de programas de educación continua presencial o virtual, programa de becas para profesionales que laboran en zonas rurales, programas de posgrado en zonas rurales (educación continua, especialización, maestría, otros), información de bolsas de trabajo para zonas rurales, desarrollo de algún programa de apoyo o de asistencia técnica a los serumistas egresados de la Universidad, para resolver problemas o incidentes críticos que puedan surgir durante su trabajo rural, seguimiento de egresados para saber la actividad profesional

Los instrumentos fueron validados mediante el juicio de expertos y en el caso del cuestionario estructurado de los profesionales de la salud, se realizó una prueba piloto con 10 participantes de ES de otra Red de salud de la DIRESA Ayacucho. Ambos procedimientos favorecieron la mejora de los instrumentos y la organización del levantamiento de la información.

Para el levantamiento de la información, se solicitó la autorización a través del Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se emitieron los oficios dirigidos al Director de la DIRESA Ayacucho, al Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, a los decanos de los colegios profesionales y a cada candidato a la presidencia regional de la Región Ayacucho. En todos los casos se contó con la aceptación respectiva.

Asimismo, el director de la DIRESA Ayacucho emitió un comunicado dirigido a los jefes de las tres redes involucradas, autorizando el levantamiento de la información y soltando el apoyo necesario para las entrevistas. Con ello se procedió a la recolección de datos de todos los actores del estudio, siendo que, en el caso de los profesionales de la salud se contó con el apoyo de tres expertos en investigación cualitativa quienes previamente fueron capacitados para la unificación de criterios en todos los procedimientos. Las entrevistas y el grupo focal fueron realizadas entre los meses octubre, noviembre y primera semana del mes de diciembre del año 2018.

La información de la entrevista a los profesionales de la salud fue registrada en los cuestionarios semiestructurados y en el caso de los demás actores, las entrevistas se grabaron incluyendo el grupo focal. Antes de cada entrevista y del grupo focal, se obtuvo el consentimiento informado para la participación y grabación. Asimismo, al culminar cada entrevista y el grupo focal se procedió al rechequeo de la información con cada uno de los actores con la finalidad de verificar la validez de las mismas, y asegurar la credibilidad de la información.

3.6 Análisis de los Datos

La información de los 90 cuestionarios de los profesionales de la salud fue codificada y digitada en un archivo Excel con segunda digitación para asegurar la fiabilidad de la información. La información grabada de las entrevistas y del grupo focal fueron transcritas en archivos Word a los cuales se aplicó una doble verificación del audio-trascripción sobre todo en las declaraciones cuyo audio no era claro. Asimismo, se sometió a una auditoría de dependencia a través de una experta en investigación cualitativa, quien verificó la aceptabilidad de los procesos, asegurando la consistencia y fiabilidad correspondiente.

La organización, sistematización y análisis de la información fue realizada utilizando la técnica de análisis temático propuesta por de Braun y Clarke (2006) que permitió identificar, estructurar, discutir y presentar los argumentos a partir de la lectura y re lectura de la información obtenida de todos los actores,

asimismo, facilitó las identificaciones de las explicaciones y formulación de los argumentos que sustenten la implementación de la política de retención y retorno. Los momentos aplicados fueron los siguientes (Braun y Clarke 2006):

Fase 1: Familiarización con la data. Luego del procesamiento de la información, se procedió a la doble lectura de la data de todos los actores, identificando las ideas principales y de mayor frecuencia en éstas respuesta.

Fase 2: Generación inicial de categorías. Esta fase se trabajó aplicando el criterio teórico de categorización, considerando las categorías iniciales anotadas en el Rubro 2.4 Categorías Teóricas iniciales del tema en estudio, las cuales fueron «Formación de profesionales, Regulación, Incentivos económicos y Apoyo profesional y personal» (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Como resultado de la familiarización con la información, surgieron dos categorías con cuatro sub categorías, tal como sigue:

Categoría 1: Valoración de los profesionales de la salud sobre su trabajo actual en establecimiento del PNA

Categoría 2: Procesos lógicos que sustentan una política pública de retención y retorno. esta categoría tiene cuatros sub categorías, las cuales, como se ha mencionado, resultan de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2011).

Sub Categoría: Formación de Profesionales.
Sub Categoría: Regulación – intervenciones normativas
Sub Categoría: Incentivos Económicos.
Sub Categoría: Apoyo Profesional y Personal.

Fase 3: Búsqueda de los temas. Con la categorización, se procedió a incorporar en cada categoría y sub categoría, la información directamente relacionada y considerando la información de todos los actores del estudio.

Fase 4: Revisión de temas. La información de cada categoría y sub categoría tuvo una segunda revisión a manera de asegurar la pertinencia y consistencia respectiva. Ello fue muy necesario ya que permitió delimitar los temas para no salir del marco del tema de estudio, del problema y objetivos.

Fase 5: Definición y denominación de temas. Se identificaron de manera definitiva las categorías y sub categorías, determinando lo esencial de la información en cada una de ellas y la frecuencia respectiva (jerarquía), dando lugar a los elementos relevantes para la formulación de los argumentos para la emisión de la política.

Fase 6: Informe final. La comprensión e interpretación de los temas definidos, permitieron la construcción narrativa de los argumentos que sustentan la formulación de una la política que permita el retorno o la permanencia de los RHUS en el PNA.

En la práctica, las fases fueron aplicadas como tal, sin embargo, en el proceso de abordaje de la información, respetando la rigurosidad metodológica, fue necesario trabajar a través de un proceso en espiral de avance y revisión entre fases, en tal sentido, la aplicación no fue lineal y se justifica por las características del tipo y diseño de la investigación. Además, como se mencionó, una experta en investigación cualitativa validó la correspondencia entre la información e interpretaciones para garantizar la confirmabilidad respectiva.

3.7 Aspectos Éticos de la Investigación

El estudio ha cumplido con las normas de ética a través de lo siguiente:

.

- El Vicedecanato de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNMSM aprobó el proyecto de la investigación con el Dictamen No. 076-APT-SD-UPG-FM-2018.

- El director de la DIRESA Ayacucho a través del Memorándum No. 993-2018-GRA/GC GRDS-DIRESA-DR (octubre de 2018) enviada a los directores de las tres redes involucradas, comunicó la implementación del estudio y autorizó el levantamiento de información.

- La participación de los actores fue anónima, voluntaria y previa firma del consentimiento informado garantizando la confidencialidad de los datos.

- El estudio no involucró riesgos para la salud de los participantes,

3.8 Financiamiento

El estudio fue financiado por el Vice Rectorado de Investigación y Posgrado de la UNMSM aprobado a través de la RR No. 06369-R-17 - Programa de Promoción de Tesis de Posgrado para Docentes, con el Código 16018350.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Los resultados se presentan en dos partes, la primera presenta las características generales de los actores participantes y la segunda, la información específica organizada por categorías y sub categorías. La primera categoría corresponde a la valoración de los profesionales de la salud sobre su trabajo actual en establecimiento de salud del PNA y la información corresponde exclusivamente al actor, profesionales de la salud. Los resultados de la segunda categoría corresponden a los procesos lógicos que sustentan una política pública de retención y retorno, y se presentan en cuatro sub categorías con la información obtenida de cada actor participante en el estudio.

4.1.1 Características de los Actores

La distribución de los actores participantes en el estudio se presenta en la Figura No. 3.

Los profesionales la salud, fueron un total de 90 (100%), compuesto por 37 enfermeras (41%), 32 Obstetras (36%) y 21 médicos (23%), con predomino de mujeres (74%). Pertenecen a 31 puestos y centros de salud ubicados en zonas rurales de 19 distritos de las redes de salud de San Francisco, Huamanga y Coracora, observándose la disminución del número de médicos según va aumentando la ruralidad del establecimiento de salud.

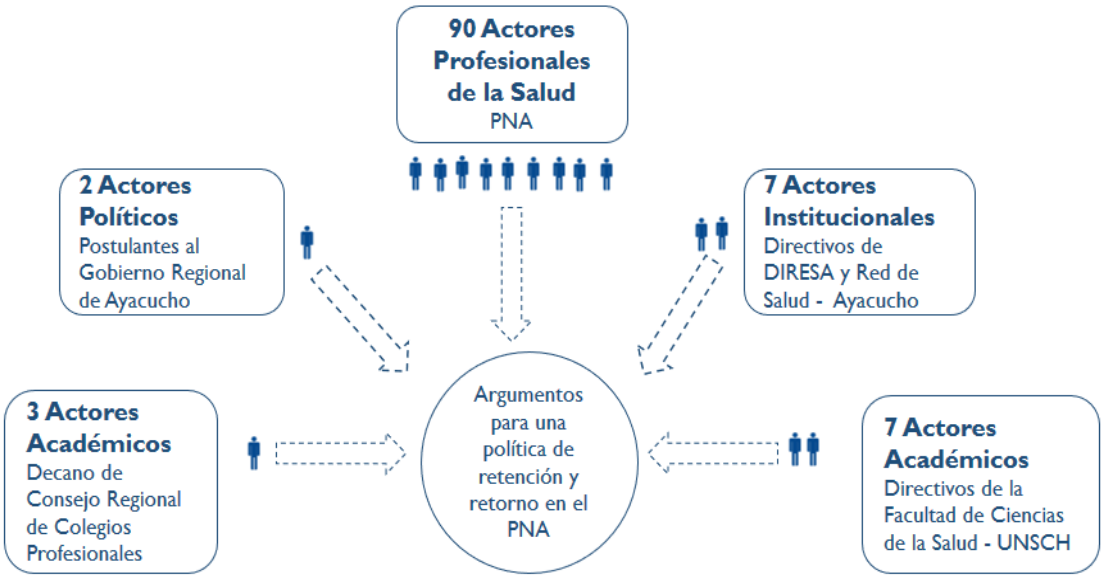


Figura N° 3
Mapa de Actores Involucrados
Fuente. Elaboración propia (2018)

De los actores políticos, participaron 2 candidatos a la presidencia regional de Ayacucho que calificaron para la segunda vuelta electoral, ambos consideraron en sus planes de gobierno el apoyo a la problemática en salud de las poblaciones menos favorecidas. Un candidato se mostró más comunicativo e interesado sobre el tema haciendo evidente su identificación con las poblaciones rurales.

Los actores de la línea académica fueron 10. Referente a la UNCSH participaron 7 autoridades; el decano de Facultad de ciencias de la salud, quien se encontraba en el tercer año de gestión, de cuatro años según la norma, lo acompañaron seis directivos; los directores de escuela profesional, enfermería, obstetricia y medicina humana, asimismo, y 4 representantes de comité de gestión de las escuelas profesionales. Facilitó proceso de trabajo con este grupo, el Convenio firmado entre la Facultad de Medicina de la UNMSM con la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, de fecha 18 de mayo del año 2018. Dentro de esta línea académico-profesional, también participaron 3 decanos, uno de cada consejo regional de los colegios profesionales de

medicina, enfermería y obstetricia. El decano del Consejo Regional de Medicina se encontraba iniciando su gestión, en tanto las decanas de enfermería y obstetricia, se encontraban en el último año de gestión. Los 10 actores académicos mostraron interés en el tema del estudio.

Referente a los actores institucionales participaron 7 directivos de la DIRESA Ayacucho, el director, el sub director, la directora de recursos humanos, el jefe de planeamiento y presupuesto, asimismo, el jefe de la Red San Francisco, Red Huamanga y Red Coracora. A Nivel Funcional Programático de Presupuesto Institucional, las DIRESA y las tres redes son Unidades Ejecutoras.

4.1.2 Categorización

Categoría 1: Valoración de los profesionales de la salud sobre su trabajo actual en establecimiento de salud del PNA.

La opinión más frecuente es que se sienten relativamente bien en el establecimiento de salud donde laboran actualmente, no obstante, se identifican manifestaciones de insatisfacción relacionadas altamente con el clima laboral (énfasis en la zona sur y con referencia a los directivos de la Red), aspectos salariales, seguridad laboral y el bajo reconocimiento del trabajo en el PNA, incluyendo inestabilidad laboral «…hay mal clima laboral…hay diferencia en el trabajo, «desigualdad» entre nombrados y contratados…» (Obstetra. Red Coracora. 69). «Los nombrados creen tener más derechos que los contratados» (Obstetra. Red San Francisco. 39)

Otras manifestaciones son «… El poco reconocimiento de los esfuerzos por parte de nuestros jefes superiores, la cantidad de documentación que se tiene que realizar que demora tiempo…» (Enfermera. Red Huamanga. 21). «Hay mucha presión. Se dan evaluaciones permanentes sin considerar a los participantes…» (Médico. Red Coracora. 61)

Asimismo, resalta la insatisfacción por la falta de recursos y la lejanía de la familia «…se camina mucho buscando usuarias y convencer cuesta mucho, felizmente hablo quechua, pero es difícil» (Obstetra. Red Huamanga. 2). Asimismo, surgen manifestaciones como «Faltan recursos humanos y equipamiento. Faltan ambientes adecuados para cada servicio o estrategia» (Enfermera. Red San Francisco. 46) y «Existen muchas limitaciones de recursos y hay personal poco motivado por poco acceso a educación continua» (Médico. Red San Francisco. 59).

Un aspecto que se menciona con frecuencia sobre la valoración al trabajo actual, específicamente en ES que cuentan con uno o dos profesionales y personal técnico, es el apoyo entre compañeros de trabajo y mencionan que ello ayuda a superar cualquier situación insatisfactoria.

Categoría 2: Procesos lógicos que sustentan una política pública de retención y retorno

Los resultados buscan exponer las apreciaciones de los actores acerca de los procesos lógicos que evidencian la necesidad de una política de retención y retorno a nivel regional; éstas se organizan en cuatro sub categorías: incentivos económicos, apoyo profesional y personal, formación de profesionales y regulación (Anexo 3). Estos resultados permitirán enunciar las explicaciones que sustentan una política regional sobre el tema.

Sub categoría incentivos económicos.

Esta es la sub categoría que sobresale en frecuencia y prioridad como argumento para laborar en establecimientos de salud de zonas rurales y alejadas del PNA. (Cuadro No. 6).

Así, las opiniones más extendidas de los profesionales de la salud acerca de los incentivos económicos, se ubican en la mejora salarial, la estabilidad laboral, bonificaciones especiales por el trabajo en zonas alejadas. «… demandamos sueldos dignos, sería bueno algún bono por evitar muertes,

incentivos por un buen trabajo y por un buen trato al paciente, mira en qué condiciones trabajamos, es necesario bonos por alcanzar metas…» (Obstetra. Red San francisco. 35), también refieren «… se requiere incremento de remuneración … días de descanso y respetando su horario laboral…». (Médico. Red Coracora. 50).

Cuadro 6. Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con los incentivos económicos

Actores	Síntesis de apreciaciones y demandas	Necesidad de una política pública regional de retención y retorno de profesionales de la salud en el PNA
Profesionales de la salud	Mejora salarial, estabilidad laboral, bonificaciones especiales por trabajo en zonas alejadas e igualdad entre nombrados y contratados y con los otros niveles de atención.	
Directivos de UNSCH	Demandan equidad en los incentivos económicos para internos de enfermería y obstetricia incluyendo la subvención para el trabajo comunitario y mayor presupuesto para el trabajo en zonas rurales.	
Directivos de DIRESA - REDES	Mencionan la necesidad de un presupuesto adicional para el cierre de brechas de RHUS, mejora de aspectos económicos y de las condiciones laborales para los trabajadores del PNA. Necesidad de implementar un programa como PROSALUD.	
Decanos de consejos regionales	Mejora de salarios y estabilidad laboral	
Políticos	Reconocen la necesidad de incidencia política e incorporación en el presupuesto regional lo relacionado al incremento de RHUS en el PNA y la mejora de incentivos económicos y no económicos.	

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración propia (2018).

Es frecuente las opiniones como éstas «… demandamos igualdad entre nombrados y contratados … el goce del 100% de bonos, incentivos, etc. de cualquier índole para el profesional contratado, esto ayudaría a mejorar la satisfacción del personal …» (Obstetra. Red Coracora. 75).

> … no se ve la retribución económica que debería ser para la cantidad de trabajo que uno realiza a comparación con otras áreas y en otros niveles de atención. En el primer nivel de atención te cargas con responsabilidad como parte de un equipo de salud más la carga administrativa y otros… se necesita motivarnos …. mas bonos económicos por las actividades realizadas, así como reconocimientos personales, como premiación con becas de estudio, resoluciones de felicitaciones y rotación de acuerdo al mérito y trabajo a tiempo completo … (Enfermera. Red Huamanga. 21).

Los directivos de la UNSCH, mencionan que solo los internos de medicina humana y de odontología reciben incentivos económicos por sus actividades en los servicios de salud, esto no alcanza a los internos de enfermería y obstetricia (referido al año 2018) lo cual genera malestar en los estudiantes, pero lo tienen que realizar ya que forma parte del plan de estudios y por consiguiente es un requisito para obtener el título. Asimismo, los internos que realizan actividades en zonas rurales no cuentan con el respaldo económico para trasladarse a la comunidad, «… incluso para llegar desde Huamanga hasta el establecimiento de salud deben invertir en pasajes, lo cual les afecta el aspecto económico personal y familiar…» (Directivo de la UNSCH).

> Agregan, … hay una situación discutible, porque al momento (octubre, 2018) los internos de enfermería y obstetricia no reciben compensación remunerativa mensual de parte del Estado, solo han pensado en los internos de medicina y odontología, entonces ¿cuál sería la motivación para el internado rural? habría que ver que el gobierno regional asuma la gestión para todas las carreras … (Directivo de la UNSCH).

> Asimismo, mencionan … actualmente los internos de enfermería están yendo a la zona rural de Huamanguilla. Tenemos en la selva, en Quimbiri y Pichari … en Quimbirí han tenido alimentación y alojamiento, eso es una primera experiencia, han ido entre dos o tres estudiantes. Esto se ha logrado por una gestión de la Universidad … (Directivos de la UNSCH).

> También mencionan, … se aprende bastante en el trabajo rural. ¿pero qué pasaba? cuando los estudiantes que estaban haciendo su práctica en la zona, tenían que salir a la comunidad a la parte rural; ellos tenían que tomar, por ejemplo, moto taxi que les costaba 2 soles la ida y 2 soles la vuelta y son 4 soles, y no estaban en esa condición de pagar … hemos visto todos esos factores y bueno han ido parcialmente a las zonas rurales, esto es voluntario porque incluso el pasaje para llegar a la zona es de 60 soles, entonces esto afecta su economía … ya no hay motivación para ir a Quimbiri, por ejemplo, el problema es que entre ellos se pasan la voz y ya no quieren ir … (Directivos de la UNSCH).
>
> […] el Gobierno Regional tendría que pedir también mayor presupuesto, porque en las zonas rurales faltan profesionales, faltan enfermeras, por ejemplo, entonces ahí de repente tendríamos que incidir con los políticos para que haya mayor presupuesto ¿no? [...] yo creo que si es importante una política que apoye a que los profesionales trabajen bien en el primer nivel de atención y en buenas condiciones […] las zonas rurales necesitan bastante de la atención de salud y en muchos puestos de salud ni siquiera está el equipo básico de salud, ¿quiénes están? … solo técnicos sanitarios y ellos pues a veces no tienen esa capacidad para poder resolver los problemas que se aqueja y como consecuencia de ello hemos tenido algunos resultados negativos […] (Directivos de la UNSCH).
>
> Recomiendan que, […] hay que dar preferencia a los profesionales de la zona porque son las personas que mejor conocen su realidad y tienen ascendencia en la población; a veces a un extraño te reciben como extraño mientras que al del lugar lo aceptan bien… (Directivos de la UNSCH).

Los directivos de la DIRESA, han realizado un estudio de brechas para determinar la necesidad de RHUS en la Región, los resultados ameritan un presupuesto adicional. Por ello, los resultados con el número y tipo de profesionales que requiere cada Red han sido presentados al MINSA y aprobados en esa instancia, sin embargo, a nivel del Ministerio de Economía y

Finanzas, aun no se cuenta con la respuesta. Asimismo, algunas redes cuentan con el apoyo de las municipalidades para el contrato del personal.

Los directivos de la DIRESA mostraron su apoyo para la emisión de una política pública regional que favorezcan el acceso de la población a los servicios de salud para una atención con calidad, para lo cual es necesario la mejora de los aspectos económicos y de las condiciones de empleo de los trabajadores de salud del PNA. Hicieron énfasis en que la política debe aprobarse e implementarse.

> Manifestaron, […] mira por ejemplo el 2011 se aprobó el PROSALUD [Programa Nacional de Dotación y Desarrollo y Desarrollo de Capacidades para el Aseguramiento Universal en Salud] que buscaba incentivar al equipo básico [se refiere a los médicos, enfermeras y obstetras] para permanecer por lo menos tres años con contrato, además le daba puntaje para concursar a puestos y especialización, desarrollaba capacidades y mejoraba las condiciones de trabajo para contratar y retener a los recursos humanos, pero ¿qué pasó, por qué no se llegó a implementar?, hubo cambio de gobierno y ahí quedó… (Directivo de la DIRESA).

> Agregan, […] en la última década las compensaciones económicas se producen en el periodo 2013 – 2018, con el Decreto legislativo 1153 que regula las compensaciones y entregas económicas de los RHUS que laboran para el Estado y en el marco de este decreto, el año 2018 se aprueban nuevos montos de esta compensación económica y el MEF [Ministerio de Economía y Finanzas] autoriza la transferencia a los OP [Organismos Públicos] del MINSA y de los Gobiernos Regionales, es el decreto supremo No. 006 del año 2018. En el proceso se han dado incentivos por APS […] (Jefe de Red).

Los jefes de red mencionan que algunas municipalidades colaboran con los establecimientos de salud a través de contratos, por ejemplo, mencionan «…algunas municipalidades apoyan con el contrato de conductores, también

con el pago de un porcentaje al profesional médico, pro son pocos …» (Jefe de Red).

Los decanos de consejos regionales de colegios profesionales, incidieron en la necesidad de la mejora de los salarios y de la estabilidad laboral.

> […] el salario debe mejorar para este grupo de profesionales, sobre todo debe considerar que es un trabajo en el primer nivel de atención, en condiciones difíciles y alejados de ventajas que tienen los que trabajan en zonas urbanas […] aquí [se refiere al Colegio] recibimos de parte de nuestros colegiados muchos reclamos entre ellos la falta de reconocimientos monetario y no monetario […] (Decano de Consejo regional de Colegio Profesional).

Los políticos, asumieron el compromiso de la incidencia política e incorporación en el presupuesto de la Región, lo relacionado al incremento de RHUS para el primer nivel de atención y de incentivos económicos y no económicos, en el marco de la ley.

> […] como he mencionado, salud y educación es nuestra prioridad, por ello abogaré para mejorar los incentivos económicos, pero sobre todo los no económicos que, si dependen de nosotros, porque todo será en el marco de la Ley […] lo relacionado con lo económico se ejecuta de acuerdo a la ley de remuneraciones, no es un tema regional, si no caemos en la malversación de fondos y eso es penado […] (Candidato al gobierno regional).

Sub categoría apoyo profesional y personal.

De acuerdo a la frecuenta de las opiniones de todos los actores del estudio, esta es la sub categoría que destaca en segundo lugar y muy cercana a los incentivos económicos. (Cuadro No. 7).

Así, en esta sub categoría, las opiniones más frecuentes de los profesionales de la salud, se centran en necesidad de contar con seguros de vida y de salud,

incremento de personal de salud idóneo, buen clima laboral, buena infraestructura y equipamiento, desarrollo de programas de capacitación, reconocimiento del tiempo de servicio para obtener el título de especialista a través de la certificación profesional por competencias y contar con periodos de tiempo de salida del establecimiento de salud para compartir con la familia.

Cuadro 7. Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con el apoyo profesional y personal

Actores	Síntesis de apreciaciones y demandas	
Profesionales de la salud	Demandan mejores condiciones de vida con seguridad laboral, un buen entorno laboral con seguridad y reconocimiento público y certificación por competencias para obtener la especialidad	**Necesidad de una política pública regional de retención y retorno de profesionales de la salud en el PNA**
Directivos de UNSCH	Sostienen la necesidad de dar especial atención a las condiciones de vida. Se requiere de una política de capacitación dirigida al PNA.	
Directivos de DIRESA - REDES	Sostienen la necesidad de mejorar las condiciones laborales, la seguridad y el clima laboral. Hay necesidad de superar la sensación de desaliento del personal, para ello hay que conocer objetivamente las razones de la desmotivación. Se reconoce la necesidad de recompensar y reconocer a los RHUS. Observan alta rotación en zonas con mayor ruralidad.	
Decanos de consejos regionales	Demandan priorizar la seguridad laboral, buena infraestructura, equipamiento y capacitación permanente. Trabajar en un perfil que guarde relación entre el profesional y el ocupacional. Permitir la rotación de los profesionales hacia la ciudad. Implementar reconocimientos al buen desempeño.	
Políticos	Reconocen la necesidad de una política que beneficie a los profesionales de las zonas rurales, para lo cual se requiere argumentos técnicos y legales. Se asume el compromiso del desarrollo de capacidades de los profesionales para lo cual se contará con conectividad hasta los 119 distritos.	

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración propia (2018).

En síntesis, demandan mejores condiciones de vida con seguridad laboral, un buen entorno laboral con seguridad y reconocimiento público. Mencionan, por ejemplo, «[…] a veces salimos tarde noche y no hay movilidad entonces

tenemos que ir a buscar en lugares solitarios exponiendo nuestra integridad…» (Médico. Red Huamanga. 14) «[…] falta seguridad laboral. Te expones bastante cuando sales a guardias en comunidad y vuelves de noche, es muy oscuro … también hay inseguridad cuando trasladas a los pacientes […]» (Enfermera. Coracora. 88) «… hace falta un sistema de asesoría y acompañamiento técnico laboral […] se necesita capacitación y actualización constante […] » (Médico. Red Huamanga. 17)

También mencionan que, «[…] es necesario saber cómo generar un clima laboral favorable […]» (Enfermera. Red Huamanga 16). (Miranda et al., 2021. P. 77), otro testimonio es «… necesitamos sobre todo Infraestructura y materiales, a veces deseamos brindar tantas cosas, pero se limita […]» (Obstetra. Red Huamanga. 4).

> […] A veces se observa que cada uno cuida a su profesión en lugar de trabajar juntos y solo se logra que cada uno trabaje por su cuenta o cumpla su horario y se vaya, tiene que pasar bastante tiempo para entendernos, si es que antes no nos cansamos y nos vamos […] (Médico. Red San Francisco. 48). (Miranda et al., 2021. P. 78).

> […] también aquí te quedas, no avanzas como profesional. En la universidad deben enseñarnos como seguir avanzando, como establecer redes para llamarlos cuando se necesita. La universidad debe seguir asesorándonos por lo menos cuando recién empezamos a trabajar […] (Médico. Red Coracora. 68). (Miranda et al., 2021. P. 78).

Desde el punto de vista de los directivos de la UNSCH, luego de mejorar el aspecto económico, se debe dar especial atención a las condiciones de vida de los RHUS, asimismo una buena vivienda, asegurar la alimentación y ofrecer el seguro social. Mencionan también que se debe implementar una política de capacitación. «[…] muchas veces hemos escuchado a nuestros egresados […] estoy tantos años en comunidad y no me capacitan […] estoy aislado del mundo […]» (Directivo de la UNSCH).

> Agregan, […] «observamos que, es más difícil en el VRAE [Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro] porque si bien a los internos de enfermería les dan alimentación y alojamiento, pero el establecimiento de salud no está bien acondicionado, y a veces hay inseguridad en la zona, es por eso, que esta vez ya no hemos considerado, su participación (Directivo de la UNSCH).

Los directivos de la DIRESA, señalaron la necesidad y factibilidad de la emisión de una política pública regional para el desarrollo de los RHUS en el PNA, de manera que motive a los trabajadores ya que hay una sensación de desaliento y constante reclamo de no tener con que trabajar «[…] debe haber políticas intermedias, pero amerita una política nacional con respaldo presupuestal […]». (Directivo de la UNSCH).

> Mencionan, […] la implementación de una política regional debe tener en cuenta las condiciones laborales y seguridad … considerar residencia de profesionales, instalar cunas, más wawa wasi para trabajadores porque no tienen con quien dejar a los hijos, esto es más exigente en las mujeres […] y quieren mayor personal para tener días libres para pasar con la familia […] (Directivo de la UNSCH).

> Agregan los directivos que, «con frecuencia escuchan a los profesionales decir […] en el hospital hago guardias intramuros y luego descanso tres días, en la comunidad hago guardias desplazándome fuera del establecimiento con todos sus riesgos y no hay descanso… entonces me dicen [...] trabajo muy lejos, no me reconocen días de descanso, me pagan mínimo no como en hospitales, entonces prefiero venirme a trabajar en un hospital más cerca, no abandono a mi familia y estaré mejor […](Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Los directivos sostienen que recompensar y reconocer a los RHUS es necesario, pero es conveniente conocer objetivamente las razones de la desmotivación, «[...] entonces ¿qué pasa, que les desmotiva, la lejanía,

maltratos, se sienten olvidados? [...] sería bueno saber» (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

> [...] por ejemplo en las reuniones de evaluación que tenemos con el equipo técnico de la DIRESA con las redes, recogemos la sensación de no estamos cumpliendo nuestra labor que debemos cumplir, no existe una vocación de servicio que es lograr el bien común y está relacionado con la motivación de los trabajadores [...] (Directivo de DIRESA Ayacucho).

Asimismo, los directivos de la DIRESA con respecto a los materiales e insumos, mencionan que, «[...] demora la entrega de insumos y logística de apoyo a los establecimientos de salud, pero llega, a pesar de eso no logramos el resultado sanitario [...]» (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

> [...] nosotros lo que hemos hecho es una directiva para los establecimientos de salud del primer nivel de atención para que se priorice las actividades preventivo promocionales y no prioricen el consultorio si no el seguimiento de niños, de gestantes, de pacientes con diabetes, por ejemplo, [...] ellos tienen la lista de la población afectada para hacer este seguimiento … pero al final dices le has dado todo y no se ha logrado el resultado esperado [...] ¿entonces que hace falta? ... . Yo sí creo que es posible y necesario hacer una política [...] (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Consideran que se necesita mejorar las condiciones de trabajo, por ejemplo, mencionan, «[...] hay días que no tienen agua, algunos tienen bidones, otros no y usan alcohol gel, pero en verdad se agencian con lo que hay. Asimismo, refieren, «[...] en los establecimientos más alejados no se cuenta con personal de servicios generales, entonces los mismos trabajadores se encargan de todo [...]» (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Respecto al clima laboral han observado tensión sobre todo donde hay más de 10 trabajadores, siendo la razón, las diferencias remunerativas por el tipo de

contrato, y entre contratados y nombrados. Otro aspecto que genera el malestar es que «[...] se ha eliminado un pacto silencioso de arreglo de horarios a través de una disposición que indica que el personal debe cumplir el horario para atender las necesidades de la población, eso trae molestias [...]». (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Otra situación observada relacionada con el clima laboral, según refieren es que, «[...] el serumista [Profesional que cumple el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud] tiene mejores condiciones que los CAS [se refiere al Régimen de Contratación Administrativa de Servicios] por ahí viene el conflicto. A los CAS no les pagan bonos de especialidad, entonces se quejan, [...]» (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Con respecto al cierre de brechas de RHUS en el PNA, refieren que es un tema complicado ya que se requiere un presupuesto adicional que depende del MEF.

> [...] el MEF te dice las puntadas [...]», refieren «[...] por ejemplo en el VRAEM faltan más o menos 119 personas, pero prácticamente el MEF te dice que debes seguir con lo que has programado el año pasado [...] solo si surge un tema priorizado con carácter de ley, como fue el caso de salud mental, se puede contar con mayores contratos [...] (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Con relación a la rotación de los RHUS, mencionan que en promedio es de 3 años de contrato «[...] pero hay zonas donde la rotación es muy alta por ejemplo en Puquio, Coracora y en la zona del VRAEM, la rotación es cada año digamos que, en establecimientos de salud con menos ruralidad hay menos rotación [...]» (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

> También los directivos de la DIRESA refieren que a la fecha el 10% del total de nombrados están destacados a otros establecimientos de salud, [...] les preguntamos ¿por qué te has ido? y vemos que la rotación del personal en los establecimientos de salud 1-1 hasta 1-4 también está relacionado con las guardias, por ejemplo, en el primer nivel de atención

> pueden hacer guardias comunitarias y el pago es la mitad de las guardias hospitalarias y solo pueden hacer 5 guardias, en cambio en los hospitales, pueden pagar hasta 12 guardias. El pago es totalmente diferente [...] (Directivo de la DIRESA Ayacucho).

Los decanos de colegios profesionales, asientan la necesidad de una política pública regional que priorice un buen sueldo, seguridad laboral, buena infraestructura y equipamiento y capacitación permanente «[...] se debe trabajar para lograr que el perfil de formación de los profesionales guarde relación con el perfil profesional y ocupacional [...]», asimismo mencionan que la política debe «[...] mejorar las condiciones de empleo y trabajo y la seguridad [...] permitir la rotación de los profesionales hacia la ciudad para no tener el sentimiento de pérdida de la familia … se debe implementar reconocimientos al buen desempeño [...] » (Decano de Consejo regional de Colegio Profesional).

> Los políticos mencionan que, en su plan de trabajo, uno de los pilares es la salud «[...] necesitamos los argumentos legales y técnicos que sean viables para emitir una política pública regional que beneficie a los profesionales de la salud de las zonas rurales alejadas en beneficio de la población…pero también necesitamos el apoyo para formular las políticas» (Actor político).

> Agregan, [...] queremos favorecer el desarrollo de capacidades de todos los trabajadores de salud, para ello, en mi equipo, nos hemos propuesto contar con una conectividad moderada y que por lo menos llegue a los 119 distritos, sin duda el trabajo de ahí va ser la extensión a los 8204 centro poblados que tenemos y hablar de ahí a anexos y caseríos es un poco difícil, pero por lo menos en estos 4 años quisiera llegar a estos 119 distritos [...] (Actor político).

Sub categoría formación de profesionales.

La síntesis de los resultados de esta sub categoría se visualizan en al Cuadro No. 8.

Cuadro 8. Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con la formación profesional

Actores	Síntesis de apreciaciones y demandas	Necesidad de una política pública regional de retención y retorno de profesionales de la salud en el PNA
Profesionales de la salud	Enfatizan que la formación incide en la decisión de permanencia ya que la atención de la demanda requiere contar con competencias. Hace falta profundizar la formación en atención de emergencias obstétricas, uso de medicamentos esenciales, técnicas y protocolos del MINSA de enfermedades metaxénicas y sistémicas, sistema de registro, gestión de servicios, interculturalidad y formación centrada en la APS.	
Directivos de UNSCH	Enfatizan la necesidad de políticas de admisión obligatoria en todas las universidades para captar postulantes de zonas rurales, con criterio de inclusión. Ejecutan y valoran experiencias formativas en comunidad en la modalidad de externado con actividades de responsabilidad social. Reconocen la necesidad de incorporar políticas de seguimiento de egresados. No han considerado la posibilidad de programas de certificación creciente durante la formación. Se requiere perfiles de competencias para todo el equipo básico aprobado por el MINSA.	
Directivos de DIRESA - REDES	Demandan que todas las universidades cuenten con políticas de admisión para captar postulantes de zonas rurales, asimismo, que implementen proyectos de responsabilidad social. Desde la DIESA y redes, se desarrolla el plan de capacitación, pero dada la dispersión de los ES, no es posible capacitar a todos los técnicos y profesionales, por ello se impulsa la capacitación a través de microrredes y en los mismos ES.	
Decanos de consejos regionales	Consideran que un programa de certificación profesional creciente puede generar conflictos entre las profesiones. Los colegios desarrollan programas de educación continua, pero no es posible llegar a todos en el PNA por falta de conectividad. Consideran necesario reorientar la formación profesional hacia el PNA y un mayor trabajo colaborativo entre la universidad, el colegio profesional y los servicios de salud. Demandan la formación interprofesional que permita valorar el trabajo en equipo. Han observado algunas actitudes de violencia entre profesionales.	
Políticos	La salud y educación forman parte de su plan de gobierno. Las universidades tienen la función de responsabilidad social y en ese marco deben ofrecer mayor acceso a estudiantes de zonas rurales. Se debe contar con sedes descentralizados y capacitar a los trabajadores de salud. Se ha contemplado la conectividad hasta la capital de distritos.	

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración propia (2018).

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, la formación profesional universitaria incide en las decisiones de permanecer o no en

ambientes laborales del PNA sobre todo en los ES I-1 y I-2, ya que los casos y problemas de salud que deben atender requieren de contar con competencias para dar la solución, y es que hay establecimientos de salud que no cuentan con RHUS de acuerdo a la demanda.

Mencionan como aspectos prioritarios que la universidad debe profundizar experiencias de aprendizaje relacionadas con la atención de las emergencias obstétricas y uso de medicamentos esenciales. Asimismo, sugieren mayor uso de la simulación y de plataformas virtuales.

> [...] Cuando ingresé a trabajar, el primer día tuve que atender una emergencia y sentí un poco de inexperiencia a la hora de estar en la escena, felizmente lo he superado poco a poco, en verdad nos hace falta más práctica. Todos debemos estar bien preparados para atender emergencias [...] (Médico. Red Huamanga. 12). (Miranda et al., 2021. P. 77).

Destacan la necesidad de conocer y aplicar las normas técnicas y protocolos del MINSA relacionadas con el cuidado integral de pacientes con enfermedades metaxénicas (transmitidas por vectores) y sistémicas.

> [...] Se tiene muy poca práctica en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades metaxénicas y zoonóticas del país y de acuerdo a la zona, y debemos saber bien sobre todo porque afecta a niños, gestantes y ancianos. Todo eso está escrito en las normas del MINSA lo cual se aborda poco [...] (Médico. Red San Francisco. 55). (Miranda et al., 2021. P. 77).

> Otro aspecto evidente es la escasa práctica en la comunidad y en zonas rurales incluyendo la interculturalidad y el idioma quechua. Asimismo, destacan la necesidad de incorporar el enfoque de derechos incluyendo la seguridad del paciente. [...] hay necesidad de prácticas […] en zonas rurales para conocer de cerca la realidad y no recién cuando venimos al SERUMS [...] (Médico. Red Coracora. 65).

Resaltan manifestaciones tales como «[...] Hay mujeres que prefieren dar parto de forma vertical, eso no enseñan en la universidad [...]» (Obstetra. Red-San Francisco. 32). (Miranda 2021. P. 77). Relacionado con lo anterior, las opiniones incluyen la necesidad de conocer cómo se dialoga con las comunidades, las rotaciones en zonas rurales y remarcan en el manejo de herramientas de comunicación y educación en salud. (Miranda 2021. P. 77).

Asimismo, los profesionales manifiestan que es necesario profundizar el manejo de sistemas de registro tanto manuales como automáticos y temas legales; mencionan que su formación en estos temas no es lo suficiente.

> [...] El trabajo en el MINSA es en su mayoría de mucha papelería, es decir, además de la atención implica llenar HIS [Sistema de Información Hospitalario], FUAS [Formato Único de Atención del SIS], recetas, laboratorios, historias clínicas, referencias y otros, lo cual involucra tiempo que interfiere con la atención al paciente, para lo cual no nos han formado y aprendemos el llenado en el proceso de la labor diaria… (Médico. Red-San Francisco. 51). (Miranda et al., 2021).

Destaca la recomendación a las universidades de incidir en la formación centrada en la APS, sumado a los aprendizajes en gestión de servicios y establecimientos de salud. (Miranda et al., 2021. P. 77).

Por su parte los directivos de la UNSCH de la Facultad de Ciencias de la Salud a través del Grupo Focal (GF) destacaron la importancia de atender a las poblaciones de zonas alejadas, rurales y de difícil acceso y concordante con ello, a través de la Oficina General de Admisión y Promoción han previsto una política de admisión para captar postulantes provenientes de zonas rurales o zonas remotas como Pichari, Tambo, Kimbiri, Coracora y pueblos andino amazónicos, asignando para el concurso de admisión 2018 II, entre otras modalidades; 19 vacantes exclusivas para este grupo de interés en la modalidad de primer y segundo puesto y exonerados. Son vacantes de las escuelas profesionales de enfermería (8), obstetricia (8) y medicina humana

(4). La UNCSH cuenta con sedes descentralizadas del Centro Pre Universitario por ejemplo Pichari, Tambo, Kimbiri y Coracora. La sede central está en Huamanga.

> [...] hemos dividido al nivel urbano y al nivel rural, se le ha dado cupos diferenciados ¿Por qué? porque antes los chicos que salían del primer y segundo puesto competían para ir a una misma plaza, y generalmente eran ocupadas solo por los alumnos de la ciudad, y los de la zona rural no tenían acceso, entonces, ahora lo hemos dividido y compiten entre ellos las vacantes respectivas [...] (Directivo de la UNSCH).

> [...] no estamos aplicando el criterio de retención y retorno, si no el criterio de inclusión porque esa es la intención final de esta decisión, tiene una antigüedad o vigencia de tres años [con referencia al año 2018] no tenemos egresados con esta modalidad de admisión, no sabemos todavía los resultados de esta decisión institucional [...] (Directivo de la UNSCH).

> [...] hay una debilidad, por ejemplo, no está contemplado el seguimiento de los egresados, entonces no tenemos información acerca del retorno de nuestros estudiantes a su comunidad, esto sería lo que estaría faltando [...] sabemos que se tiene esa política en otros países, pero aquí en Ayacucho aún no contamos con ello [...] (Directivo de la UNSCH).

Otro tema que surgió en el GF con los directivos de la UNSCH fue la formación por competencias, ellos demandaron la necesidad de un perfil de competencias para profesionales de la salud del PNA que emane del ente rector, el MINSA para su aplicación en la formación de los profesionales de la salud.

> [...] en realidad hay otro problema también que habría que definir un poco, son las competencias del equipo básico en el primer nivel de atención, como que un poco que se está distorsionando y hay la tensión en ese nivel. Tenemos que discutir ¿cómo podemos enfrentar la atención primaria con el equipo básico?, porque no puede hacer el médico lo que

> tiene que hace la enferma, y no puede hacer la enfermera lo que tiene que hacer la obstetriz, tiene que estar bien definido las competencias del primer nivel de atención y considerar que cuando hay ausencia de profesional que le compete, otro profesional puede asumir, claro sin generar riesgos al paciente … (Directivo de la UNSCH).

Los estudiantes ejecutan actividades de aprendizaje en ES y comunidades rurales en lugares cercanos a Huamanga y algunas veces se desplazan a otros distritos.

> [...] en el proceso de aprendizaje, nuestros estudiantes de enfermería y obstetricia llevan distintas asignaturas porque no solo son intramuros, son también trabajos extramuros, entonces tienen experiencia en puestos de salud, centros de salud, incluso hasta en establecimientos de salud de nivel 1.1 [...] (Directivo de la UNSCH).

> [...] en el caso de medicina, como es la primera promoción, no salen a campo, están en un hospital no más. Ahora en un internado, pero en el tema del externado creo que para el próximo año está programado eso, pero ésta primera promoción no ha salido por que estaba acá pues… (Directivo de la UNSCH).

La primera promoción de estudiantes de medicina humana está próxima a realizar el internado, en este proceso, las autoridades y docentes identificaron la necesidad de la actualización del plan curricular, razón a ello han actualizado el Currículo de Estudios 2012 (plan con el cual fue creada la escuela), hasta en dos oportunidades, incorporando entre otras asignaturas el Externado médico. (eje central de la segunda versión curricular).

> [...] las dos adecuaciones han sido realizadas dentro de los márgenes de flexibilidad por tratarse de una escuela nueva. Es así, que, a la fecha [se refiere a la fecha del GF. Octubre, 2018], la escuela de medicina con el currículo 2012 con dos reajustes, es decir es la tercera versión y ha sido aprobado en el mes de abril del 17 [se refiere al año 2017]. Este se

> encuentra en implementación [...] el externado médico ha sido el eje de la actualización, es realizado en hospitales y en establecimientos de salud del primer nivel de atención de la cuidad de Ayacucho, incluye cinco rotaciones, cuatro hospitalarias y una en el primer nivel de atención de cuatro semanas de duración [...] (Directivo de la UNSCH).

> [...] el objetivo del externado es mejorar las competencias en salud pública y la atención integral sobre todo a la madre y al niño. También, actividades extramurales relacionadas con el MAIS [Modelo de Atención Integral de Salud], existe la posibilidad de rotación en un establecimiento de salud rural más o menos cercano. Se ha establecido que no pase dos horas de duración el desplazamiento desde Huamanga hasta el centro de salud [...] (Directivo de la UNSCH).

La formación de los estudiantes de enfermería y obstetricia incluye experiencias de aprendizaje en establecimientos de salud y en la comunidad, e incluye en su formación en actividades de responsabilidad social y extensión universitaria.

> [...] la escuela de obstetricia los en los servicios de salud y en las comunidades rurales, periurbanas y centros educativos, tienen en su población estudiantil, ingresantes de las zonas urbanas y rurales, más o menos el 95% son bilingües de diversos niveles, más mujeres que varones y la mayoría provienen de colegios estatales. (Directivo de la UNSCH).

> [...] en el caso de las estudiantes de enfermería, el último año cursan la asignatura de experiencia clínico comunitaria con novecientas horas, esta dura seis meses y rotan tres meses en servicios de salud rurales y tres meses en hospitales del primer y segundo nivel de atención... (Directivo de la UNSCH).

La UNSCH no ha considerado la posibilidad de contar con programas de certificación creciente durante la formación en el pre grado, lo ven poco factible

ya que los planes curriculares son por competencias para lograrlas de manera creciente hasta llegar al perfil de egreso. No cuentan con certificaciones profesionales parciales. En función a la autonomía universitaria, ven más factible esta certificación creciente en el nivel del posgrado.

Desde la mirada de los directivos de la DIRESA Ayacucho, además de la universidad nacional, las dos universidades privadas deben considerar vacantes y becas para estudiantes de zonas rurales, asimismo, proyectos de responsabilidad social para los pobladores de esta zona, ello, previa concertación con el gobierno regional. Existen dos universidades particulares, la Universidad Alas Peruanas (UAP) y la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote (UDALECH), ambas ofrecen las carreras de ciencias de la salud entre ellas, enfermería y obstetricia y la primera además medicina humana.

Desde la DIRESA y a nivel de las redes de salud se desarrollan actividades de desarrollo de capacidades a través de un plan de capacitación que, por la dispersión de los ES, no es posible la capacitación a todos los técnicos y profesionales.

> [...] en la Red desarrollamos un periodo de inducción para todos los profesionales SERUMS [Servicio Rural y Urbano Marginal] en aspectos generales y específicos de los programas y estrategias, asimismo tenemos para los demás profesionales un plan de capacitación según perfiles profesionales, no es posible llegar a todos, por ello se impulsa la capacitación a nivel de microrredes y en los mismos establecimientos de salud […] (Directivo de Red).

Los decanos de los consejos regionales de colegios profesionales, no vieron factible la implementación de programas de certificación profesional creciente por cuanto consideran que puede generar conflictos ya que cada profesional cuenta con un perfil profesional con competencias definidas. Los tres colegios profesionales desarrollan programas de educación continua para su colegiados, tanto presencial como por medio virtual, pero no pueden llegar a

todos los profesionales por la falta de conectividad en algunas zonas rurales o de frontera.

Respecto a la formación de profesionales, consideran la necesidad de reorientar la formación y mayor práctica en el PNA, asimismo, un mejor trabajo colaborativo entre la universidad, el colegio profesional y los servicios de salud. Demandan la formación interprofesional para valorar el trabajo en equipo.

> [...] debe haber un mayor acercamiento entre las universidades, los colegios profesionales y los servicios de salud, para concordar en las competencias esenciales de acuerdo a las características de nuestra Región, sobre todo de las zonas rurales o de frontera donde la demanda de atención es mayor [...] (Directivo de Consejo Regional de Colegio Profesional).

> [...] hemos observado actitudes de violencia de parte de otros profesionales, incluso cuando realizamos la referencia, no lo toman en cuenta […] el número de profesionales de la salud es mínima en los establecimientos de salud más alejados, entonces ahí deben trabajar en equipo para apoyarse, pero parece que no han aprendido eso … (Directivo de Consejo Regional de Colegio Profesional).

Los actores políticos, consideran que si es factible llegar a acuerdos con las universidades de la Región nacionales y particulares para atender las necesidades del PNA en el tema de RHUS. Ambos han incorporado en su plan de gobierno la salud y educación como sectores prioritarios, asimismo, contemplan su plan la conectividad hasta la capital del distrito.

> [...] las universidades tienen la función de responsabilidad social y en ese marco se puede conversar con los directivos para que ofrezcan mayor acceso de estudiantes de las zonas rurales y de frontera. No es un tema de imponer sino de conversar, también pueden tener sedes descentralizadas y capacitar a los trabajadores de salud […] (Actor político).

Sub categoría regulación – intervenciones normativas.

Las intervenciones normativas es la cuarta sub categoría que muestra argumentos para una política pública regional (Cuadro No. 9). En esta sub categoría, los profesionales de la salud, valoran positivamente el reconocimiento del SERUMS o del trabajo en zonas rurales, a través de puntajes a favor en procesos de concurso público de nombramiento o acceso a programas de posgrado.

Cuadro 9. Síntesis de apreciaciones y demandas de los actores relacionadas con la regulación – intervenciones normativas

Actores	Síntesis de apreciaciones y demandas	
Profesionales de la salud	Valoran el reconocimiento del SERUMS o del trabajo en zonas rurales para concursos públicos y acceso a programas de especialización.	**Necesidad de una política pública regional de retención y retorno de profesionales de la salud en el PNA**
Directivos de UNSCH	Opinan que se requiere una norma regional que incluya ponderación diferenciada a favor de los profesionales que viene en zonas rurales, por ejemplo, para contratos o nombramientos, de manera que puedan trabajar cerca a su domicilio. Se requiere normas para dar preferencia del SERUMS a profesionales de la Región, asimismo, para su permanencia.	
Directivos de DIRESA - REDES	En el marco del compromiso con los ODS realizaron el estudio de densidad de RHUS, los resultados muestran una brecha respecto a los estándares de la OPS. Las plazas cautivas del residentado médico muchas veces no los beneficia ya que hay especialistas que no retornan a su ES en el PNA. La DIRESA envía al CONAREME la lista de especialidades que la Región necesita, el problema es que los médicos reclaman porque quieren seguir otras especialidades.	
Decanos de consejos regionales	Consideran que sus colegiados no cuentan con una normativa que respalde la ejecución de competencias de otros profesionales en situaciones de emergencias. Esto limita la atención, sobre todo en ES que no cuentan con el equipo básico.	

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración propia (2018).

> [...] es muy bueno que se haya contemplado el reconocimiento del puntaje extra del SERUMS para concursos de contrato y nombramiento y para seguir especialidades, esto debe ser igual para todos los profesionales de la salud…está muy bien que se valora la ubicación de establecimiento de salud, a mayor ruralidad, mayor puntaje [...] (Médico. Red San Francisco. 48).

Los directivos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSCH, opinan que se debe contar con una norma o una política regional que incluya una ponderación diferenciada y a favor de los profesionales de la salud que viven en zonas rurales de manera que puedan trabajar en ES cercanos a su domicilio.

> [...] para las convocatorias de contrato o nombramiento, se debe contar con una política que respalde la preferencia a los profesionales residentes en la zona rural o de frontera ya que laboraría en un establecimiento de salud cerca a su casa, eso favorecería una mayor permanencia [...] (Directivo de la UNSCH).

Los directivos mencionan la necesidad de una política nacional para dar preferencia en el SERUMS a los profesionales de la zona y de la Región, asimismo, de regular el sistema de recategorización de los establecimientos de salud.

> [...] aquí en Ayacucho nosotros tenemos cobertura de plazas con egresados de otras universidades, porque han visto una oportunidad laboral y han venido a la Región … y en el caso del SERUMS gran parte de las plazas no se cubren por los egresados de nuestra región, es cubierto por egresados de otras universidades y cuando terminan se van […] (Directivo de la UNSCH).

> [...] Otra falencia por falta de normas claras es que hay profesionales que trabajan en Ayacucho por dos o tres años donde se les va formando y perfeccionando, pero luego se van y se llevan todos esos aprendizajes […] (Directivo de la UNSCH).

> Agregan, [...] ¿qué ha pasado aquí en Ayacucho?, usted sabe que aquí cerca tenemos un hospital de categoría 2.1, ese hospital antes era 1.4, ¿Por qué se convirtieron ellos en hospital? porque vieron los incentivos, los beneficios que se daban a un hospital. Hasta ahora eso funciona como hospital 2.1 pero en la práctica solo hasta el mediodía, luego en la tarde es 1.4, pasada las cinco de la tarde es 1.3 y en la noche parece un puesto de salud [...] entonces igual ¿qué está pensando el personal de otro hospital cercano?, también convertirse en hospital ¿por qué? porque están viendo los incentivos del hospital, entonces eso necesita normarse bien [...] (Directivo de la UNSCH).

Los directivos de la DIRESA, mencionan que en el marco de compromiso asumido con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para atender la demanda de salud de la población, sobre todo de las zonas rurales y de difícil acceso, han realizado el análisis de la densidad del personal asistencial de todas las microrredes de la DIRESA y los resultados demuestran que la densidad de médicos, enfermeras y obstetras no es la esperada con respecto a los estándares que señala la OMS/OPS. (Cuadro 10).

Cuadro 10. Densidad de profesionales médicos, obstetras y de enfermeros por 10,000 habitantes en tres redes de salud de la DIRESA Ayacucho, 2018

Red	Población Total	Densidad: Personal Asistencial	Densidad: Equipo Básico	Densidad: Médicos, Obstetras y Enfermeras	Densidad: Médicos	Densidad: Obstetras	Densidad: Enfermeras
Huamanga	280,605	40.3	**33.9**	**25.2**	3.3	9.2	12.7
Coracora	50,029	75.6	**63.8**	**31.4**	7.8	9.2	14.4
San Francisco	71,467	51.1	**41.6**	**27.7**	4.5	10.8	12.5

Fuente: Dirección Ejecutiva de Gestión de Desarrollo y Recursos Humanos – DIRESA Ayacucho (Julio, 2018)

Asimismo, hacen énfasis que las plazas cautivas para estudios de especialidad médica muchas veces no los beneficia ya que el médico al lograr el título de especialista no vuelve a su plaza local.

> […] todos los años el CONAREME [Consejo Nacional de Residentado Médico] solicita a la DIRESA la lista de especialidades para las plazas cautivas que la Región necesita. La DIRESA envía la lista incluyendo las especialidades que necesita en el primer nivel de atención, por ejemplo, pediatría, ginecología, anestesia entre otros […] el problema es que los médicos reclaman porque quieren seguir otras especialidades … (Directivo de DIRESA).

> […] por ejemplo un médico se presentó a la especialidad solicitada por la DIRESA, pero no alcanzó el puntaje, como quedaban vacantes en otras especialidades, se cambió a cirugía oncológica y otro a nefrología, como consecuencia al culminar los estudios tramitaron su re ubicación laboral a un hospital y dejaron la plaza en el primer nivel de atención, eso tiene que regularse porque no está bien [...] (Directivo de DIRESA).

Los decanos de consejos regionales de colegios profesionales, consideran que sus colegiados no cuentan con una normativa que les respalde cuando asumen competencias de otros profesionales por situaciones de emergencia, entonces encuentran límites para su intervención en el cuidado del paciente. Esto se produce sobre todo en los ES donde no hay por lo menos un equipo básico con permanencia regular.

4.2 Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados

Los argumentos identificados tienen como base la situación de salud de la Región Ayacucho, «[…] este departamento presenta mayores niveles de carencia que el promedio nacional, tanto en el acceso a servicios de agua y saneamiento mediante red pública…» (PCM, 2018. P. 7), «[…] la población que habita en centros poblados rurales, es el 41.9% de la población total del departamento […]» (PCM, P. 5) y «[…] el año 2018, […] el 34.6% de su población vivía en situación de pobreza, ubicándose por encima del promedio nacional. (PCM, 2018. P. 8), «[…]con un IDH de 0.3336, [esto evidencia un

atraso de la región, si comparamos con las otras regiones del país]» (Gobierno Regional de Ayacucho, 2016. PDRC 2016-2021. P.14).

Los argumentos también se relacionan con la demanda de atención insatisfecha de la población pobre que habita en centros poblados rurales de la Región y con la valoración de los profesionales de la salud acerca de su trabajo en los ES del PNA, que evidencia insatisfacción laboral, relacionada prioritariamente con aspectos económicos y de apoyo profesional y personal.

Así, los principales hallazgos que generan los argumentos para la política pública, tienen correspondencia directa con la aspiración a un trabajo decente de los RHUS (Organización Internacional del Trabajo, 1999), ello, como la forma digna y de satisfacción profesional y personal, que permita lograr resultados sanitarios en buenas condiciones de trabajo y empleo (Ver Figura 4).

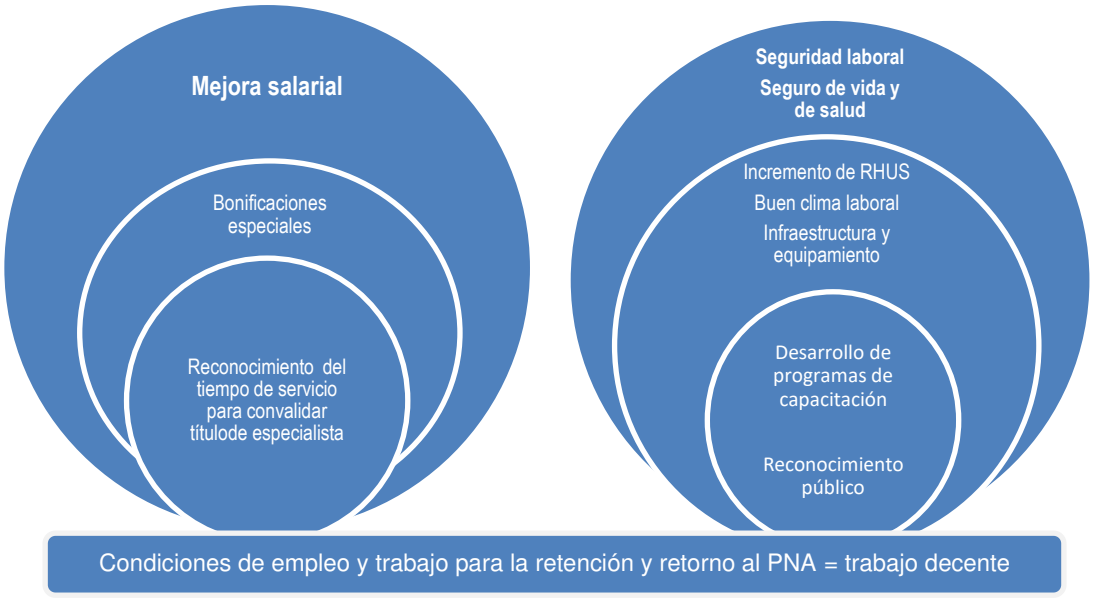


Figura N° 4
Incentivos prioritarios planteados por los profesionales de la salud para la retención y retorno a establecimientos de salud del PNA
Fuente. Elaboración propia (2018).

El principal hallazgo y argumento para una política está relacionado con la insatisfacción de los profesionales de la salud sobre los sueldos, bonificaciones y otros incentivos económicos, demandando la mejora salarial, bonos de reconocimiento e igualdad en los haberes sin distinción de la condición de ser nombrado o contratado y valorando todo lo que implica laborar en un ES rural del PNA. Esta demanda también incluye a los internos de las carreras de ciencias de la salud, referida a contar con el incentivo económico en todas las carreras profesionales y de manera sostenida. Estos argumentos son respaldados por las instancias políticas, académicas, laborales y profesionales participantes del estudio.

La demanda de mejora salarial de los RHUS, es un tema identificado hace varios años en la Región Ayacucho; por ejemplo, este fue el principal hallazgo en un estudio de atracción y retención en zonas rurales de esta Región (Huicho, 2012) y se mantiene a la fecha. Según la OPS, la mejora salarial y los incentivos económicos, constituyen un factor de impacto positivo para la retención y retorno de profesionales de la salud en ES de zonas rurales del PNA (OPS, 2022), ya que los RHUS que laboran en estas zonas, requieren fuertes incentivos que equilibren el esfuerzo de habitar y laborar en estas zonas, muchas veces alejados de la familia y con poco acceso a eventos de educación continua que afectan el desarrollo profesional. (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015). Como se puede ver, una parte del trabajo decente implica un ingreso económico justo.

El segundo hallazgo corresponde a los argumentos relacionados con la demanda de apoyo profesional y personal de los RHUS del PNA, y se ubica muy cerca al primer hallazgo; los incentivos económicos (Ver Figura 4). En este segundo hallazgo, existen varios argumentos que fundamentan la necesidad de la política pública regional, por ejemplo, la presencia de eventos de inseguridad que experimentan los profesionales de la salud y que son percibidos también por los actores académicos e institucionales. Esto, requiere el desarrollo de procesos relacionados con el bienestar, entornos propicios y la seguridad laboral, sustentado en el tipo de actividades intra y extramurales que cumplen los RHUS en el PNA (Ministerio de Salud, 2018), asimismo, por habitar

en zonas rurales o remotas donde sus viviendas no siempre garantizan seguridad, saneamiento básico e instalaciones de conectividad; factores asociados a la decisión de permanencia o retorno a ES del PNA (organización Mundial de la Salud, 2011). Un trabajo decente amerita ambientes seguros, con medidas preventivas para evitar enfermedades ocupacionales y accidentes laborales (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015), además que, el trabajo decente requiere realizar inversiones para lograr un trabajo seguro, con enfoque de derecho (OMS, 2016).

Seguido a ello, tenemos el requerimiento de un buen clima laboral ya que hay evidencia de insatisfacción asociada con este tema y es una demanda de gran parte de los profesionales de la salud, de los representantes de los colegios profesionales y actores instituciones. Como se sabe, el adecuado clima laboral forma parte de los aspectos motivacionales indispensables para un buen desempeño en los servicios de salud y por consiguiente para ofrecer servicios de calidad y tiene que ver con el trato justo en el campo laboral; así, Elgegren (2015) afirma que el clima laboral se asocia con el comportamiento del trabajador, con los cambios e innovaciones que se impulsa dentro de la organización y en general con el logro de los resultados institucionales, por ello es de especial interés considerarla al formular políticas de desarrollo de RHUS en el PNA.

Se suma otro argumento dentro de la sub categoría Apoyo profesional y personal que es la demanda de una buena infraestructura y equipamiento para atender las necesidades y demandas de la población rural. Es evidente el reclamo en estos dos aspectos de parte de los profesionales de la salud y las entidades académicas, por ello, invertir en esto, contribuye a lograr mejores condiciones de trabajo, a un trabajo decente y por consiguiente favorece la permanencia y el retorno de los RHUS al PNA (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015).

El desarrollo de programas de capacitación para mejorar las capacidades de los RHUS que laboran en ES de zonas rurales es un reclamo de los profesionales de la salud, actores académicos, institucionales y políticos, (es un aspecto que resalta en el interés de los políticos). Esta demanda es

generada sobre todo por las pocas oportunidades y carencia de programas de actualización y perfeccionamiento dirigidos a los RHUS de éstas zonas, lo cual se agudiza por la distancia y muchas veces por la falta de conectividad.

Es preciso incorporar en la política un lineamiento relacionado con la educación permanente de los RHUS, a través de la formulación, desarrollo y evaluación de un Plan de desarrollo de capacidades de la región (Ministerio de Salud, 2018), que cierre brechas de las capacidades y competencias de los profesionales de la salud, priorizando el PNA e involucrando entre otras instituciones, a las universidades, institutos tecnológicos de educación superior, colegios profesionales, la DIRESA, redes de salud y establecimientos de salud de mayor complejidad favoreciendo un trabajo colaborativo y de interaprendizaje. Este plan debe incorporar el aprendizaje a través de la virtualidad e innovaciones educativas (Organización Mundial de la Salud, 2017). Asimismo, valorar en la política, la conformación de redes profesionales para el intercambio de experiencias y acompañamiento técnico que evite sentimientos de abandono o aislamiento profesional, buscando oportunidades de trabajos colaborativos con profesionales de ES de mayores niveles de atención (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015) y alianzas con otras instituciones académicas de la macro región y del nivel nacional para la implementación de programas de desarrollo de capacidades y de soporte, por ejemplo programas de telemedicina (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015).

Cabe anotar que se cuenta con el apoyo de los políticos para lograr la conectividad respectiva por lo menos hasta las capitales de todos los distritos de la Región. Esta conectividad favorecerá el desarrollo de varias estrategias a través de la virtualidad, dirigidas a superar las demandas de los profesionales de la salud con respecto a su actividad laboral en zonas rurales del PNA.

El reconocimiento del tiempo de servicio para promocionar a los profesionales de la salud dentro de la carrera pública, así como para convalidar las competencias para la obtención del título de especialista en alguna

especialidad relacionada con el trabajo en el PNA, son demandas sentidas por los profesionales de la salud y respaldados por los representantes académicos. La segunda demanda surge por la escasa o ausencia de programas universitarios de certificación profesional a través de la convalidación de competencias. Relacionado con ello, existen evidencias que los profesionales de la salud valoran estos dos aspectos al decidir la migración de los ES de zonas rurales (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015). Relacionado con lo anterior, se observa insatisfacción laboral por el escaso reconocimiento al trabajo en zonas rurales, dando lugar a la demanda de los profesionales de la salud para ser reconocidos públicamente por el trabajo realizado, que puede ser a través de incentivos como becas, documentos de reconocimiento y premiación pública (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015) a cargo de autoridades sanitarias y políticas, que permitan mantener o generar la motivación para labora en el PNA.

Finalmente, este segundo hallazgo presenta otra demanda de los profesionales de la salud respaldada por los decanos de los colegios profesionales, constituyendo otro argumento para la política y está relacionada con la necesidad de contar con espacios de salida de los ES para compartir con su familia, lo cual es factible a través de un buen programa de gestión de RHUS y organización laboral. Esta demanda ha sido reportada en la región Ayacucho hace varios años y persiste a la fecha (Huicho et al., 2012). Como se sabe, la retención de los RHUS en zonas rurales se hace más fuerte cuando existen estrategias asociadas con el acercamiento o vínculo familiar (Meza, 2017).

En síntesis, el segundo hallazgo revela argumentos asociados a la demanda de mejores condiciones de vida, un buen entorno laboral con seguridad, desarrollo de capacidades a través de la educación permanente, reconocimiento para la promoción y reconocimiento público y cercanía familiar.

El tercer hallazgo corresponde a los argumentos relacionados con los insuficientes aprendizajes logrados durante la formación profesional; estos argumentos, según el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2015), incide en la decisión de los RHUS para permanecer o migrar del PNA y

se reafirma con los testimonios de todos los actores del estudio quienes coinciden en la importancia de la formación por competencias y centrada en las prioridades sanitarias de la salud pública, con experiencias de aprendizaje en la comunidad, el enfoque intercultural e interprofesional y el desarrollo de programas de educación continua, sustentando la necesidad de reorientar la formación profesional en las universidades (Miranda et al., 2021). ya que aún existen planes de estudio con contenidos segmentados, muchas veces no vigentes ni prospectivos que privilegian las experiencias de aprendizaje en hospitales soslayando el interés prioritario que es el primer nivel de atención y la atención primara. (Miranda et al.,2021; Frenk, et al., 2011).

De acuerdo a ello, un argumento de este hallazgo está dado por los testimonios de los profesionales de la salud y corroborado por los decanos de los consejos regionales acerca de los insuficientes aprendizajes logrados durante la formación profesional. Destacan la necesidad de dirigir la formación a la APS, profundizar el abordaje de las prioridades sanitarias del país, el manejo de sistemas de registro, las formas de trabajo con la comunidad, interculturalidad, el manejo básico del idioma quechua, la gestión en salud y las habilidades humanas (Miranda et al., 2021), ya que estas falencias se hacen evidentes al momento de atender las demandas de la población rural generando situaciones desmotivadoras y de inseguridad para laborar en el PNA, causas de migración de los ES de este nivel.

Otro argumento está relacionado con el escaso acercamiento y práctica en la comunidad y en zonas rurales de extrema pobreza, siendo que existen evidencias (Vásquez et al.,2013) que la formación práctica en estas zonas genera valores agregados en el área personal social (humanismo) de los RHUS al identificarse con las necesidades de esta población, asimismo, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (2015) recomienda exponer a los estudiantes durante su formación a prácticas rotatorias en zonas rurales ya que permite su familiarización e identificación con la población, lo cual puede influir en su decisión de laborar en ES de estas comunidades; esto es corroborado por Holst (2020) quien sostiene que esta exposición contribuye a la atracción y retención en zonas rurales, recomendando ahondar en investigaciones de

estos temas (Miranda et al., 2021). La UNSCH muestra un avance en este tipo de experiencia de formación comunitaria ya que el nuevo plan de estudios de la Escuela Profesional de Medicina Humana aprobado el año 2017, incluye el externado médico con rotaciones en ES del PNA. Esto constituye un buen referente para otras escuelas y universidades de la Región, no obstante, como se ha mencionado, hay necesidad de ofrecer las condiciones laborales necesarias para que los estudiantes puedan realizar las actividades formativas y de servicio de manera idónea.

Se suma el argumento relacionado con el número insuficiente de vacantes que asigna la universidad para postulantes de las zonas rurales, al respecto existe evidencia que, la captación de estudiantes de las zonas rurales para seguir una carrera profesional en salud, aumenta la probabilidad de retorno a su zona de origen o procedencia, para ejercer la profesión, esto se potencializa si los planes de estudio son acordes a las necesidades sanitarias locales (OMS, 2011). Relacionado con ello, la UNSCH tiene institucionalizada la política inclusiva de asignación diferenciada de vacantes para postulantes de las zonas rurales o remotas, sin embargo, estas no son suficientes para la demanda observada, por ello es necesario que las universidades privadas de la región también apliquen esta política incluyendo becas de estudio como parte de la responsabilidad social universitaria; todo esto es demandado por los directivos de la DIRESA y actores políticos del estudio. Este argumento requiere de un programa de seguimiento de egresados para medir el impacto respectivo.

Estos tres argumentos están relacionados con la función formativa y de responsabilidad social universitaria lo que indica que la universidad forma parte de la viabilidad de la implementación de una política pública relacionada con la retención y retorno de profesionales para laborar en ES del PNA.

El último argumento está relacionado con la demanda de los directivos de la UNSCH, acerca de la necesidad de un perfil de competencias profesionales del equipo básico del PNA que emane de la autoridad sanitaria, sumado a la demanda de los decanos de los consejos regionales y de los directivos de la DIRESA sobre la necesidad de un acercamiento y trabajo colaborativo entre los

servicios de salud, la universidad y los colegios profesionales. Al respecto un avance relacionado con este argumento es la aprobación de los lineamientos de política de RHUS para el periodo 2018 – 2030, cuyo primer lineamiento del tercer objetivo explicita el liderazgo del MINSA para articular la docencia-servicio en la formación de profesionales de la salud acorde a la realidad socio sanitaria del país (MINSA, 2018), asimismo, ya se cuenta con un documento técnico que presenta las competencias esenciales del médico y la enfermera para ser aplicados en la formación de los estudiantes de estas profesiones.(MINSA , 2020); ahora lo importante es que esta normatividad se aplique y los puentes de trabajos colaborativos entre las entidades formadoras y las prestadoras se activen de manera permanente, por ejemplo a través de la articulación y consistencia de los planes curriculares con los objetivos sanitarios del país y la debida adecuación a la realidad nacional, regional y local (Miranda et al., 2021) tal como lo señala el PLANDES Bicentenario 2018-2021 (MINSA, 2019b).

El tercer hallazgo denota que las competencias del profesional de la salud adquiridas durante su formación, no aseguran un buen desempeño laboral restando la motivación para su permanencia en los ES de zonas rurales lo cual genera la necesidad de fortalecer los procesos formativos en las universidades y un mayor trabajo colaborativo, integrador y permanente entre la academia y los servicios, con perfiles estandarizados y adecuados a la realidad sanitaria nacional, regional y local, según corresponda (Miranda et al., 2021) todo ello debe formar parte de una política regional.

El cuarto y último hallazgo está compuesto por los argumentos asociados a la regulación e intervenciones normativas. Uno de los argumentos fue presentado por los directivos de la UNSCH el cual está relacionado con las convocatorias para contratos y nombramientos de los RHUS en las cuales se observa la ausencia de normas o políticas que regulen y respalden la asignación de vacantes para profesionales residentes o procedentes de zonas rurales o remotas, propias de la Región. Se suma a ello el pedido de los directivos quienes demandan que el SERUMS en Ayacucho debe priorizar a los

profesionales de la salud de la Región ya que puede ser un factor que favorezca su permanencia en los ES de estas zonas.

Un aspecto valorado por los profesionales de la salud y los directivos de la UNSCH, es la bonificación que contempla el SERUMS para varios procesos, por ejemplo para ingresar a laborar a ES del sector público, para el ingreso a programas de especialización y para el acceso a becas de estudios de posgrado dentro o fuera del país; todo lo cual ya se implementa en el Perú y deben seguir optimizándose ya que constituye un incentivo de los RHUS para laborar en el PNA (Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2015).

También se hace evidente la disconformidad de los directivos de la DIRESA sobre las plazas del residentado médico ya que, si bien son consultados para ver las necesidades de especialidades de la Región, la realidad no concuerda con lo propuesto exacerbándose el problema en las plazas cautivas porque los residentes al culminar los estudios, no siempre regresan al ES del PNA de procedencia, esto perjudica la organización de los servicios y la respuesta a la demanda de atención, razón por la cual requiere ser regulada.

El incremento de personal de salud en número idóneo es otra demanda de los RHUS del PNA respaldado por los directivos de la DIRESA y se convierte en otro argumento de este cuarto hallazgo. Esta relacionado con la baja densidad de médicos, enfermeras y obstetras en las redes de salud de la Región, sumada a la mala distribución de los mismos con predominio urbano. Es el caso de las tres redes del estudio donde el promedio de la densidad de RHUS es de 28.1, siendo que la Organización Mundial de la Salud (2017) ha considerado como densidad ideal 44,5 profesionales por 10.000 habitantes, es decir el déficit es bastante amplio, y con una concentración de profesionales en los ES de las zonas más cercanas a las ciudades. Es preciso anotar que, la política debe incidir en la conformación de equipos interdisciplinares (Organización Mundial de la Salud, 2017) con una distribución de los RHUS equitativa en función a las necesidades y demandas de la población y debe explicitar estrategias que permitan el cierre de brechas según estándares internacionales, sin duda este

argumento requiere de mecanismos para la atracción, captación, retención y retorno de RHUS que permitan una densidad según la demanda y tamaño de la población. (Ministerio de Salud, 2018), lo cual es corroborado como argumento para una política, por los actores institucionales y académicos del estudio. No sabe duda que esta situación debe ser revisada y regulada ya que como país existe un compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la responsabilidad de responder a la demanda de la población, sobre todo del PNA, que como se sabe es del 70% a 80% de la demanda total (Ministerio de Salud, 2010).

Finalmente, un argumento que surgió de los decanos de consejos regionales está asociado a la ausencia de un marco legal que respalde la ampliación de competencias de los RHUS en casos de emergencia o de ausencia del profesional correspondiente. Este constituye un factor desmotivador por consiguiente es preciso regularla con la finalidad de aumentar la satisfacción del personal en el empleo, además de generar la seguridad psicológica y por consiguiente favorecer la permanencia y retorno (OMS, 2011).

CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1 Consideraciones Finales

Los argumentos para una política se sustentan en la situación de salud de la Región, las características sociodemográficas de la región y de la población, la demanda insatisfecha de la población de los centros poblados rurales y la valoración de los profesionales de la salud acerca de su trabajo en establecimientos de salud del PNA catalogada como insatisfactoria por los bajos salarios y poco apoyo profesional y personal. En este marco y a través de la identificación y comprensión de los procesos lógicos, se identifican cuatro hallazgos con sus respectivos argumentos.

La insatisfacción de los profesionales de salud respecto a los salarios e incentivos económicos agrupa los principales argumentos para la política y se sustenta en la necesidad de equilibrar las “desventajas” de laborar en las zonas rurales, en muchos casos alejados de la familia, con escaso o poco acceso a programas de educación continua lo que repercute negativamente en el desarrollo profesional. Este argumento amerita la implementación de incentivos que generen impacto en la permanencia y retorno de los RHUS al PNA, lo que implica un ingreso económico justo.

El segundo grupo de argumentos se ubica muy cerca al primero y está asociado a la demanda de apoyo profesional y personal que requieren los RHUS. Los argumentos para la política se sustentan en la presencia de eventos de inseguridad para laborar en el PNA, un mal clima laboral y deficiente infraestructura e insuficiente equipamiento, la carencia o pocas oportunidades

de actualización y perfeccionamiento que se agudiza por la distancia y limitaciones en la conectividad, se suman el escaso reconocimiento público del trabajo que cumplen los trabajadores de salud en este nivel y la lejanía familiar. En síntesis, los argumentos corresponden a la demanda de los RHUS sobre mejores condiciones de vida y de desarrollo profesional.

El tercer grupo corresponde a la formación profesional y los argumentos se centran en que los aprendizajes logrados durante este proceso formativo no son suficientes para ofrecer una atención de acuerdo a las características y demandas de la población, asimismo, hace falta un mayor acercamiento entre las entidades formativas y los servicios de salud para un trabajo colaborativo que permita una formación para afrontar las nuevas demandas sanitarias a través de la reorientación de los programas curriculares con la mirada a la APS. Los resultados denotan que, la falta de competencias para el buen desempeño es un factor que influye en la motivación para laborar en las áreas rurales del PNA.

El cuarto grupo está compuesto por argumentos asociados a la escasa o falta de cumplimiento de normas y aspectos regulatorios, entre ellos, la distribución de los RHUS que no es equitativa con respecto a las áreas rurales y remotas, sumado al problema de la baja densidad de médicos, enfermeras y obstetras con relación al tamaño de la población. Asimismo, la poca o escasa asignación de vacantes para contratos y nombramientos, incluyendo el SERUMS, para profesionales procedentes de áreas rurales de la misma Región. Se agrega lo relacionado al residentado médico que no garantiza su retorno al ES del PNA y la ausencia de un marco legal para ampliar las competencias de los profesionales en casos de emergencia.

Los cuatro grupos de argumentos fundamentan la necesidad de priorizar la inversión en la mejora de la capacidad resolutiva del PNA de la Región, incluyendo las condiciones laborales para un *trabajo decente* y la disponibilidad de RHUS calificados que permitan mejorar el acceso y la cobertura en salud.

5.2 Recomendaciones

A partir de los hallazgos se propone dos tipos de recomendaciones:

5.2.1 En la línea práctica, se recomienda la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas integrales de desarrollo de RHUS en la Región Ayacucho, las que deben estar basadas en evidencias, ser específicas a la realidad regional, con mirada de largo plazo y enfoque prospectivo.

Esta política debe priorizar y estar centrada en el PNA con énfasis en áreas rurales y alejadas, y en la APS; recogiendo participativamente los intereses de todos los actores involucrados a nivel intersectorial, de manera que surjan soluciones concertadas ya que no depende solo del sector salud. Para ello hay necesidad de incrementar la masa crítica regional con capacidad para formular las políticas a partir de argumentos y evidencias que las sustenten, del mismo modo, se necesita incrementar los equipos con capacidad de gestión de los RHUS a nivel regional y local.

Igualmente, esta política debe considerar los argumentos presentados en el estudio y según prioridades de manera que motive la permanencia o el retorno de profesionales para laborar en ES de áreas rurales del PNA; ello, en el marco de un trabajo decente. Así tenemos:

- Respecto a los incentivos económicos, se debe focalizar la mejora de los salarios e incentivos económicos y no económicos, valorando el trabajo que realizan los RHUS en zonas rurales, alejadas y de difícil acceso, a través de un ingreso justo.

- Con relación al apoyo profesional y personal, la política debe valorar con la misma prioridad del argumento anterior; la seguridad laboral, de vida y de salud, con buenas condiciones laborales y de desarrollo profesional, además del reconocimiento público.

- Acerca de la formación de profesionales, la política debe incidir en la necesidad de la formación de RHUS acorde a prioridades sanitarias regionales, con estrategias de admisión que beneficie a postulantes de las áreas rurales y estrategias de formación centrada en el PNA, la APS, valorando en la formación las experiencias de aprendizaje cercanas a las comunidades rurales, la interculturalidad y la educación interprofesional; lo que implica un acercamiento y trabajo colaborativo entre la universidad y los servicios de salud.

- En cuanto a la regulación e intervenciones normativas, la política debe considerar entre otras, estrategias que permitan el cierre gradual de las brechas de RHUS guardando la equidad con las zonas rurales y acorde con la densidad estipulada por la OPS, asimismo, estrategias para lograr la asignación de contratos, incluyendo SERUMS y nombramientos para profesionales provenientes de zonas rurales de la misma Región. Atención a las normas que respalden el ejercicio de ampliar competencias en caso de emergencias y en ausencia del profesional responsable de dicha competencias y normas que garanticen el retorno de especialistas al PNA luego de culminar los estudios de especialidad.

Todo ello requiere la priorización de la inversión en la mejora de la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud del PNA.

5.2.2. En la línea académica, se recomienda ejecutar estudios similares en otras regiones del país de manera que puedan servir de referencia para la implementación de políticas ad hoc a la realidad de cada una de ellas.

También se recomienda estudio acerca de las capacidades del gobierno regional para la formulación de políticas públicas como referente para la implementación de programas de desarrollo de capacidades en el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, G., Farias, M.A., Sánchez, J., Astegiano, C. & Fernández, R.A. (2012). Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. *Rev Argent Salud Pública,3*(12),15-22. https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/343

Agencia EFE. (20 de junio de 2018). Perú tiene 12.8 médicos por cada 10000 habitantes, muy debajo de países OCDE. *Diario Gestión.* https://gestion.pe/peru/peru-12-8-medicos-10-000-habitantes-abajo-paises-ocde-236346-noticia/

Alilu, L., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Habibzadeh, H. & Gillespie M. A. (2017). Grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession. *Rev Lat Am Enfermagem*,*25*,e2894. https://doi.org/10.1590/1518-8345.1638.2894

Alameddine, M., Saleh, S., El-Jardali, F., Dimassi, H., & Mourad, Y. (2012). The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC Health Services Research*,*12*,419. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-419

Braun, V., & Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. (2006). *Qualitative Research in Psychology*,*3*(2),77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Catalá, D. (11 de febrero de 2015). Las políticas públicas y su ciclo. *Evaluación integral.* https://totaleval.wordpress.com/2015/02/11/las-politicas-publicas-y-su-ciclo/

Cuervo, J. (2007). Las políticas públicas: entre los modelos teóricos y la práctica gubernamental. (Una revisión de los presupuestos teóricos de las políticas públicas en función de su aplicación a la gestión pública colombiana). En J. Cuervo, *Ensayos sobre políticas públicas*. Universidad Externado de Colombia.

Chiavenato, I. (2002). *Gestión del Talento Humano*. Graw Hill.

Decreto de urgencia No. 001-2016. (26 de setiembre de 2016). *Dictan medidas urgentes y excepcionales en materia económica y financiera destinadas a recuperar la capacidad operativa y la continuidad de los servicios de salud por parte del Sector Salud.* Normas legales, N° 600040. Diario Oficial El Peruano. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/dictan-medidas-urgentes-y-excepcionales-en-materia-economica-decreto-de-urgencia-n-001-2016-1433203-1/

Decreto Legislativo 1153. (12 de setiembre de 2013). *Decreto legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado*. Normas legales, N° 502666. Diario Oficial El Peruano. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-regula-la-politica-integral-de-compe-decreto-legislativo-n-1153-987016-1/

Dirección Regional de Salud de Ayacucho. (s.f.). *Visión y misión DIRESA Ayacucho.* https://www.saludayacucho.gob.pe/diresaweb/vision-y-mision/

Dirección Regional de Salud de Ayacucho (2017). *Plan Operativo Institucional 2017 DIRESA Ayacucho.* https://www.saludayacucho.gob.pe/diresadocs_/contenido_/Documentos/Documentos_gestion/POI2017.pdf

Elgegren, U (enero-julio 2015). *Fortalecimiento del clima organizacional en establecimientos de salud. UNIFE.* Av.psicol. 23(1). http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Ursula_Elgegren.pdf

Escalante, N. (3 de agosto de 2016). Establecimientos de salud en Ayacucho presentan serias dificultades. *Correo*. https://diariocorreo.pe/edicion/ayacucho/establecimientos-de-salud-en-ayacucho-presentan-serias-dificultades-689011/

Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 28(2), 337 – 41. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a28v28n2.pdf

García Cabrera, H., Díaz Urtega, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, *76*(spe),7-26. http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966

Gobierno Regional de Ayacucho. (2016). *Plan de Desarrollo Regional Concertado 2016-2021.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1480855/Plan%20de%20Desarrollo%20Regional%20Concertado%202016-2021.pdf

Guevara, A. & Romero, R. (2016) La retención de médicos de familia en zonas rurales en el Ecuador. *Práctica Familiar Rural*, *1*(2). http://dx.doi.org/10.23936/pfr.v0i2.154

Holst, J. (2020). Increasing Rural Recruitment and Retention through Rural Exposure during Undergraduate Training: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17),6423. https://doi.org/10.3390/ijerph17176423

Huicho, L., Diez Canseco, F., Lema, C., Miranda, J.J., & Lescano, A. G. (2012) Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cadernos de Saude Publica, 28*(4),729-739. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400012

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). *Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por Sexo y Edades Quinquenales, según Departamento, 2000-2015. Boletín Especial N.º 19*. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0844/index.htm

Jatib, G. (2011). Corporación Universitaria del caribe-CECAR, Dirección de Educación Abierta y a distancia. *Módulo Políticas Públicas.* http://e-learning.cecar.edu.co/modulos/Administraci%C3%B3n%20P%C3%BAblica/4%20SEMESTRE/POLITICAS%20PUBLICAS/files/basic-html/page3.html

Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos.* Colegio Médico del Perú. https://hdl.handle.net/20.500.12971/32

Ley N° 27867. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. (18 de noviembre de 2002). Normas legales N° 233492. Diario Oficial El Peruano. https://diarioficial.elperuano.pe/pdf/0025/ley-27867.pdf

Majone, G. (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. Fondo de Cultura Económica.

Meza, D. (2017) Atracción y retención de recurso humano en salud en zonas rurales: percepción de profesionales*. Rev. Est. de Políticas Públicas*. 2017. 83-102 http://dx.doi.org/10.5354/0719-6296.2017.46357

Ministerio de Salud, Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención en Salud e Investigación. (2005). *Lineamientos de política nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud.* http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/119_LINPOLITRRHH.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión del Desarrollo Humano de Recursos Humanos en Salud. (2011). *Desafíos del Empleo en Salud: Trabajo Decente, Políticas de Salud y Seguridad Laboral*. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud, 9. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1472.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de la Salud. (2018). *Documento Técnico: Lineamientos de Política de Recursos Humanos en Salud 2018-2030.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/264146/RM_N__1357-2018-MINSA.PDF

Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de la Salud. (2019a). *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector*

Salud - Perú 2013 – 2018. Recursos Humanos en Salud N° 26. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/10896.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de la Salud. (2019b). *Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud PLANDES BICENTENARIO 2018 – 2021.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226894/494020200811-2899800-mhk17c.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Personal de la Salud. (2020). *Documento Técnico: Perfil de Competencias Esenciales que Orientan la Formación de Profesionales de la Salud. Primera Fase: Médico (a) y Enfermero (a) Peruano (a).* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1464482/RM%20960-2020-MINSA.PDF.PDF.

Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2010). *Documento Técnico: Fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco del aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada.* http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1660.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2011a). *Norma Técnica de Salud. Categorías de Establecimientos del Sector Salud*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf

Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2011b). *Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1620.pdf

Miranda, J.J., Diez-Canseco, F., Lema, C., Lescano, A.G., Lagarde. M., Blaauw, D., & Huicho, L. (2012) Stated Preferences of Doctors for Choosing a Job in Rural Areas of Peru: A Discrete Choice Experiment. *PLoS One, 7*(12), e50567. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050567

Miranda Ramón, E.I., Zeladita-Huamán, J.A., & Ronceros Medrano, S.G. (2021). Prioridades en la Formación Universitaria que Promuevan la Retención Laboral, Perspectiva del Profesional de la Salud, Ayacucho. *Revista Científica Ágora,8(*2),74-80. https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.222

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. (2015). *Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención-Fidelización del personal de Salud en Áreas Rurales y de Acceso Difícil*. ORAS-CONHU. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/5_esquemas_incentivos_rhus2015_oras_ops.pdf

Organización Internacional del Trabajo (1999). *Trabajo Decente* [Memoria del Director General]. 87 Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, Suiza. https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo: 2006: Colaboremos por la salud*. OMS. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43434

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Aumentar el Acceso al Personal Sanitario en Zonas Remotas o Rurales Mejorando la Retención. Recomendaciones Mundiales de Política*. OMS. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44538

Organización Mundial de la Salud (2016) *Working for health and growth: investing in the health workforce.* Comisión de alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico. OMS. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/9789241511308-eng.pdf

Organización Mundial de la Salud (24 de julio de 2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* [Sesión de conferencia]. 29 Conferencia Sanitaria Panamericana. 69 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en: Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú*. OPS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cómo Atraer, Captar y retener al personal de Salud en Zonas Rurales, Remotas y Desentendidas.* OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873

Ortegón Quiñones, E. (2019). Políticas públicas: métodos, conceptuales y métodos de evaluación. Fondo Editorial de la Universidad Continental.

Parisotto, A. (s.f.). Objetivo 8—Análisis del Objetivo 8 relativo al trabajo decente para todos. [Crónica ONU]. Naciones Unidas. https://www.un.org/es/chronicle/article/objetivo-8-analisis-del-objetivo-8-relativo-al-trabajo-decente-para-todos

Pereyra-Elías, R., Cassana, A., Mezones-Holguín, E., & Mayta-Tristán, P. (2013). Diferencias según género en la intención de emigración en médicos recién egresados. *Anales Facultad de Medicina, 74*(3),211-216. https://doi.org/10.15381/anales.v74i3.2637

Presidencia del Consejo de Ministros, Vice Ministerio de Gobernanza Territorial. (2018). *Información Territorial del Departamento Ayacucho.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1870473/Ayacucho_Informacio%CC%81n%20Territorial%20Completo.pdf.pdf

Resolución Ministerial No. 076-2014-MINSA. (2014). *Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud*. (31 de enero de 2014). https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-guia-tecnica-para-la-categorizacion-de-establec-rm-n-076-2014minsa-1044157-1/

Ruiz Sánchez, Carlos. (1996). *Manual para la elaboración de políticas públicas.* Plaza Y Valdés.

Sáenz Mejía, L. (29 de agosto de 2012). *¿Cómo se elabora una política pública y de estado?* [Presentación de Congreso]. VI Congreso de Ingenieros Agrónomos de Nicaragua, Managua, Nicaragua. https://es.slideshare.net/JuanRosales1/cmo-elaborar-una-poltica-pblica

Sánchez Aguilar, A. (2012). *Perfil Migratorio del Perú 2012*. Organización Internacional para las Migraciones. https://publications.iom.int/books/perfil-migratorio-del-peru-2012

SERVIR. (2014). *Resolución De Presidencia Ejecutiva No. 238-2014-SERVIR-PE.* https://storage.servir.gob.pe/normatividad/Resoluciones/PE-2014/Res238-2014-SERVIR-PE.pdf

Somavía, J. (2014). *El Trabajo Decente. Una Lucha por la Dignidad Humana*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_380833.pdf

Tarqui, C., Sanabria, H., & Zárate, E. (2015). Expectativas de laborar en el primer nivel de atención de salud de los estudiantes de una facultad de medicina de Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina.2015, 76*(1),57-62. https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.11076

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. (19 de mayo de 2020). Decanos de Facultad de la UNSCH firman diplomas de grados y títulos. UNSCH. https://www.unsch.edu.pe/index.php/2020/05/20/decanos-de-facultad-de-la-unsch-firman-diplomas-de-grados-y-titulos/

Vásquez R., Saco S., Pereira C. (2013). El internado rural como acercamiento a la atención primaria en salud, la experiencia de una universidad de Cusco, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,* 30 (2), 344-45. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a31v30n2.pdf

Vivar, C., Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa

en Enfermería. *Index de Enfermería*, *19*(4), 283-288. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300011

Wakerman, J., Humphreys, J., Russell, D., Guthridge, S., Bourke, L., Dunbar, T., Zhao, Y., Ramjan, M., Murakami-Gold, L., & Jones, M. (2019). Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health, 17*(99). https://doi.org/10.1186/s12960-019-0432-y

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018) *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065

Wiskow, C. (2017). The role of decent work in the health sector. In: J. Buchan, I. Dhillon, J. Campbell (eds.). *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*. World Health Organization.

ANEXO 1: LISTA DE SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
CONAREME	Consejo Nacional de Residentado Médico
DIRESA	Dirección regional de Salud
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
ES	Establecimiento/s de Salud
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GL	Gobierno Local
GN	Gobierno Nacional
GRDS	Gerencia Regional de Desarrollo Social
GR	Gobierno Regional
HAB.	Habitantes
MINSA	Ministerio de Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
PDRC	Plan de Desarrollo Regional Concertado
PICO	Población, Intervenciones, Comparador, Outcomes (Resultados)
PLANDES BICENTENARIO 2018 – 2021.	Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud 2018 – 2021.
PNA	Primer Nivel de Atención
POI	Plan Operativo Institucional
PROSALUD	Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud
RHUS	Recursos Humanos en Salud

SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
UDALECH	Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote
UAP	Universidad Alas Peruanas
UE	Unidades Ejecutoras
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNSCH	Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga
USA	Estados Unidos de América

ANEXO 2: CUADRO DE CONSISTENCIA DEL ESTUDIO

Problema	Objetivos	Categorías teóricas iniciales	Trayectoria metodológica	Categorías finales
¿Cuáles son los argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Región Ayacucho, año 2018?	**Objetivo general** Determinar los argumentos para una política de retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención de la Región Ayacucho. **Objetivos específicos** - Describir la valoración de los profesionales de la salud del PNA acerca de su trabajo en establecimientos de salud ubicados en zonas rurales y de difícil acceso de la Región Ayacucho. - Comprender los procesos lógicos que se vinculan a la retención y retorno de profesionales de la salud en el primer nivel de atención. - Elaborar las explicaciones que sustentan una política pública de retención y retorno de los profesionales de la salud del primer nivel de atención de la Región Ayacucho.	Tomado de las recomendaciones de la OMS (2011) - Formación de profesionales - Regulación – intervenciones normativas - Incentivos económicos - Apoyo personal y profesional	**Tipo de estudio:** Descriptivo cualitativo **Unidad de Análisis** Actores: - Profesionales de la salud (médicos, enfermeros y obstetras de ES del PNA - Políticos: candidatos a la presidencia regional (segunda vuelta) - Académicos: directivos de la Facultad de ciencias de la salud de la UNSCH y decanos de consejos regionales de los colegios profesionales de medicina, enfermería y obstetricia - Institucionales: directivos de la DIRESA Ayacucho y jefes de la Red de salud san Francisco, Huamanga y Coracora **Muestra** - 90 Profesionales de la salud, logrado al llegar al punto de saturación. - 2 actores políticos candidatos a la presidencia regional (candidatos de la segunda vuelta) - 10 actores académicos, integrado por 7 directivos de la Facultad de ciencias de la salud de la UNSCH y 3 decanos de consejos regionales	**Categorías:** Categoría 1: Valoración de los profesionales de la salud sobre su trabajo actual en establecimiento del PNA Categoría 2: Procesos lógicos que sustentan una política pública de retención y retorno. Esta categoría tiene cuatros sub categorías tomadas de las recomendaciones de la OMS (2011). **Sub Categorías:** - Incentivos económicos - Apoyo personal y profesional - Formación de profesionales - Regulación – intervenciones normativas

Problema	Objetivos	Categorías teóricas iniciales	Trayectoria metodológica	Categorías finales
			- 7 actores institucionales, conformado por 4 directivos de la DIRESA Ayacucho y 3 jefes de Red. **Técnicas e instrumentos** Entrevistas semiestructuras a través de cuestionarios dirigidos a los profesionales de la salud, a los actores políticos, actores institucionales y de consejos regionales de los colegios profesionales Grupo focal aplicado a los Directivos de la UNSCH **Análisis de datos** Técnica de Análisis temático (Braun y Clarke): Fase 1: Familiarización Fase 2: Generación inicial de categorías con la data Fase 3: Búsqueda de los temas Fase 4: Revisión de temas Fase 5: Definición y denominación de temas Fase 6: Informe final	

ANEXO 3: APRECIACIONES Y DEMANDAS DE LOS ACTORES QUE SUSTENTAN UNA POLÍTICA PÚBLICA DE RETENCIÓN Y RETORNO DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PNA

Actores	Síntesis de las apreciaciones y demandas según sub categorías			
	Incentivos económicos	**Apoyo personal y profesional**	**Formación de profesionales**	**Regulación intervenciones normativas**
Profesionales de la salud	Mejora salarial, estabilidad laboral, bonificaciones especiales por trabajo en zonas alejadas e igualdad entre nombrados y contratados y con los otros niveles de atención.	Demandan mejores condiciones de vida con seguridad laboral, un buen entorno laboral con seguridad y reconocimiento público y certificación por competencias para obtener la especialidad	Enfatizan que la formación incide en la decisión de permanencia ya que la atención de la demanda requiere contar con competencias. Hace falta profundizar la formación en atención de emergencias obstétricas, uso de medicamentos esenciales, técnicas y protocolos del MINSA de enfermedades metaxénicas y sistémicas, sistema de registro, gestión de servicios, interculturalidad y formación centrada en la APS.	Valoran el reconocimiento del SERUMS o del trabajo en zonas rurales para concursos públicos y acceso a programas de especialización.
Directivos de UNSCH	Demandan equidad en los incentivos económicos para internos de enfermería y obstetricia incluyendo la subvención para el trabajo comunitario y mayor presupuesto para el trabajo en zonas rurales.	Sostienen la necesidad de dar especial atención a las condiciones de vida. Se requiere de una política de capacitación dirigida al PNA.	Enfatizan la necesidad de políticas de admisión obligatoria en todas las universidades para captar postulantes de zonas rurales, con criterio de inclusión. Ejecutan y valoran experiencias formativas en comunidad en la modalidad de externado con actividades de responsabilidad social. Reconocen la necesidad de incorporar políticas de seguimiento de egresados. No han considerado la posibilidad de programas de certificación creciente durante la formación. Se requiere perfiles de competencias para todo	Opinan que se requiere una norma regional que incluya ponderación diferenciada a favor de los profesionales que viene en zonas rurales, por ejemplo, para contratos o nombramientos, de manera que puedan trabajar cerca a su domicilio. Se requiere normas para dar preferencia del SERUMS a profesionales de la Región, asimismo, para su permanencia.

Actores	Síntesis de las apreciaciones y demandas según sub categorías			
	Incentivos económicos	**Apoyo personal y profesional**	**Formación de profesionales**	**Regulación intervenciones normativas**
			el equipo básico aprobado por el MINSA.	
Directivos de DIRESA - REDES	Mencionan la necesidad de un presupuesto adicional para el cierre de brechas de RHUS, mejora de aspectos económicos y de las condiciones laborales para los trabajadores del PNA. Necesidad de implementar un programa como PROSALUD.	Sostienen la necesidad de mejorar las condiciones laborales, la seguridad y el clima laboral. Hay necesidad de superar la sensación de desaliento del personal, para ello hay que conocer objetivamente las razones de la desmotivación. Se reconoce la necesidad de recompensar y reconocer a los RHUS. Observan alta rotación en zonas con mayor ruralidad.	Demandan que todas las universidades cuenten con políticas de admisión para captar postulantes de zonas rurales, asimismo, que implementen proyectos de responsabilidad social. Desde la DIESA y redes, se desarrolla el plan de capacitación, pero dada la dispersión de los ES, no es posible capacitar a todos los técnicos y profesionales, por ello se impulsa la capacitación a través de microrredes y en los mismos ES.	En el marco del compromiso con los ODS realizaron el estudio de densidad de RHUS, los resultados muestran una brecha respecto a los estándares de la OPS. Las plazas cautivas del residentado médico muchas veces no los beneficia ya que hay especialistas que no retornan a su ES en el PNA. La DIRESA envía al CONAREME la lista de especialidades que la Región necesita, el problema es que los médicos reclaman porque quieren seguir otras especialidades.
Decanos de consejos regionales	Mejora de salarios y estabilidad laboral	Demandan priorizar la seguridad laboral, buena infraestructura, equipamiento y capacitación permanente. Trabajar en un perfil que guarde relación entre el	Consideran que un programa de certificación profesional creciente puede generar conflictos entre las profesiones. Los colegios desarrollan programas de educación continua, pero no es posible llegar a todos en el PNA por falta de conectividad. Consideran necesario	Consideran que sus colegiados no cuentan con una normativa que respalde la ejecución de competencias de otros profesionales en situaciones de emergencias. Esto limita la atención, sobre

Actores	Síntesis de las apreciaciones y demandas según sub categorías			
	Incentivos económicos	**Apoyo personal y profesional**	**Formación de profesionales**	**Regulación intervenciones normativas**
		profesional y el ocupacional. Permitir la rotación de los profesionales hacia la ciudad. Implementar reconocimientos al buen desempeño.	reorientar la formación profesional hacia el PNA y un mayor trabajo colaborativo entre la universidad, el colegio profesional y los servicios de salud. Demandan la formación interprofesional que permita valorar el trabajo en equipo. Han observado algunas actitudes de violencia entre profesionales.	todo en ES que no cuentan con el equipo básico.
Políticos	Reconocen la necesidad de incidencia política e incorporación en el presupuesto regional lo relacionado al incremento de RHUS en el PNA y la mejora de incentivos económicos y no económicos.	Reconocen la necesidad de una política que beneficie a los profesionales de las zonas rurales, para lo cual se requiere argumentos técnicos y legales. Se asume el compromiso del desarrollo de capacidades de los profesionales para lo cual se contará con conectividad hasta los 119 distritos.	La salud y educación forman parte de su plan de gobierno. Las universidades tienen la función de responsabilidad social y en ese marco deben ofrecer mayor acceso a estudiantes de zonas rurales. Se debe contar con sedes descentralizados y capacitar a los trabajadores de salud. Se ha contemplado la conectividad hasta la capital de distritos.	

Fuente: Resultados del estudio. Elaboración propia (2018).