

Capítulo VIII

Propuesta de plan de intervención integral en la gestión de recursos humanos frente a la epidemia del COVID-19

Mónica Alejandra Calle Vilca
Mitzi Karina Zacarias Flores
Julio Emilio Ascencio Palomino
Mónica Evencia Poma Vivas

Resumen

La pandemia del COVID-19 ha creado un estado de emergencia sanitaria producto de la alta demanda de los servicios de salud. El aumento exponencial de casos dejó expuesta la escasez de recurso humano, infraestructuras y equipos, por lo cual se plantea un estudio de tipo descriptivo y proyectivo, con la finalidad de llevar a los gobiernos regionales una propuesta de intervención integral en la gestión del personal de salud para la contención de la epidemia del COVID-19, en el marco de la situación de emergencia sanitaria declarada por parte del estado. Se propone un plan de Intervención en la gestión en salud, con la cual se busca estimar las necesidades de contratación y capacitación de los profesionales de salud.

Palabras clave: Asistencia técnica, gestión en salud, recursos humanos, 2019-nCoV.

Abstract

The COVID-19 pandemic has created a state of health emergency due to the high demand for health services. The exponential increase in cases exposed the shortage of human resources, infrastructure and equipment, which is why a descriptive and projective study is proposed, with the purpose of bringing to regional governments a proposal for comprehensive intervention in the management of health personnel. health to contain the COVID-19 epidemic, within the framework of the health emergency situation declared by the state. An Intervention plan in health management is proposed, which seeks to estimate the hiring and training needs of health professionals.

Key words: Technical assistance, health management, human resources, 2019-nCoV.

Introducción

La intervención integrada de recursos humanos trata al equipo humano de las instituciones como el eje prioritario sobre el que giran todos los aspectos organizacionales. En efecto, esto se traduce en que todas las operaciones están relacionadas. Pero no relacionados de cualquier manera, sino con una relación consecuente y constante con los fines trascendentales de la ajustada institución (Cuesta-Santos 2018). Únicamente las organizaciones que poseen una estrategia de recursos humanos y unos fines afinadamente determinados logran un efectivo establecimiento del régimen (Romero et al, 2013; Guzmán, 2016; Núñez et al, 2019).

Es importante señalar que, este aspecto referido anteriormente, no se trata del manejo de un programa informático para tramitar los asuntos relacionados con los recursos humanos, sino que es algo de un calado muy preferente, que conmueve a la organización de forma colateral y que discurre al individuo como el centro de todas las políticas organizacionales hacia la obtención de los objetivos planteados (Marín y Berrocal, 2018; Zavala-Villalón y Frías, 2018). Empero, todos estos aspectos son actualmente afectados por la pandemia del coronavirus 2019 o COVID19, por lo cual es necesario revisar y realizar propuestas referidas a superar los estragos que origina la misma en la gestión integral de recursos humanos.

La enfermedad producida por el virus SARS-Cov-2 (2019-nCov) reconocida como el coronavirus 2019 o COVID19, genera un estado de insuficiencia respiratoria aguda severa, el cual, debido a su difícil control epidemiológico por su rápida transmisión, ha facilitado un aumento exponencial de los casos a nivel mundial, obligando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar situación de emergencia sanitaria el 31 de enero de 2020 y oficializar como pandemia el 11 de marzo del mismo año (OMS, 2020; Ribeiro, 2020).

Esta pandemia se perfila como un grave problema de salud, a la fecha, 10 de agosto del 2020, de acuerdo a reportes on line de la OMS, se reporta a nivel mundial más de 21 millones de casos con más de 766 mil fallecimientos (World Health Organization, 2020). Este virus produce una clínica similar a otros síndromes respiratorios, con síntomas como fiebre, tos seca, cansancio, algunos reportan pérdida de los sentidos

de olfato y gusto, dolor de garganta, y en menor frecuencia, producción de esputo, dolor de cabeza, hemoptisis y diarrea. Los casos graves, pueden presentar disnea, hemorragia pulmonar, linfopenia y fallo renal; y se estiman alrededor de 5 días como tiempo promedio para la aparición de los síntomas de dificultad respiratoria y 8 días para requerir hospitalización en cuidados intensivos (Ribeiro, 2020).

En Perú, el primer caso fue reportado el 6 de marzo, y el informe del tres de abril del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Nacionales (COEN) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), reportó para dicha fecha 1.414 casos con 55 muertes que, para inicio del mes de agosto de 2020 asciende a 483.133 casos con 21.276, mostrando una letalidad del 4,40%.

El MINSA tras la aparición del primer caso, comienza a registrar el incremento de pacientes infectados en diversas regiones del país, los cuales van siendo tratados y monitoreados, de acuerdo a las normas establecidas en el documento técnico para la atención y manejo clínico de los casos COVID19 transmisión focalizada aprobado en la resolución ministerial 084-2020/MINSA (COEN 2020).

Por otra parte, a nivel mundial y en Perú, los sistemas de salud se están viendo afectados por la demanda generada en los servicios de hospitalización sobre todo a nivel de las unidades de cuidados intensivos (UCIs) por el requerimiento de la ventilación mecánica. De acuerdo con el informe al 9 de agosto de 2020 del MINSA a nivel nacional se reportan a la fecha 13.808 hospitalizaciones, de las cuales 1.484 están con ventilación mecánica (MINSA, 2020), esto sumado a las necesidades tradicionales de hospitalización por causas como enfermedades cardiovasculares, renales, cáncer, entre otros.

En este sentido, el Estado peruano decretó a partir del 15 de marzo de 2020, Estado de Emergencia Nacional, que han venido siendo prorrogados y que actualmente sus niveles de acción son discriminados por región, según los niveles de incidencia, en zonas sin cuarentena, cuarentena focalizada y cuarentena regional (MINSA, 2020). El Estado de emergencia refiere a la disposición de medidas excepcionales como el establecimiento del aislamiento social o cuarentena, entre otras medidas, con la idea de lograr la disminución del número de casos y proteger a la población.

En el Decreto Supremo N°044-2020-PCM, se establece que en territorio nacional cualquier entidad que ofrezca algún tipo de servicio de salud, están bajo la dirección

del MINSA, tienen la obligación de proteger a las personas, bienes y lugares, se les pueden imponer servicios extraordinarios, y su dirección puede distribuir en el territorio nacional, los medios técnicos y personales, según las necesidades que se requieran durante la emergencia sanitaria.

En cumplimiento y a través de la Plataforma de Reclutamiento Nacional de Recursos Humanos en Salud por COVID-19/Servicio de COVID Especial (SERVICER), Oficinas de recursos humanos (ORHUS) adscrita al MINSA y los Gobiernos Regionales, se ha realizado dotación de equipos multidisciplinarios a diversas unidades ejecutoras según sus requerimientos. Sin embargo, esto no es suficiente, por lo que este estudio presenta una propuesta de plan de intervención integral en la gestión de recursos humanos en salud a los Gobiernos Regionales para la contención del COVID-19.

Gestión de recursos humanos

Para una organización sus empleados es un capital activo, que le ofrece la inteligencia a la empresa, así pues, el recurso humano le provee sus competencias, para lograr el cumplimiento de las metas (Suller, 2019). En las organizaciones es vital que sus empleados desarrollen compromiso de fidelidad y trabajo con lo que representan para la misma y aquí surge la importancia del departamento de recursos humanos, de donde se impulsan las políticas y estrategias sobre el manejo del personal, para lograr los propósitos.

De acuerdo con Vesga-Rodríguez (2020), actualmente se hace difícil lograr el compromiso entre dos modos distintos de efectuar la gestión del personal, entre las que afectan directamente al colectivo o gremio y las relaciones de trabajo dominadas por la individualización.

El proceso de individualización comienza cuando por mejorar la economía del individuo, este se perfila en relaciones de empleo tipo tiempos parciales, contratos temporales, contratos a través de empresas intermediarias, prestación de servicios profesionales, entre otros. Esto surge a la par que las organizaciones consideran aspectos de flexibilidad laboral, en el que además de aceptar este tipo de servicios, adoptan tipos de gestión dirigida a lograr rápida adaptación para responder a cualquier condición cambiante del mercado, así involucre aspectos flexibles en el ámbito de la contratación o despidos del personal (Vesga-Rodríguez, 2020).

En este contexto, la administración del personal de una organización se ha individualizado, a consecuencia de la práctica de flexibilidad laboral, la cual a su vez permite a la organización adaptarse, recuperarse a las situaciones cambiantes, realizando los cambios de un modo rápido y adecuado a las circunstancias (Osorio, 2016). Esto, porque las organizaciones están conformadas por individuos que la construyen con la intención de satisfacer necesidades, y estas al ser cambiantes determinan la necesidad de la reconstrucción, reestructuración y rediseño (Suller, 2019).

Tomando en cuenta lo planteado, en el ámbito de la salud, sin embargo, de las autoridades sanitarias estatales se espera desarrollen estrategias dirigidas a la capacitación continua del personal profesional en salud, en identificar las necesidades, así como disponer de incentivos de cualquier orden, buscando la motivación del personal, vía formación del compromiso para con las instituciones de salud (Espinosa et al, 2017).

La OMS señala, en relación a los aspectos a tenerse en cuenta en la gestión del recurso humano, que, es imprescindible una remuneración ajustada al trabajo y esfuerzo, pues afecta directamente sobre la calidad de los servicios en salud prestados, así como también hace referencia a que la motivación asociada a la remuneración es más efectiva cuando esta incluye beneficios de cualquier índole (OMS, 2006).

En el área de la salud, en los últimos años dentro del marco de atención primaria en salud (APS) y los modelos de atención integral de salud (MAIS), se determinó la necesidad de modificar no solo los niveles de atención sino el perfil de los profesionales de la salud que forman parte de los servicios de salud. Esto facilitó el reconocimiento de las carencias y la identificación de los perfiles requeridos. Visión necesaria para estimar con exactitud las necesidades de contratación, capacitación de los profesionales, niveles de demanda de servicios e infraestructura, en relación a las condiciones epidemiológicas que se presenten (Espinosa et al, 2017).

Metodología

Este estudio se planteó de tipo descriptivo con diseño proyectivo. La investigación proyectiva se encarga de cómo convendrían ser los sucesos, para lograr unos

objetivos y marchar debidamente (Hurtado, 2010). Por ello, se realiza con la finalidad de llevar a los gobiernos regionales una propuesta de intervención integral en la gestión del personal de salud para la contención de la epidemia del COVID-19, con marco legal en la declaratoria de estado de emergencia sanitaria por parte del Estado.

Estudio con diseño de campo, en base a la búsqueda de información pertinente a la situación que se presenta en las diversas regiones del país como respuesta de atención en salud frente a la pandemia en relación a la cantidad de centros de salud, profesionales y equipos con que se cuenta para dar respuesta a las comunidades durante la epidemia del COVID-19, con visitas regulares a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), en las que se revisaron informes (MINSA, 2020) y entrevistas a funcionarios supervisores, durante el mes de abril de 2020.

Resultados

En las visitas de asistencia técnica realizada a los Gobiernos Regionales, se identificó dificultades para la implementación de normas y lineamientos concernientes a la gestión de recursos humanos en el marco del COVID-19, ocasionadas por interpretaciones incorrectas, así como deficiencias en la gestión presupuestal para llevar a cabo el pago de bonos, contratación de personal, dotación de recursos para mejorar condiciones laborales entre otros.

En términos generales, de acuerdo a los informes en diversas regiones, se solicita capacitación a las empresas funerarias en manejo y traslado de cadáveres, así como dotación de equipos de protección personal (EPP) para garantizar la bioseguridad y acciones para limitar riesgo de contaminación ambiental por el manejo de material de descarte y residuos sólidos, junto a la desinfección en procura de la salud de los trabajadores en el área de la salud. De hecho, en la localidad del Callao, se reportan 53 profesionales del área de la salud positivos al COVID-19, entre médicos, enfermeras, técnicos en salud, e incluso un chofer, si bien no se tiene certeza de la vía de transmisión en todos los casos, parte del problema es la falta de Equipo de Protección Personal (EPP).

En otras localidades según el nivel de demanda se requiere la formación de equipos

humanitarios para la movilización de los fallecidos en las casas y coordinación con el crematorio con apoyo de Las Fuerzas Armadas (FF. AA.) y Policía Nacional del Perú (PNP) y contratación de profesionales de la salud tanto para atender casos COVID-19 como para realizar diagnóstico, bajo la modalidad CAS (Contrato administrativo de servicio). Por ejemplo, en el informe del Departamento de Lambayeque, se señala expresamente que no hay personal médico para atención a pacientes COVID, ni personal de laboratorio con turno de 24 horas, así, como en Loreto que se especifica la falta de personal médico, enfermero y técnico.

En la mayoría de las regiones no hay aceptación de pacientes sintomáticos con sospecha de COVID, bien sea porque no hay salas de observación o camas para su aislamiento.

Por otra parte, de un total de 215.036 profesionales de salud adscritos al MINSA y Gobiernos regionales, se observó ausencia del 13,33% (25.550) debido al confinamiento dispuesto para el personal de salud en el grupo de riesgo como edad por encima de los 60 años y que padezcan factores de riesgo. Asimismo, en algunas regiones del país, se observó déficit de equipos multidisciplinarios para la atención de casos COVID-19, de acuerdo a la cobertura que requieren las necesidades actuales frente a la emergencia sanitaria.

En varios departamentos no se disponen de laboratorios acreditados, ni se han designado los hospitales para la atención al COVID o no han sido debidamente equipados, en esas regiones envían por vía aérea o terrestre las muestras a la ciudad de Lima, ocasionando un retraso de los resultados entre 48 horas y 10 días. Las tablas 1, 2 y 3 muestran la situación que se presenta en mayoría de las regiones, con respecto al número de hospitales y laboratorios habilitados al mes de abril del 2020, para hacer frente a la pandemia, señalando números de camas a la fecha en hospitalización y atención en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con el número total de ventiladores mecánicos. Asimismo, en los informes revisados, se señalan números desde 5 a 100 en espera de camas o ventiladores bien sea por compra, reparación, prestados de centros de hospitalización privados o donados.

En relación al diagnóstico del coronavirus COVID-19, el total de casos confirmados acumulados al mes de abril a nivel nacional fue de 40.459 y en el mes de agosto ascendió a 483.133 casos, incrementando en más de un mil por ciento. Por región estos incrementos variaron desde 667% en el Callao a 5523 % en Amazonas (Tabla

4).

Tabla 1. *Distribución por regiones de hospitales o centros de salud y laboratorios habilitados para recibir, diagnosticar y tratar a pacientes COVID-19 con relación al total de camas disponibles y servicio de ventilación mecánica.*

DEPARTAMENTO	LABORATORIO CERTIFICADO Y HABILITADO PARA DIAGNÓSTICO COVID	HOSPITALES PARA ATENCIÓN COVID	CAMAS / VENTILADORES MECÁNICOS/ OTROS
Ancash	No	-Víctor Ramón Guardia -Eleazar Guzmán Barrón -III ESSalud Chimbote	106 camas, 8 de UCI/ 25 VM, en espera de 20 VM y 20 ambulancias. (sala de observación solo en ESSalud con 14 camas)
Apurímac	No	-Guillermo Díaz de la Vega, - Sub reg. Andahuaylas, -ESSalud de Abancay, -Santa Margarita, -Privado Diospy Suyana	101/ 29 UCI/ 27VM (sala de observación - 9 cama)
Arequipa	1	-Honorio Delgado -Red Asistencial ESSalud	648, 30 de UCI, sala observación 200 camas y se habilitó Centro de convenciones cerro Juli/ 16 VM
Ayacucho	1	-Regional de Ayacucho -Puquio -Red Asistencial ESSalud	20, 12 de UCI / 12VM (no hay sala de observación)
El Callao	No	-D. A. Carrión, -San José, -Ventanilla, -ESSalud Sabogal -ESSalud L.N. Vega -ESSalus A.L.Barton Thompson	547, 119 UCI / 100 VM (sala de observación - 316 camas)
Cusco	1-recibe además los casos de Puno, Apurímac y Madre de Dios	-Reg. del Cusco -Antonio Lorena -ESSalud, -Centro Accamana, -Santa Ana -Espinar, -Chumbivilcas -Sicuani	75, 12 UCI/ 12VM (sala de observación - 17 camas)

Tabla 2. *Distribución por regiones de hospitales o centros de salud y laboratorios habilitados para recibir, diagnosticar y tratar a pacientes COVID-19 con relación al total de camas disponibles y servicio de ventilación mecánica (Continuación tabla 1).*

DEPARTAMENTO	LABORATORIO CERTIFICADO Y HABILITADO PARA DIAGNÓSTICO COVID	HOSPITALES PARA ATENCIÓN COVID	CAMAS / VENTILADORES MECÁNICOS/ OTROS
Huánuco	1	-Contingencia Hermilio Valdizán -Tingo María	33, 21UCI / 21 VM (no hay sala de observación)
Ica	No	-Regional de Ica -San José Chíncha -Félix Torrealva	99, 19 UCI/ 19VM (sala de observación- 18 camas)
Junín	No	-Reg. docente Materno infantil EL Carmen -El Tambo, -Reg. Docente Clínico D.A: Carrión, - Domingo Olavegoya, -Manuel Higa Arakaki, -Felix Mayorca, -San Martín Pangoa, + 6	130, 41UCI/ 53 VM (no información)
La Libertad	1 abastecido por INS de Lima	-Regional docente – ESSalud, - Clínicas privadas - Colegio Militar Ramón Castilla - Campamento Chavimochic	200, 47 UCI/45 VM (no información)
Lambayeque	1	1 Reg. Luis Heysen 2 Hosp de ESSalud	292, no UCI / 35VM
Loreto	1	-Regional de Loreto	350, no UCI/ 14 VM
Madre de Dios	No	-Santa Rosa de Puerto Maldonado	5, 2 UCI / 2VM (sala de observación - 14 camas)
Moquegua	No	-Reg. Moquegua -ESSalud Moquegua -ESSalud Ilo -MINSA Ilo	9, 4 UCI/3 VM (sala de observación - 0 camas)

Tabla 3. *Distribución por regiones de Hospitales o centros de salud y laboratorios habilitados para recibir, diagnosticar y tratar a pacientes COVID-19 con relación al total de camas disponibles y servicio de ventilación mecánica (Continuación tabla 2).*

DEPARTAMENTO	LABORATORIO CERTIFICADO Y HABILITADO PARA DIAGNÓSTICO COVID	HOSPITALES PARA ATENCIÓN COVID	CAMAS / VENTILADORES MECÁNICOS/ OTROS
Pasco	4	-Contingencia Hermilio Valdizán -Tingo María	53, 2 UCI/18 VM (sala de observación- 18 camas)
Piura	1	-Regional de Ica -San José Chíncha -Félix Torrealva	333, 34 UCI/ 43 VM (sala de observación- 33 camas)
Puno	No	-Reg. docente Materno infantil EL Carmen -El Tambo, -Reg. Docente Clínico D.A: Carrión, - Domingo Olavegoya, -Manuel Higa Arakaki, -Felix Mayorca, -San Martín Pangoa, + 6	22, 8UCI/ 9VM (sala de observación- 1 camas)
San Martín	1	-Regional docente – ESSalud, - Clínicas privadas - Colegio Militar Ramón Castilla - Campamento Chavimochic	58, 13 UCI/ 15 VM (sala de observación- 8 camas) No tienen crematorio
Tacna	No	1 Reg. Luis Heysen 2 Hosp de ESSalud	48, 24 UCI /27 VM (sala de observación- 23 camas)
Tumbes	1	-Regional de Loreto	6, 10 UCI /16 VM (sala de observación- 16 camas)
Ucayali	No	-Santa Rosa de Puerto Maldonado	44, 3 UCI/ 7 VM (sala de observación- 0 camas)

Tabla 4. *Casos acumulados de COVID-19 contabilizado al 30 del mes de abril y al 9 de agosto 2020.*

DEPARTAMENTOS	CASOS CONFIRMADOS AL MES DE ABRIL	CASOS CONFIRMADOS AL MES DE AGOSTO	INCREMENTO PORCENTUAL %
Amazonas	129	7125	5523,3
Ancash	822	14068	1711,4
Apurímac	83	1333	1606,0
Arequipa	624	19883	3186,4
Ayacucho	104	5033	4839,4
Cajamarca	201	8616	4286,6
Callao	3458	23090	667,7
Cusco	221	6879	3112,7
Huancavelica	109	2436	2234,9
Huánuco	206	8190	3975,7
Ica	580	14906	2570,0
Junín	436	9723	2230,0
La Libertad	720	17669	2454,0
Lambayeque	2360	18875	799,8
Lima	25718	244520	950,8
Loreto	1355	12466	920,0
Madre de Dios	116	4078	3515,5
Moquegua	123	4745	3857,7
Pasco	122	2628	2154,1

DEPARTAMENTOS	CASOS CONFIRMADOS AL MES DE ABRIL	CASOS CONFIRMADOS AL MES DE AGOSTO	INCREMENTO PORCENTUAL %
Piura	1396	22736	1628,7
Puno	116	3795	3271,6
San Martín	248	10215	4119,0
Tacna	126	4420	3508,0
Tumbes	326	4711	1445,1
Ucayali	760	10993	1446,4
Total	40459	483133	1194,1

Discusión

La pandemia del COVID-19 en Perú al igual que en otras partes del mundo, ha creado un estado de emergencia que llevó al colapso a los sistemas de salud. Debido al incremento de personas infectadas y enfermas con el COVID 19, los centros de salud independientemente del tamaño, generan focos de tensión a nivel de todos los servicios, no solo por los pacientes COVID, están además los pacientes con sintomatologías similares los cuales requieren diagnóstico diferencial con otras etiologías y aquellos que acuden por otras enfermedades. Las unidades de triaje, consultorios, emergencias y hospitalización, presentan congestión. Esta es una situación de alta complejidad ya que deben mantenerse las normas de prevención como el aislamiento social con una separación al menos de 1,5 mts entre las personas, y además garantizar que todas estas estén portando el tapabocas. Sin olvidar que el personal de salud, al estar en primera línea siempre debe contar y cumplir con el EPP, que además del tapaboca incluye portar uniformes desechables, gorro, careta y guantes.

En el caso de Perú, se observó, al inicio que con lo que se disponía a nivel hospitalario se salía adelante y de acuerdo a las proyecciones se empezaron a tomar previsiones, como la habilitación de infraestructuras, áreas anexas de hospitales y campamentos

temporales, como hospitales de contingencia, así como también a solicitarse compra de camas y equipos.

Al comenzar a implementarse estas extensiones en el servicio, se pone entonces en evidencia la falta de personal y bioseguridad. Por otra parte, las carencias en EPP que, a la fecha representan un alto nivel de riesgo, por el cual un número considerable de profesionales de la salud se ha contagiado. Según el Colegio de Médicos del Perú (2020) en el mes de julio había 2.847 médicos infectados, con 76 en cuidados intensivos y 103 fallecimientos, es una situación que incrementa más aun el déficit de personal.

El sistema de salud en Perú siempre ha sido deficitario, por escases de recurso humano, infraestructuras y equipos, pero esta situación de contingencia, a pesar de iniciarse tres meses después de los primeros casos en Asia y Europa, no permitió prepararse a tiempo, ni con los requerimientos básicos de prevención mencionados, los cuales son requeridos por toda la población (García et al, 2015; De La Cruz-Vargas, 2020).

El profesional de salud al estar en frente y tener mayor riesgo de infección, además sufren de síndromes de agotamiento físico y mental por todas las circunstancias a la que se ven expuestos; y por otro lado, como consecuencias de esta pandemia, está el decreto de estado de emergencia con el aislamiento social obligatorio, con el cual, si miles de personas quedan en casa protegidos del contagio, los profesionales de salud seguirán laborando, incluso por mayor número de horas (De La Cruz-Vargas, 2020); condiciones de estrés, que pueden afectar su sistema de inmunidad haciéndolos más propensos a enfermarse.

Este aumento exponencial de casos afecta al sistema sanitario del Perú, exponiendo sus carencias, observándose descoordinación, irregularidades en procedimientos, desorganización, falta de una adecuada gestión. Que de acuerdo con Otazu (2019) a pesar de que la administración pública se rige por los procesos de planificación, organización, dirección y control, el sistema es ineficaz, dejando al descubierto una mala gerencia en salud. La gestión debe medirse por sus resultados, que en el caso de salud va de la mano con una prestación de un servicio eficiente y de calidad, donde el recurso humano debe manejarse proactivamente.

La situación que hoy en día se presenta, la señaló Velásquez, Suarez y Nepo-Linares (2016), el Estado peruano no ha invertido en salud, observándose, servicios públicos

de salud donde se llevan a cabo gestión ineficiente, por déficits en recursos humanos, infraestructuras y equipo. De aquí la propuesta de un plan de intervención integral en la gestión de personal de salud.

Propuesta

Plan de intervención integral en la gestión de personal de salud a los Gobiernos Regionales para la contención del COVID-19

Algunas regiones del país requieren ser atendidas a través de estrategias que garanticen los recursos humanos con las competencias necesarias, para elevar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, a través del aumento de la capacidad de respuesta ante las diversas situaciones de demanda. Asimismo, que el profesional de la salud cuente con las condiciones de bioseguridad y salud en los diferentes niveles de atención frente a la epidemia por el COVID-19.

Objetivo general

Brindar acompañamiento técnico en materia de personal de la salud a los Gobiernos Regionales, Lima Metropolitana y unidades ejecutoras que contribuyan al aumento de la capacidad de respuesta frente a la epidemia por el COVID-19.

Objetivos específicos

Brindar asistencia técnica en los procesos de dotación del personal de la salud frente a la epidemia por el COVID-19.

Brindar asistencia técnica en los procesos de condiciones de trabajo, salud y seguridad del personal de la salud frente a la epidemia por el COVID-19.

Brindar asistencia técnica en los procesos de desarrollo de capacidades del personal de la salud frente a la epidemia por el COVID-19.

Brindar asistencia técnica en los procesos de gestión administrativa del personal de la salud frente a la epidemia por el COVID-19.

Ámbito de aplicación y vigencia

El plan de intervención se aplica a nivel de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), Gerencias Regionales de Salud (GERESAS) y las direcciones de Redes Integrales de Salud (DIRIS) en la ciudad de Lima, Lima metropolitana y demás departamentos. Con vigencia entre julio y diciembre de 2020.

Se implementa con base legal a lo dispuesto por el estado para atención en salud en leyes, decretos supremos y resoluciones ministeriales, referenciados en las Tablas 5 y 6.

Tabla 5. *Disposiciones legales del estado peruano frente a la pandemia del COVID -19.*

TIPO DE LEY/ REGLAMENTO N°	TÍTULO REGLAMENTO
26842	Ley sobre generalidades es salud y sus modificatorias
27658	Modernización de la gestión y sus modificatorias.
29414	Establece derechos de usuarios (as) de los servicios de salud
29783	Sobre seguridad, salud y trabajo, modificatoria y reglamento.
30885	Establece conformación y funciones de las Redes Integradas en Salud (RIS).
Decreto legislativo 1512	Medidas de carácter excepcional para disposición de recursos humanos en la atención a la pandemia de covid-19
Decretos Supremo N° X 2020-SA	
020-2014-SA	Aprobatorio Texto Único Ley N°29344, Aseguramiento Universal en Salud.
044, 008	Estado de Emergencia Nacional y emergencia sanitaria (ES) que inicia por 90 días.
010	Actividades, y estatus de los bienes y servicios requeridos durante la ES
025	urgentes y excepcionales para reforzar sistemas de Vigilancia y Respuesta. .. por las consecuencias del brote COVID-19, medidas de prevención, control y afrontamiento de la emergencia sanitaria en el territorio nacional
Decretos de Urgencia N° X-2020	
026, 028-MINSA	Medidas Excepcionales, temporales y extraordinarias para disminuir y evitar la propagación de la infección y adquisición de pruebas de diagnóstico.
033	Acciones para disminuir el efecto sobre la economía, debida al ES.

TIPO DE LEY/ REGLAMENTO N°	TÍTULO REGLAMENTO
032	Medidas Extraordinarias para garantizar oportuna respuesta sanitaria.
037, 039	Actividades complementarias en el marco de la ES por la prevención y control, del COVID 19.
Resolución Ministerial N°-X-AÑO/MINSA	
095-2020	Acciones de reforzamiento de los servicios de salud en la lucha contra el COVID 19
084-2020	Sobre el manejo de Casos COVID-19 a nivel hospitalario

Tabla 6. Disposiciones legales del estado peruano frente a la pandemia del COVID -19 (Continuación tabla 5).

TIPO DE LEY/ REGLAMENTO N°	TÍTULO REGLAMENTO
040, 039-2020	Guía de atención de personas infectadas o sospechosas por 2019-nCoV, junto a las acciones de preparación y respuesta al riesgo de transmisión
050/055-2020-TR	Guía sobre acciones en el ambiente laboral para la prevención del 2019-nCoV.
083-2020-PCM	Comité multisectorial que dirijan labores de coordinación y articulación para prevenir, proteger y controlar la infección del 2019 nCoV
096-2020	Autoriza transferencia de fondos para la contratación de servicios de salud necesarios para garantizar la continuidad.
100, 102-2020-CE-PJ	Aprobatoria de la Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, a nivel nacional sobre el manejo de cadáveres por COVID-19 y suspensión de ceremonias, reuniones, congresos, seminarios y otros similares.
144-2020	Protocolo orientado a la organización, recepción y distribución del traslado de pacientes sintomáticos de COVID – 19.
N° 146-2020-REGION - A-DIRES/ DGDRH.	Comité de Preparación y Respuesta de la DIRESA con los riesgos de Introducción COVID-19, dependiente de la DIRESA de Ancash.
N°1143-2019	Directiva Administrativa en la formulación, seguimiento y evaluación de la administración central, de entidades públicas asociadas al MINSA.
N°366-2017	Aprobatoria de normativa política en las acciones de promoción de salud.
N°506, 545-2012	Aprueban Directivas Sanitarias N° 0.46, 047-MINSA/ DGE-V-01: Comunicación oportuna de los brotes, epidemias, enfermedades sujetas y eventos de vigilancia epidemiológica y que afecten la salud pública

TIPO DE LEY/ REGLAMENTO N°	TÍTULO REGLAMENTO
N°108-2012	Aprueba Directiva Sanitaria N° 045-MINSA/ DGE-V.01: Vigilancia Epidemiológica de Influenza, y demás virosis de índole respiratorio e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)
N°751-2004	Lineamientos de referencia y contra-referencia de los establecimientos de salud adscritos al MINSA.

Definición operacional

Asistencia Técnica (AT): proceso de enseñanza aprendizaje ligado a un aspecto específico u operativo del desempeño laboral y puede incluir el intercambio colaborativo multidireccional para la resolución de problemas técnico-operativos o el uso de distintas herramientas-de planificación, priorización, gestión, control. En conjunto con la asesoría con el uso del entorno virtual.

Especialista en medicina: médico cirujano que ha culminado su formación de segunda especialidad en la modalidad de residencia, en un área específica de la medicina humana; en una sede docente acreditada, establecida por el Sistema Nacional de Residencia Médica.

Plan regional de intervención en gestión de recursos humanos en salud ante el COVID 19: documento que orienta y organiza las actividades relacionadas al componente de adquisición del recurso humano, condiciones de trabajo, seguridad y salud, fortalecimiento de capacidades y gestión administrativa de la gestión del recurso humano en salud para la contención del COVID 19, con responsabilidad en cada instancia regional de salud en la Dirección General del personal de salud (DIGEP-MINSA).

Servicio COVID especial (SERVICER): figura de contratación para profesionales en salud peruanos y extranjeros en régimen especial. Autorizado mediante el Decreto legislativo N° 1057 del régimen especial CAS y de acuerdo con el Decreto de Urgencia 037-2020, con vigencia durante la emergencia sanitaria. Al término del contrato se emite constancia por el tiempo trabajado y será tomado en cuenta por el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) de acuerdo con ley N° 23330.

Plan de Intervención

Fases de reunión técnica no presencial (virtual):

En esta etapa se coordinará con el representante del Gobierno Regional (Tabla 7), y se sugiere los siguientes actores, institucionales, dependiendo de la problemática identificada: Director Regional de Salud, Director de la Oficina de Planificación y Presupuesto de la DIRESA, Director de Atención Integral o la que haga sus veces de la DIRESA, Director de la Oficina de Recursos Humanos de la DIRESA, Responsable de la Unidad de Capacitación o la que haga sus veces de la DIRESA, Director de Hospitales del ámbito de la DIRESA y Director de Redes de Salud.

DIRESA designa a la persona de enlace para facilitar las coordinaciones y como producto se establecen acuerdos y compromisos políticos previos a la asistencia técnica, enfatizando las prioridades de los componentes del Plan de Intervención, el financiamiento y la designación del enlace regional.

Asimismo, en segunda reunión el equipo técnico de la GERESA/DIRESA/DIRIS, socializa los nudos identificados, de acuerdo a la información solicitada, para su análisis y toma de decisiones. Actividad que generará como producto: la elaboración de una propuesta preliminar de intervención por componentes del Plan para la superación de los nudos críticos transformada en una programación de los objetivos, para cumplir con el presupuesto e indicadores junto a los responsables de su ejecución y a cargo del equipo técnico de la DIRESA/GERESA/DIRIS, se establecen los acuerdos, compromisos y se define fecha para la asistencia técnica presencial requerida.

Tabla 7. *Fases de reunión técnica no presencial (virtual).*

ACTIVIDADES	TAREAS	PRODUCTO
Identificación y priorización de la problemática Realizar el levantamiento de problemáticas específicas por región respecto a la “Gestión del recurso humano en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”, con base a los criterios de disponibilidad, condiciones de trabajo y desarrollo de capacidades.	Revisar las alertas de problemas vinculados a la gestión de recursos humanos en el marco del COVID-19, levantada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Realizar reuniones virtuales con los funcionarios, directivos y equipos técnicos de los Gobiernos Regionales y Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, para indagar su problemática vinculada a la gestión de recursos humanos en el marco del COVID-19.	Establecer acuerdos y compromisos políticos previos a la AT, enfatizando las prioridades de los componentes del Plan de Intervención, el financiamiento y la designación del enlace regional

ACTIVIDADES	TAREAS	PRODUCTO
Formular el plan de intervención por región, considerando los componentes	Consolidación de los aportes por componentes por parte de los equipos regionales.	Plan Regional de Intervención
Planificar la AT virtual o presencial en “Gestión del recurso humano en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”, a los Gobiernos Regionales y a las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana.	Programar y realizar asistencias técnicas por Macro regiones y Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana. Elaborar reporte de las acciones de asistencia técnica implementadas en las Macro regiones y Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana.	Informe de asistencias técnicas

Organización y gestión para la asistencia técnica

Las coordinaciones internas y externas de los equipos conformados por la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades del Personal de la Salud (DIFOR)-DIGEP-MINSA, con los equipos de las GERESAS-DIRESAS-DIRIS (Tabla 8),

designan responsables por región y equipo técnico macro regional,

organizan y convocan la asistencia técnica presencial, enfatizando la participación del equipo de gestión y actores involucrados claves para el abordaje y toma de decisiones oportunas; y de acuerdo a los nudos críticos identificados, se convocan a representantes de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH), Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM), Servicios de Salud a Distancia TELESALUD, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), entre otros.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se organiza el trabajo definiendo 4 macro regiones: Norte, con los departamentos de Piura, La Libertad, Tumbes, Cajamarca, Lambayeque; Sur, Arequipa, Tacna, Moquegua, Cuzco, Puno y Apurímac; Centro, Ayacucho, Huancavelica, Junín, Huánuco, Ica, Ancash, Pasco; Oriente, San Martín, Ucayali, Loreto y Madre de Dios; y un grupo más que incluye Callao y Lima Metropolitana.

Tabla 8. *Organización y gestión para la asistencia técnica.*

ACTIVIDADES	TAREAS	PRODUCTO
Identificar necesidad de personal de salud notificadas por los Gobiernos Regionales o Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana	Revisar las alertas de problemas vinculados a la gestión de RRHH en el marco del 2019 nCoV, levantada por el MEF. Realizar reuniones virtuales con los funcionarios, directivos y equipos técnicos de los Gobiernos Regionales y Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana (UELME), para indagar la necesidad de estimación del RRHH en salud en el marco del COVID-19 (requerimiento, disponibilidad y estimación de Personal que se encuentra efectivamente trabajando).	Requerimiento de Personal de Salud en el marco del COVID-19
Establecer los procesos para el reclutamiento de RRHH a nivel nacional y regional conforme a lo señalado.	Estimación de necesidades de recursos humanos. Elaboración de las bases para contratación (perfiles, condiciones de trabajo). Realización de la convocatoria, selección y contrato. Elaboración del Programa de Inducción (General y específica). Incorporación al ámbito de trabajo. Programación de traslado a los nuevos contratados. Organización y entrega de los EPP. Coordinar la adecuada recepción al personal que se incorporará a los espacios laborales. Orientación continua del personal de salud en caso de requerirlo.	Informe sobre la cantidad de personal dotado
Seguimiento de condiciones de empleo y trabajo del profesional en salud, incorporado en las UELME o Gobiernos Regionales	Coordinar la realización de prueba de descarte de COVID-19 y la dotación de EPPS Elaborar el instrumento de verificación de las condiciones de trabajo (EPP, pagos, remuneración, bono, vigilancia del personal) para el personal de la salud.	Informe de seguimiento del personal dotado. Aplicar el instrumento de verificación de trabajo en forma mensual

ACTIVIDADES	TAREAS	PRODUCTO
Elaborar e implementar un programa de capacitación regional “Gestión del recurso humano en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”, (Modelo de Telesalud)	AT levantamiento de necesidades de capacitación a nivel regional rápida en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”. Coordinaciones con la autoridad sanitaria regional y equipo para priorizar el programa de Capacitación Regional. Elaboración y ejecución del Programa de Capacitación en Gestión del recurso humano en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19” (Modelo de Telesalud) dirigido a los gestores de DIRESA y RHUS Capacitaciones a los 15 y 30 días de los recientemente ingresados tanto en el aspecto laboral y asistencial. AT evaluación de la capacitación el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”	Programa de capacitación. Informe de la capacitación
Gestionar los procesos de gestión de personal de la salud vinculado a los aspectos financiero, sistema de información, normativo y de salud y seguridad del trabajador (SST).	AT en el flujo administrativo financiero/presupuestal en materia de gestión de personal de la salud AT en el flujo de sistema de información en materia de gestión de personal de la salud AT en el flujo administrativo de condiciones de SST AT en el flujo de implementación de las normas emitidas en el marco de COVID en materia de gestión de personal de la salud	Flujogramas de procesos y monitoreo.

De la gestión administrativa y elaboración del Programa Regional de AT se tendrá como producto un equipo técnico para ejecutar la asistencia técnica en el marco del Plan de Intervención Regional. Posteriormente se ejecuta el plan de intervención por asistencia técnica, estableciéndose indicadores de acuerdo a los objetivos planteados, así para el primer objetivo, que está dirigido a la asistencia técnica en el reclutamiento del personal de salud, el indicador es % de personal priorizado por área crítica de servicios COVID y respuesta oportuna (APS); el segundo objetivo, Brindar asistencia técnica en los procesos de condiciones de trabajo, salud y seguridad del personal de la salud frente a la epidemia por el COVID-19, con indicadores como % de personal de la salud con EPP y seguro complementarios de riesgo en servicios COVID, % de personal de la salud con contrato CAS y % de personal de la salud con remuneración y entregas económicas oportuna según modalidad; para el tercer objetivo sobre la asistencia técnica en los procesos de capacitación del personal de la

salud, con indicador, el % de personal de la salud capacitado y el último objetivo, asistencia técnica en los procesos de gestión administrativa del recurso humano. con indicadores como % de procesos administrativos en materia presupuestal, sistema de información, condiciones de salud y seguridad estandarizados de acuerdo con la norma vigente y en ejecución.

El proceso de monitoreo y evaluación de la implementación del plan de AT a nivel regional, se desarrollará de modo trimestral, y cada uno de los indicadores definidos en la programación serán valorados a través de la escala ordinal: Implementación muy adecuada: se ha implementado más del 81% de las acciones-tareas programadas para el período (trimestre); implementación adecuada: se ha implementado entre el 70 y 80 % de las acciones o tareas programadas para el período; implementación poco adecuada: se implementó entre el 50 y el 69% de las acciones; y se implementó de forma inadecuada, cuando los porcentajes obtenidos se encuentren por debajo del 50 % de las tareas programadas para el período.

Conclusiones

Ante la pandemia del COVID-19 se creó un estado de emergencia sanitaria que produjo en los sistemas de salud un colapso, dejando expuesto los déficits de recurso humano especializado, infraestructura y equipamiento, debido a la alta demanda de servicios. En los sistemas de salud con poca o nula rotación, inicialmente se abre una brecha entre el personal de salud capacitado sano, de aquellos con comorbilidades, que les aumenta el riesgo de contagio, por lo que son retirados. La necesidad de personal se incrementa, además, debido al aumento exponencial de casos, que obliga a la apertura de hospitales de contingencia, que implica un mayor número de camas en hospitalización y en unidad de cuidados intensivos. Sin omitir la problemática generada por la falta de equipamiento personal de protección (EPP) adecuado que ha ocasionado a la fecha el fallecimiento de casi tres mil profesionales de salud.

Se presenta una propuesta de intervención en la gestión en salud, dirigida a las direcciones regionales, vista como una asistencia técnica de apoyo para la identificación de los nudos críticos, partiendo de la base legal dispuesta en salud antes del COVID-19 y ahora fortalecida por los decretos y resoluciones ministeriales, que declaran el estado de emergencia sanitaria. Con la visión de estimar con exactitud las necesidades de contratación, capacitación de los profesionales, niveles de demanda de servicios e infraestructura, con relación a las condiciones epidemiológicas que se presenten, partiendo de un modelo de gestión perfectible.

Referencias

- Centro de Operaciones de Emergencia Nacional. (2020). *Reporte complementario N° 1503 - 3/4/2020, casos confirmados por coronavirus en el Perú. COEN-INDECI*. <https://www.studocu.com/en-gb/document/university-of-reading/part-2-studio-including-career-management-skills/reporte-complementario-no-1503-3abr2020-casos-confirmados-de-coronavirus-en-el-peru-34/39196111>
- Colegio de Médicos del Perú. (2020). *103 médicos han fallecido y otros 76 permanecen en UCI a causa del COVID-19*. <https://gestion.pe/peru/coronavirus-peru-cmp-hay-103-medicos-fallecidos-y-otros-76-permanecen-en-uci-a-causa-del-covid-19-nndc-noticia/#:~:text=al%20COVID%2D19.,El%20CMP%20precis%C3%B3%20que%2C%20al%2029%20de%20julio%2C%20hay%202.837,golpeados%20por%20el%20COVID%2D19.>
- Cuesta-Santos, A., Fleitas-Triana, S., García-Fenton, V., Hernández-Darias, I., Anchundia-Loor, A. & Mateus-Mateus, L. (2018). Evaluación del desempeño, compromiso y gestión de recursos humanos en la empresa. *Ingeniería Industrial*, 39(1), 24-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360458872004>
- De La Cruz-Vargas, J. (2020). Protegiendo al personal de la salud en la Pandemia COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 20(2), 173-174. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2913>
- Espinosa, V., De La Torre, D., Acuña, C. & Cadena, C. (2017). Human resources for health in Ecuador's new model of care. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41 (e52-e52). <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e52/es/>

- García H., Díaz, P., Ávila, D. & Cuzco, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina* 76(SPE), 7-26. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>
- Guzmán, M. (2016). Dimensión interna de la responsabilidad social empresarial desde la óptica de la gestión de recursos humanos. *Saber* 28(4), 794-805. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01622016000400014
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación. Guía para la comprensión Holística de la ciencia*. Caracas: Quirón Ediciones.
- Marín, S. & Berrocal, F. (2018). *Dirección y gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramon Areces SA.
- MINSA. (2020). *Informes diarios: Brotes COVID-19 en Perú. Centro de Vigilancia, Prevención y Control del COVID-19 (CNEPCE)*. Consultado el 28 de abril de 2020.
- Núñez, L., Guerra, S. & Martínez, K. (2019). Gestión humana en pymes: herramientas para organizaciones altamente efectivas. *Aglala* ,10(2), 111-121. <https://doi.org/10.22519/22157360.1437>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*. Ginebra: OMS. p. 219. Consultado el 8 de abril de 2020. <https://www.who.int/whr/2006/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (COVID-19)*. Washington, D.C. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAjw1t2pBhAFEiwA_-A-NJHTwCANqiEy42AgK5W8dTReQrTjXt2qh6y5iG7HcSndMSRuvTdN3hoCkqEQAvD_BwE
- Osorio, M. (2016). El impacto de la remuneración en la gestión de Recursos Humanos. *Boletín de estudios económicos*, 71(217), 85-105. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5427473>
- Otazu, F. (2019). Administración de salud pública y gestión de recursos humanos de la Microred Centenario de Abancay. *SCIENDO* 22(4), 291-297. <http://dx.doi.org/10.17268/sciendo.2019.036>
- Ribeiro, D. (2020). COVID-19: “Informações sobre transmissibilidade, sintomas, população de risco, fatores de prevenção e intervenções terapêuticas”. *Revista Científica da Faculdade de de Educação e Meio Ambiente*, 11(1). <https://doi.org/10.31072/rcf.v11i2.877>
- Romero, N., Romero, R., Romero, B. & Briceño, H. (2013). Competencias

- instrumentales del docente universitario en la gestión de la educación ambiental. *Revista de Ciencias Sociales*, 19(3), 561-576. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417308>
- Suller, C. (2019). Cultura organizacional y gestión por competencias en el Sistema de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. 2017. *Lex* 17(24), 337-364. <http://dx.doi.org/10.21503/lex.v17i24.1825>
- Velásquez, A., Suárez, D. & Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 546-555. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338>
- Vesga-Rodríguez, J. (2020). La gestión de recursos humanos en contextos de individualización. *Diversitas* 16(1), 201-213. <https://doi.org/10.15332/22563067.5551>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus (COVID-19)*. CEST(WHO). Consultado el 29 de abril de 2020. <https://who.sprinklr.com>
- Zavala-Villalón, G. & Frías, P. (2018). Discurso millennial y desafíos en la gestión de recursos humanos en Chile”. *Psicoperspectivas*, 17(3), 52-63. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas/vol17-issue3-fulltext-1377>