

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Cohorte 2020-2021

TRABAJO FINAL

“Intervenciones para la atracción, captación y retención de médicos en las Unidades de Cuidado Intensivo: un estudio cuali- cuantitativo”

Autor

LAURONCE MARIANA

Director – Co Director

ESANDI MARÍA EUGENIA

Resumen Ejecutivo

INTRODUCCIÓN: En el 2020, la pandemia por COVID-19 dejó expuesta la inexistencia de políticas y marcos regulatorios frente al déficit de recursos humanos (RRHH) calificado, problema que atraviesa históricamente el Sistema de Salud, en particular en ciertas especialidades como Terapia Intensiva (TI). La escasez de estos profesionales implica déficit en la calidad y la seguridad de la atención de pacientes, burnout por sobrecarga laboral y consecuentemente abandono de la especialidad, completando un ciclo vicioso que sólo da como resultado una creciente vacante en las residencias y en los puestos de guardia. Este problema que se reproduce a nivel local, lleva a la necesidad de buscar estrategias dirigidas a atraer, captar y retener profesionales en terapia intensiva.

OBJETIVOS: OBJETIVO GENERAL Identificar intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo dirigidas a incrementar la atracción, captación y retención (ACyR) de profesionales médicos especialistas en las Unidades de Terapia Intensiva de la ciudad de Bahía Blanca. OBJETIVOS ESPECIFICOS 1. Revisar la evidencia empírica sobre factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo dirigidas a incrementar la ACyR de profesionales intensivistas; 2. Adaptar intervenciones a las condiciones de medio ambiente y trabajo que inciden en la ACyR de TI en la ciudad de Bahía Blanca a través de un abordaje participativo.

METODOLOGÍA: El estudio se desarrolló en dos etapas consecutivas 1° – Revisión de alcance (“scoping review”) de la literatura acerca de las condiciones y medio ambiente de trabajo que inciden en la ACyR de médicos de TI a nivel global, con búsqueda sistemática y exhaustiva de la evidencia en Pubmed, Epistemónikos, la Biblioteca Virtual de la Salud y Biblioteca Cochrane. 2° – Cuali-cuantitativo: Diálogo deliberativo (DD) con decisores locales seleccionados por su responsabilidad de conducción o por su grado de experticia en el área así como el liderazgo para comprometer a otros luego del diálogo que incluyó tres etapas: Pre-DD, DD y post-DD.

RESULTADOS: I etapa: A partir de la búsqueda, se identificaron 20 artículos pertinentes. El mapeo de la literatura médica mostró que la escasez de RHS en TI se encuentra bajo la lupa a nivel internacional desde hace casi 15 años. Los factores que influyen en la ACyR que se encontraron fueron principalmente aquellos asociados a condiciones y medio ambiente de trabajo, especialmente aquellas que repercuten en su bienestar emocional y que generan “burn out”, siendo este último el principal predictor de abandono de la especialidad. Por lo tanto las medidas dirigidas a prevenirlo y mitigarlo parecerían ser las estrategias adecuadas para garantizar la ACyR de profesionales en TI.

II etapa: **Pre-DD:** Se elaboró y diseminó un reporte, en un formato amigable a decisores que participaron del DD de manera de sustentar el debate a partir de la evidencia. **DD:** se debatió en términos propositivos, se propusieron posibles estrategias a nivel de las propias organizaciones, condiciones de empleo y trabajo y a nivel de los individuos que podrían ser implementadas a futuro. **Post-DD:** se elaboró un reporte post-DD, con los aportes de los participantes. Una encuesta posterior mostró aceptación del reporte elaborado y de la actividad desarrollada, con gran predisposición a participar de nuevos diálogos, aunque menor aceptación o factibilidad para la implementación de las estrategias reportadas a nivel local.

DISCUSIÓN: trabajar en la ACyR de profesionales intensivistas está íntimamente relacionado con identificar y mitigar el burn-out, que se traduce de forma directamente proporcional en mejoras en la calidad de atención y seguridad para el paciente. Por lo tanto es imperante atender y favorecer la resiliencia organizacional que permita visualizar los problemas y capitalizar las oportunidades de cambio para transformarse en una organización que pueda dar respuesta a esta problemática, o al menos para comenzar a accionar para cambiar el curso que viene de larga data.

COMENTARIOS FINALES: la problemática en la ACyR tiene origen multifactorial. Algunos factores, como aquellos relacionados al contexto externo, requieren acuerdos político-institucionales para lograr cambios en el mediano y largo plazo. Otros factores que surgieron en los intercambios se vincularon con acciones a nivel de las propias organizaciones, factibles de ser abordados mediante trabajo interdisciplinario e inter-institucional. La construcción de un espacio de intercambio como un inicio para la vinculación entre los diferentes actores y niveles del Sistema de Salud constituye una acción necesaria para fortalecer la resiliencia del sistema y su recuperación en el contexto post-pandémico.

Palabras claves: “terapia intensiva” “recurso humano” “atracción, captación y retención”

Introducción

El “acceso universal a la Salud”, es la visión de la OPS para este siglo. En esa línea de trabajo, ha establecido once objetivos enfocados a “garantizar que toda mujer, hombre, y niño pueda vivir una vida sana y productiva”: contar con personal calificado y disponible en la atención de la Salud, es uno de ellos, establecido en su Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018- 2030¹.

En medio de este recorrido propuesto, en un contexto de por sí volátil, complejo y en un Sistema de Salud (SS) fragmentado y segmentado como el de la Argentina, la pandemia por COVID- 19 vino a desnudar las necesidades del SS, poniendo de manifiesto de forma cruda el déficit existente de recursos humanos calificado y puntualmente en una especialidad tan crítica como lo es la Terapia Intensiva. En tiempos de pandemia y pico de contagios por COVID-19, el poliempleo de los terapeutas fue tema de discusión. Un contagio implicó la vacante en más de un hospital de la ciudad de Bahía Blanca, y también el aislamiento preventivo de colegas en igual situación, ocasionando que se cubrieran guardias por personal no idóneo; con sobrecarga de trabajo operativo y emocional, por casos de pacientes más complejos y demandantes. Sin embargo, la cobertura de guardias por personal no especializado no es un emergente inherente a la pandemia, sino un problema de larga data. Los intensivistas vienen siendo una especialidad cada vez más crítica por la escasez ya descrita por Navarro Pérez en el 2015², que vaticinaba un déficit moderado en la oferta de esta especialidad para el 2020 – aun sin poder haber previsto una pandemia, además de describir una desigual distribución de estos especialistas a lo largo de todo el país (concentrando el mayor porcentaje en provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), así como la feminización de la matrícula.

Este tema lo retoma Antonietti y col.³, quienes describieron un escaso crecimiento en la oferta de médicos residentes de Cuidados intensivos, 1,3% en el período 1997-1998 y 2,7% en el período 2017-2018 ($p= 0.045$); agregando que 3 de cada 4 médicos que optan por residencias en cuidados críticos son mujeres, siguiendo la tendencia general de la feminización de la matrícula.

Asimismo lo dijo Eiguchi en el 2016⁴, que a razón de “falta de decisión política... la implementación de bonificaciones de forma incompleta y carente de planificación”, obtuvieron resultados negativos en la distribución del personal de salud; con lo cual sigue vigente el desafío de implementar medidas dirigidas a la planificación y gestión de RRHH en Salud.

Por tanto, es menester capitalizar la crisis que agudizó la pandemia por COVID-19 y transformarla en un catalizador de oportunidades en pos de alcanzar la visión propuesta por la OPS. Es *esta* la oportunidad de priorizar una crisis de larga data y que el SS adquiera herramientas que le permita afrontarla para responder eficazmente a ella y anticiparse a otras futuras.

Esta pandemia, aunque desestabilizante, es la oportunidad para reorganizarse y planificar acciones específicas en busca de mejorar el SS que lleve al crecimiento y desarrollo social.

En palabras de la OPS: “fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud” es prioritario, a nivel global y nuestra ciudad no es la excepción.

Por lo tanto, el presente estudio ha tenido como propósito aportar posibles soluciones a las carencias actuales relacionadas a la disponibilidad del personal de salud en las unidades de terapia intensiva de la ciudad, de manera de garantizar una atención integral y más segura. El proyecto se propuso identificar y adaptar intervenciones dirigidas a incrementar *la atracción, captación y retención de profesionales intensivistas al contexto local, a través de un abordaje participativo e informado por la evidencia.*

Se tomó como sistemática y modelo conceptual para el estudio de las condiciones y medio ambiente de trabajo en Salud, aquel desarrollado por Antonietti L y col.⁵, que integra la evidencia disponible para facilitar el diseño y la evaluación de intervenciones orientadas a mejorar la atracción, captación y retención del personal de salud en el primer nivel de atención de áreas rurales y remotas, adaptándolo al contexto de cuidados críticos. El modelo propuesto incluye cuatro categorías de componentes: factores del contexto externo, factores organizacionales, condiciones del empleo y del trabajo, y factores individuales; que dan cuenta de las fuerzas que operan sobre los médicos y como se vinculan entre sí.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Identificar intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo dirigidas a incrementar la atracción, captación y retención (ACyR) de profesionales médicos especialistas en las Unidades de Terapia Intensiva de la ciudad de Bahía Blanca.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar la evidencia empírica sobre factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo dirigidas a incrementar la ACyR de profesionales intensivistas.
2. Adaptar intervenciones a las condiciones de medio ambiente y trabajo que inciden en la ACyR de TI en la ciudad de Bahía Blanca a través de un abordaje participativo.

Metodología

Diseño de estudio

El estudio se desarrolló en dos etapas consecutivas

1° – Revisión de alcance (“scoping review”) de la literatura acerca de las condiciones y medio ambiente de trabajo que inciden en la ACyR de médicos de TI a nivel global, basada en la metodología propuesta por Arskey y O’Malley (2005).⁶

2° – Cuali-cuantitativo: Diálogo deliberativo.

Ámbito

La ciudad de Bahía Blanca es cabecera del partido homónimo, ubicada al sudoeste de la Provincia de Buenos Aires. De acuerdo al último censo poblacional realizado en 2010, la población de la ciudad asciende a 301.572 habitantes, siendo la segunda más grande de las poblaciones costeras del país. Cuenta en su sistema de salud, con hospitales públicos; uno de carácter municipal, uno provincial (que es un centro de referencia de la zona sudoeste de la provincia), y además cinco hospitales privados; todos ellos con unidades de terapia intensiva ya sean mono o polivalentes. Tanto en los hospitales públicos, como en el Hospital Privado del Sur, se cuenta con residencia de Terapia Intensiva, con cupos limitados a uno o dos médicos por servicio. Aun así, el único hospital que tiene activos residentes en la actualidad es el Hospital Municipal Leónidas Lucero; el resto de los cupos se encuentran vacantes.

Población de estudio

Etapa 1: Se incluyeron en la revisión estudios primarios y secundarios que identifiquen y/o evalúen la efectividad de intervenciones para incrementar la atracción, captación y retención de médicos/as en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Etapa 2: Para la selección de los actores clave que participaron de la segunda etapa del estudio, se tuvieron en cuenta a aquellos que tuvieran la responsabilidad de conducción de la Secretaría de Salud, del Colegio de Médicos X, y/o hospitales y/o de las UTI de la ciudad de Bahía Blanca, y que brindaran disposición y motivación a participar, presentaran la habilidad para articular las visiones y experiencias del grupo al que representan, su grado de experticia en el área así como el liderazgo para comprometer a otros luego del diálogo. Se incluyeron a aquellos que aceptaron participar habiendo firmado el consentimiento informado.

Variables principales y secundarias

Principales:

Intervenciones destinadas a incrementar la ACyR de los médicos/as: se empleó y adaptó la taxonomía propuesta por la OMS sobre intervenciones destinadas a incrementar la ACyR del RHUS en áreas rurales y remotas. Se incluyeron intervenciones de tipo educacionales, financieras, regulatorias y de apoyo del personal dirigidas a mejorar las condiciones de medio ambiente y trabajo (CyMAT) y que explícitamente definan al menos uno de los siguientes entre sus principales objetivos⁶:

- **Atracción (A):** medida en la que las intervenciones inciden en las preferencias de los médicos/as para trabajar en las UTI.⁴
- **Captación (C):** medida en la que las intervenciones logran efectivamente incorporar médicos/as en las UTI.⁴
- **Retención (R):** medida en la que las intervenciones logran que efectivamente los médicos/médicas que se desempeñen en UTI permanezcan en sus lugares de trabajo por determinados períodos de tiempo.⁴

Secundarias:

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT): incluyen aquellos factores del contexto externo, de la organización y/o del individuo sobre los cuales buscan incidir las distintas intervenciones para mejorar la ACyR del personal médico de la UTI. Incluyen factores del contexto externo, organizacionales – incluyendo las condiciones de empleo y trabajo- e individuales.⁶

- **Factores del contexto externo:** Se refiere a todos aquellos aspectos por fuera de la organización que directa o indirectamente inciden en las condiciones de empleo y trabajo, y por tanto, en la atracción, captación y retención de médicos/as en las UTI. Incluye aspectos como políticas, reformas y organización del sistema de salud así como aspectos referidos a la cultura y organización de la comunidad.
- **Factores organizacionales.** Se proponen cuatro elementos a nivel organizacional que en conjunto determinan las condiciones del empleo y del trabajo (en la práctica los elementos de las distintas categorías suelen superponerse).

Diseño organizacional: la estructura, los procesos y los recursos que dispone una organización definen el contexto en el que los trabajadores realizan sus actividades cada día. Esta dimensión incluye elementos como la estructura jerárquica, la misión y la visión

organizacional claras y alineadas con los objetivos personales de los trabajadores y las instancias de participación y diálogo habilitadas en la organización.

Gestión del recurso humano en salud: se refiere a las actividades que movilizan y motivan a las personas y les permiten alcanzar su mayor potencial en el trabajo, contribuyendo así al logro de los objetivos de la organización. Son las funciones específicas que determinan el desarrollo del individuo en la organización, mediante la comunicación efectiva (comunicación de objetivos y devolución en relación al desempeño) sobre su propio rol, con énfasis en la estructuración y autonomía en el trabajo; su entrenamiento y desarrollo, las etapas de su carrera, el monitoreo de su actividad laboral y su retiro de la organización. Incluye también los procesos de negociación colectiva con las asociaciones sindicales y el apoyo de la organización a los trabajadores para que realicen su tarea de manera satisfactoria, mediante la disponibilidad de una adecuada dotación, la provisión de recursos físicos y económicos, condiciones de salud y seguridad, y la satisfacción de sus demandas/exigencias psicológicas y cognitivas. Cultura organizacional: el liderazgo, la forma de trabajo (que prioriza el desempeño individual o el trabajo en equipo) y la forma de comunicarse son aspectos que hacen a la cultura de la organización. Algunos de los elementos que mayor influencia ejercen en la motivación y satisfacción de los trabajadores son los estilos de liderazgo, la presencia de subculturas y la confianza existente entre miembros de la organización. A su vez, la manera en que se manifiestan los estilos de liderazgo también se ve condicionada por la cultura de la organización.

Ambiente físico: se refiere a las características físicas del lugar de trabajo e incluye aspectos relacionados con la seguridad ambiental (calidad del aire, exposición a tóxicos, ruido, contaminación interior), el confort de los trabajadores (iluminación, temperatura, humedad) y la disposición física de los lugares de atención, que tienen en cuenta, por ejemplo, los obstáculos o largas distancias para llegar al trabajo o si se cuenta con recursos para facilitar el acceso, tanto por parte de los trabajadores como de la población en general. Incluye, además, la disponibilidad de recursos que faciliten las tareas y mejoren la calidad o seguridad de la atención (p. ej., equipamiento, disponibilidad de insumos o de tecnologías de información y comunicación).

- *Condiciones de empleo y trabajo*: las condiciones del empleo y del trabajo son determinadas por las políticas vigentes en materia de empleo y el diseño y cultura organizacional, la gestión del RHS y el ambiente físico. Las condiciones de empleo contemplan la remuneración, los tipos de contrato, la duración de la jornada laboral (incluyendo programas de trabajo y balance trabajo-vida personal), beneficios sociales, participación de los trabajadores y el desarrollo profesional, con particular atención a la equidad de género y protección de las mujeres, en un contexto laboral altamente feminizado. Por su parte, las condiciones de trabajo incluyen la autonomía de los trabajadores, la forma de organización del trabajo (incluyendo la división del trabajo y la dotación), la cultura y confianza de la organización, ritmo de trabajo y ambiente social.⁷
- *Factores individuales*: La motivación y satisfacción con el trabajo pueden estar vinculadas a factores organizacionales, y en particular, de las condiciones de empleo y de trabajo, pero siempre dependerán de características del individuo y su entorno cercano (que incluye la familia y los vínculos socio-afectivos más estrechos). Las condiciones de empleo y de trabajo cobrarán sentido en función de las preferencias, valores, altruismo, expectativas y demandas de cada persona. A la

vez, esto es causa y consecuencia del bienestar, la motivación y la satisfacción con el trabajo y por lo tanto, del desempeño laboral. Todos estos factores determinan, en última instancia, la calidad, seguridad de la atención y la satisfacción del usuario de los servicios de salud.

Métodos de recolección de datos

Etapas 1: La primera etapa consistió en la búsqueda y selección de evidencia científica mediante un método sistemático y exhaustivo de revisión de la literatura disponible en múltiples sitios de publicación de información científica relacionada al tópico de la investigación. La selección de la evidencia se realizó a través de criterios de elegibilidad e inclusión que se detallan a continuación:

- *Criterio de elegibilidad:* Se consideraron como elegibles a aquellos artículos que:
 - a. fueran un estudio primario o secundario;
 - b. incluyeran como ámbito de estudio a las UTI y/o servicios de Emergencia
 - c. consideraran como desenlace primario a la atracción, captación y/o retención.

Todos estos criterios debían estar presentes para que el estudio fuera seleccionado. La selección se realizó a partir de la lectura del título y resumen de la revisión. La selección fue realizada por dos revisores de manera independiente. Todos aquellos que fueron seleccionados como “no elegibles” por cada revisor fueron evaluados por un segundo revisor. Las discrepancias entre ambos revisores fueron resueltas por consenso.

- *Criterios de inclusión.* Se incluyeron aquellos estudios
 1. primarios y/o secundarios
 2. dirigidos a incrementar la AC y/o R
 3. incluyeran como población de estudio al profesional médico
 4. incluyera como ámbito de estudio, los servicios de terapia intensiva y/o emergencias.

Las cuatro condiciones debían estar presentes para ser incluidos. Los criterios fueron aplicados por dos revisores de manera independiente. Los disensos se resolvieron por consenso.

Etapas 2: A partir de la evidencia recolectada en las etapas precedentes, se organizó un diálogo deliberativo al que se invitó a participar a actores clave del campo de la terapia intensiva. Esta etapa buscó promover el debate informado en la evidencia y lograr el consenso de un listado de intervenciones efectivas en la tarea de atracción, captación y retención de profesionales de la especialidad priorizadas en función de las características del contexto local. El diálogo deliberativo comprendió tres fases:

Fase Pre-Diálogo Deliberativo:

2.1. Elaboración del reporte breve informado en la evidencia

A partir de los resultados de la evidencia generada en la etapa precedente, se elaboró un reporte breve, en un formato amigable, dirigido a los actores que fueron invitados a participar en el diálogo.

2.2 Identificación, invitación de actores involucrados y diseminación del reporte

Las personas seleccionadas para participar fueron contactadas por correo electrónico 15 días antes de la realización del diálogo deliberativo, y se les envió una invitación formal personalizada así como el reporte breve elaborado en la actividad. A través del envío de este documento, se buscó lograr cierta base común para iniciar el debate y asegurar que la evidencia fuera considerada durante el diálogo.

2.3. *Preparación del DD*: Selección y entrenamiento de facilitadores y observadores de los grupos de discusión. Para asegurar una buena conducción del diálogo, miembros del equipo de investigación moderaron los grupos de trabajo. Previamente, se realizó un taller para introducir a los facilitadores en los objetivos y estrategias de la propuesta de investigación. Antes de la actividad, los facilitadores recibieron una copia del protocolo y el reporte de evidencia. Los observadores fueron entrenados para recolectar datos sobre el efecto de la participación de los individuos durante el diálogo. Las categorías de información que se recolectaron y analizaron incluyeron: capacidad individual de intercambiar información y dar opiniones; capacidad individual de trabajar con otros que tienen opiniones y visiones diferentes; confianza en las propias capacidades de generar cambios; entendimiento con otras posiciones; relación del individuo con otros involucrados en la temática. Toda la información fue recolectada siguiendo la guía de “no atribución”, que implica que la información no fue asociada a ninguna persona en particular. La información necesaria y los instrumentos fueron discutidos durante el entrenamiento.

Fase Diálogo Deliberativo:

2.4. *Fase diálogo deliberativo*: Los participantes fueron organizados en un único grupo. Un facilitador y un observador fueron asignados. El desarrollo del debate fue grabado, previamente habiendo solicitado el consentimiento informado de los participantes. El observador fue el responsable de recolectar la información por medio de la observación y la toma de notas. El grupo debatió sobre el listado de potenciales candidatos y propuso un listado de intervenciones efectivas dirigidas a la ACyR de profesionales especializados en Terapia Intensiva.

Fase Post-DD

2.5. *Reporte post-DD y encuesta*: Al finalizar el diálogo deliberativo se elaboró un reporte post-DD con los aportes realizados por los participantes, el cual fue diseminado junto a una encuesta digital autoadministrada dirigida a medir la aceptación del reporte, en cuanto a claridad, rigurosidad y pertinencia; la percepción de la participación en el DD y la factibilidad de la implementación de las estrategias propuestas.

Plan de análisis

Etapas 1: La extracción de datos se realizó siguiendo los lineamientos de Pollock et al⁸, con una lectura general e iterativa de los artículos seleccionados, por parte del equipo de investigación, a modo de extraer los datos que exploraran los factores que inciden en la ACyR de profesionales médicos que se desempeñan en UTI o Servicios de Emergencia, y aquellas medidas dirigidas a favorecer el fenómeno de ACyR de los mismos. Se siguió un mecanismo deductivo, utilizando como marco de referencia aquel propuesto por Antonietti (figura 1 del anexo). Se realizó un análisis temático de los resultados de cada estudio incluido con la intención de capturar cualquier aspecto relevante a la pregunta de investigación. Los resultados de los estudios incluidos en la revisión de alcance se agruparon temáticamente según se relacionen con: a. tipología de intervenciones destinadas a incrementar la ACyR; b. factores que inciden en la ACyR; c. Factores asociados a las CyMAT que inciden en estos desenlaces.

Etapas 2: Corresponde a la fase *post diálogo*: El equipo de investigación produjo un reporte consolidando el listado de prácticas y los argumentos para su inclusión en dicho listado. Este informe fue transmitido a todos los participantes para recibir una devolución y consolidar el informe final. Los resultados de la

encuesta autoadministrada, se expresaron mediante proporciones en aquellas variables de tipo nominal y nominal dicotómica.

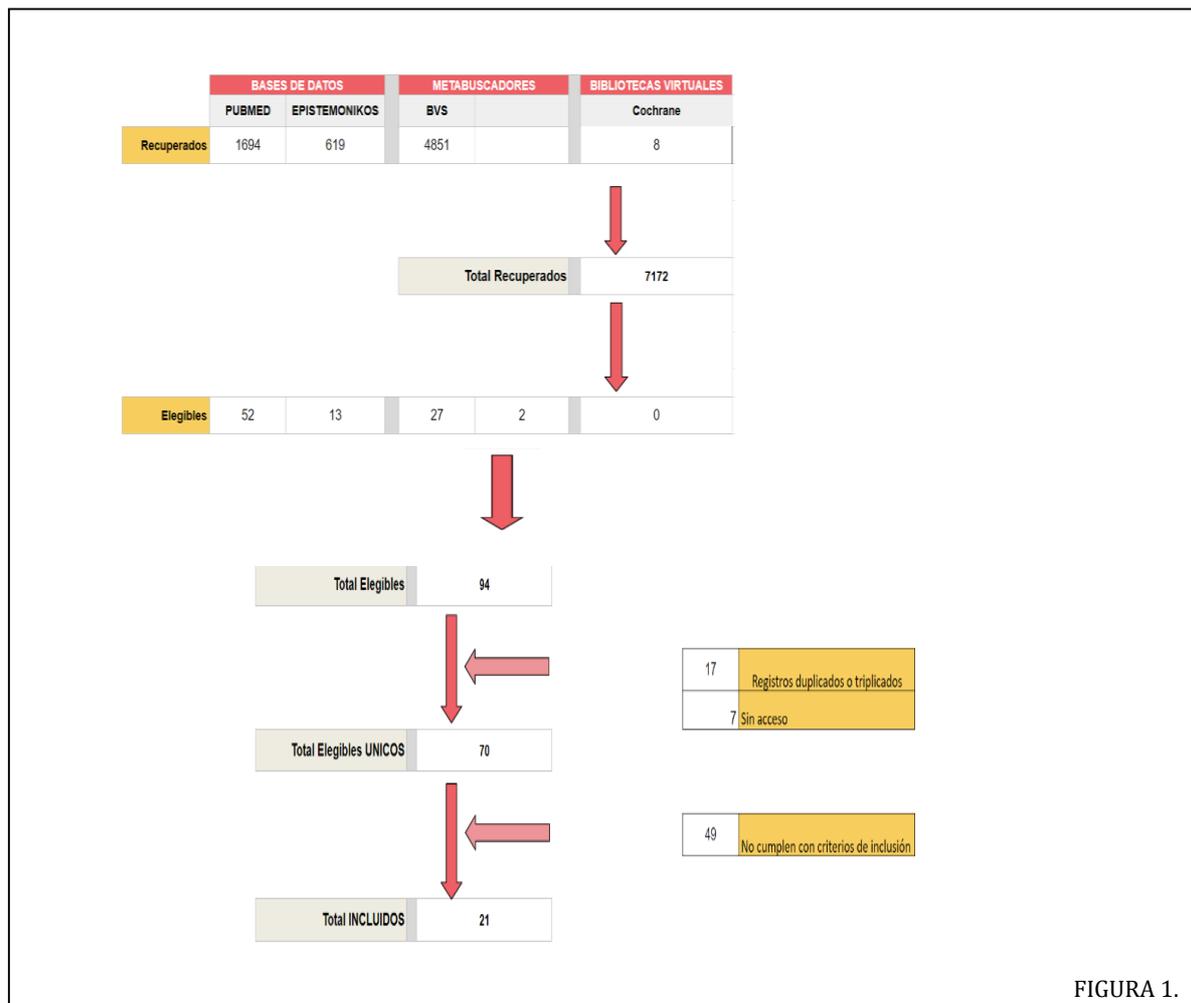
Aspectos éticos considerados

Se solicitó y obtuvo la aprobación del protocolo por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Italiano Regional del Sur de la ciudad de Bahía Blanca. Se solicitó el Consentimiento Informado a quienes accedan a completar la encuesta y participar del diálogo deliberativo.

Resultados

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Revisar la evidencia empírica sobre factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo dirigidas a incrementar la AC y R de profesionales intensivistas.

A partir de la búsqueda, se recuperaron 7172 artículos, de los cuales, 94 fueron considerados elegibles. Luego de eliminar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión, se seleccionaron 20 artículos para su lectura profunda y análisis cualitativo para la extracción de datos (Figura 1. Flujograma).



FACTORES QUE INCIDEN EN LA ACyR

El mapeo de la literatura médica mostró que la escasez de RHS en TI se encuentra bajo la lupa a nivel internacional desde hace casi 15 años. Esto se puede observar en la tabla 3 (https://docs.google.com/spreadsheets/d/1EadMo_PAbD3QNaqQdrtSZmlTmZ_EqLc/edit?usp=sharing&oid=115224942754170391655&rtpof=true&sd=true), donde se resume la información encontrada. Existen artículos que datan del 2008 con un predecible incremento en la producción en los últimos años, a la par que recrudece la problemática por la aparente escasez de medidas implementadas y la interconurrencia de la pandemia por COVID-19 que provocó la agudización de los problemas preexistentes en el Sistema de Salud global, y por supuesto en la esfera de los recursos humanos, especialmente por *factores organizacionales y del contexto externo*.

En el 2008, Alameddine⁸ argumentó que *“la dificultad para contratar una fuerza laboral adecuada se relaciona con la escasez de profesionales graduados y los entornos laborales insalubres en los que deben trabajar los profesionales de cuidados críticos”*; sin embargo a medida que progresamos en la literatura a través de los años se aprecia que la tendencia central de análisis de los factores que inciden en la ACyR de profesionales intensivistas gira no entorno a la oferta, sino principalmente a condiciones y medio ambiente de trabajo, especialmente aquellas que repercuten en su bienestar emocional (y que generan “burn out”) tales como angustia moral por dilemas éticos en la toma de decisiones críticas en el final de la vida (factor predominante durante la pandemia por COVID), jornadas extendidas de trabajo, trabajo en soledad, pocas oportunidades de desarrollo profesional, percepción personal de “falta de salud”.

LeClaire⁹ dijo en su estudio refirió que aquellos intensivistas que experimentan burn-out tienen un 50% más de probabilidad de experimentar “intención de dejar” la profesión (ITL, por sus siglas en inglés), que aquellos profesionales médicos no intensivistas con burn-out; triplicando esta probabilidad si sentían su integridad comprometida (en relación a dilemas éticos-morales del final de la vida); mientras que aquellos que pertenecían a organizaciones que los hacían sentir “valorados”, disminuía a un tercio el riesgo de ITL.

La desertión de profesionales intensivistas debido a *factores económicos* como búsqueda de mejores salarios y/o beneficios, fue poco nombrado en la literatura internacional, aunque cabe notar que la mayoría de los artículos pertenecen a países desarrollados y con economías estables, cuya realidad difiere de la de nuestro contexto local argentino, algo que sí se ve reflejado por ejemplo en el estudio desarrollado entre neonatólogos de nuestro país, como una causa de abandono de la especialidad: en el 47% de los casos contestaron estar en absoluto desacuerdo con la remuneración¹⁰.

Un tema que se toma en los últimos años de estudio, y que sí tiene igual relevancia en nuestro medio local es la *inequidad de género*. La desigualdad de género en la medicina académica es el resultado de los efectos combinados de los prejuicios sociales, organizativos y culturales. Para establecer la igualdad de género, el individuo, la organización y su liderazgo, y las sociedades de la especialidad médica deben asumir un papel activo en la eliminación de las barreras a esa igualdad y la construcción de estructuras para promover la equidad¹¹.

En un estudio que se realizó mediante una encuesta a profesores y estudiantes de carreras médicas en la universidad, caracterizó la brecha de género, reflejando su percepción acerca de las intensivistas mujeres y la dificultad para avanzar en la carrera, el desarrollo limitado en la especialidad, y enculturación sobre la falta de respeto que experimentan las mujeres en relación con los hombres¹².

ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A FAVORECER LA ACyR - En resumen las estrategias que se encontraron en el cuerpo de literatura fueron:

A nivel de condiciones de trabajo:

- *Estrategias para una mejor organización del trabajo en las UTI:* incluye, por ejemplo, minimizar el número o la complejidad de las tareas a realizar; utilizar técnicas para mejorar la retención de detalles utilizando un enfoque estructurado; pedir ayuda a colegas; minimizar las distracciones, planificar con antelación; doble comprobación del rendimiento;
- *Estrategias dirigidas a apoyar al profesional en las decisiones vinculadas a dilemas éticos:* promover climas éticos que mejoren la colaboración interprofesional puede aumentar las discusiones sobre los objetivos de atención, disminuir la duración de la estancia en la UCI y mejorar la atención al final de la vida orientada a objetivos. También puede disminuir la angustia moral, el agotamiento y la intención de irse.

A nivel de las condiciones de empleo

- *Tipos de contrato:* Cargos de planta con guardias, jubilación temprana, guardia de 12 hs.
- *Estrategias para desarrollo del personal:* incluye la educación continua gratuita, por su incidencia en la retención y/o la implementación de programas de mentores y/o grupos de apoyo entre pares para mejorar el desarrollo de una camaradería más sólida en diferentes organizaciones.
- *Estrategias para promover el bienestar y de cuidado del personal:* Diseñar y/o promover actividades preventivas en el personal en formación que están probados como eficaces en reducir el nivel de agotamiento profesional, tal como la actividad no médica, hobbies, participación en grupos de reflexión, tiempo destinado a la capacitación y/o investigación, que permitiría integrar desde el inicio actitudes preventivas del desgaste emocional y que puedan inducir intervenciones proactivas para prevención y diagnóstico temprano. Algunos autores destacaron la importancia de proteger el sueño antes de la llamada, limitar el consumo de alcohol, garantizar un ejercicio adecuado y limitar las noches de guardia.

A nivel organizacional, en palabras de Rangachari, es crucial:

- Recomendación 1: promover políticas institucionales y de servicio, dirigidas a crear un entorno de confianza, seguridad psicológica y empoderamiento para permitir que los trabajadores individuales comuniquen las preocupaciones sobre la seguridad del paciente a los gerentes
- Recomendación 2: desarrollar estructuras de comunicación para permitir que la organización aprenda de las estrategias de resolución de problemas y la comunicación interna entre los trabajadores de la salud

A nivel del contexto externo:

- Para establecer la igualdad de género, el individuo, la organización y su liderazgo, y las sociedades de la especialidad médica deben asumir un papel activo en la eliminación de las barreras a esa igualdad y la construcción de estructuras para promover la equidad.
- Para abordar y reducir la brecha de género en los servicios, se requiere: implementar programas de tutoría en las universidades que incluyan tutores con variedad en diversidad cultural, de género y estilos de vida; generar políticas que apoyen toma de licencias, tanto por paternidad, enfermedad u otras causas, y adaptarse a otras necesidades, como son las de la maternidad; ofrecer oportunidades para modificar los roles de trabajo y flexibilidad horaria tanto clínica

como académica; realizar actividades de sensibilización y concientización sobre la existencia e impacto de la brecha de género y dedicar tiempo y recursos para abordar problemas observados, como son los comportamientos discriminatorios; buscar un balance de género en el reclutamiento; implementar políticas de capacitación para los decisores del área de medicina crítica; y promover a las mujeres a que puedan alcanzar posiciones de liderazgo, y promover su interacción con los estudiantes en formación.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Adaptar intervenciones a las condiciones de medio ambiente y trabajo que inciden en la ACyR de TI en la ciudad de Bahía Blanca a través de un abordaje participativo.

INFORME Y SÍNTESIS DEL DIÁLOGO DELIBERATIVO

El día 20 de diciembre del 2022 se llevó adelante un diálogo deliberativo del que participaron 12 actores claves pertenecientes a los diferentes niveles de Salud de la ciudad de Bahía Blanca, a razón de 1,4:1 en términos distribución entre mujeres y hombres. El diálogo se desarrolló en términos constructivos y propositivos. Si bien se identificaron barreras (u obstáculos) del contexto externo que inciden negativamente en la ACyR de profesionales a las TI a nivel local, se propusieron posibles estrategias a nivel de las propias organizaciones, condiciones de empleo y trabajo y a nivel de los individuos que podrían ser implementadas a futuro.

Se identifican y describen a continuación los tópicos que emergieron en el DD.

Barreras a nivel de CONTEXTO EXTERNO

“el Sistema de Salud, es un campo de lucha”

- La situación política, económica y social así como la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud implica un desfinanciamiento de las organizaciones, y restringe su capacidad de afrontar inversiones económicas que garanticen una mejor retribución económica a los profesionales.
- La diada compuesta por el estudiante en formación y el propio Sistema de Salud, caso que se reproduce tempranamente bajo la currícula de la Carrera de Medicina de la UNS, expone a los estudiantes a modelos de atención que inciden negativamente en sus expectativas futuras y reduce su atracción por especialidades como la TI. A su vez, esta interacción temprana entre “el sistema actual” y los estudiantes en formación hace que los estudiantes sean modelados por un sistema que se intenta cambiar, generándose un círculo que se retroalimenta negativamente.
- El programa de residencias es percibido como “obsoleto”, principalmente por su sistema de guardias y sin cuidado del descanso del residente en formación, sin posibilidad de subespecialización y que lleva un plazo no menor a diez años en obtener un título (carrera más residencia).

Posibles estrategias a nivel de las propias ORGANIZACIONES

“Es necesario recuperar la pertenencia a las instituciones”

- Fortalecer el diseño, ejecución y evaluación de políticas institucionales relacionadas con la gestión del RHS. Es vital la concepción del equipo de TI como “un equipo de alto rendimiento” con la formación de sus integrantes en habilidades blandas y fundamentalmente en comunicación. En este punto, actores claves de enfermería describieron que los encuentros pre-pautados y dirigidos a relatos de experiencias y reflexión sobre la práctica, han actuado como núcleo de cohesión en el equipo favoreciendo a la confianza y generación de un mejor clima de trabajo y una mayor identidad con las instituciones de pertenencia.
- Las incumbencias de los miembros del equipo de TI deben ser reevaluadas, con una mayor integración de profesionales en enfermería, participación activa en los procedimientos y toma de decisiones en la atención al paciente.

- Es necesario abordar la doble brecha que repercute directamente sobre la ACyR de profesionales de TI, la brecha generacional y de género. Se reconoció que “creemos saber lo que quieren los jóvenes” aunque esto no se refleja en la elección de la especialidad y/o del sitio de formación.
- Condiciones del ambiente físico que pueden influir en el clima organizacional, repensando los espacios que funcionen para favorecer en el bienestar, el esparcimiento y la salud misma del profesional, como por ejemplo la incorporación de salones de uso múltiple (SUM) o de espacios de esparcimiento y ocio; la transición a modelos de Terapias Intensivas que incluyan a la familia como un instrumento terapéutico previniendo o mitigando el delirium en los pacientes críticos.

Posibles estrategias a nivel de Condiciones de Empleo y de Trabajo

“es necesario fortalecer el equipo de trabajo”

Entre las condiciones de empleo y trabajo priorizadas, se manifestó la necesidad de trabajar en todos los niveles, en relación a las siguientes:

- Diseño y ejecución de medidas que prevengan y mitiguen el estrés laboral
- Remuneraciones del personal de TI
- Reformulación del sistema de guardias.
- Implementación de estrategias que mejoren la contención del equipo, no sólo a nivel personal (a través del fortalecimiento del trabajo en equipo) sino profesional (por ej. apoyo para la resolución de pacientes complejos y toma de decisiones complejas – por ej. decisión sobre el final de la vida).

Posibles estrategias a nivel de los Individuos

“para motivar a que se sumen a TI: hay que pasarla bien”

- Las nuevas generaciones tienen expectativas diferentes, y actualmente no se tiene una mirada centrada en el cliente/residente que permita identificarlas y explotarlas para favorecer la ACyR de profesionales en TI: *“los nuevos residentes priorizan la calidad de vida”*, y la organización actual de la TI no se ajusta a sus estándares.

Al finalizar el DD, la encuesta autoadministrada fue respondida por siete de los decisores participantes. La mayoría coincidió en calificar con el máximo puntaje (figura 2 del anexo) a la dinámica de la actividad (4 de 6), el clima generado para el intercambio (5 de 6), la relevancia de los temas propuestos (4 de 6) y en la predisposición para participar de nuevos diálogos (6 de 6); mientras que la factibilidad de implementar las propuestas a nivel local tuvo más variación.

La claridad del reporte fue evaluada por siete de los decisores invitados, calificando en el 100% de las respuestas, con los más altos puntajes de la escala de Lickert (4 y 5) la claridad del reporte, la facilidad para leer, la rigurosidad de la metodología, y calificando todos entre 8 y 10 (puntaje máximo) globalmente la calidad del reporte.

Discusión

Este estudio permitió abordar, a través de un enfoque participativo e informado en la evidencia, uno de los problemas más graves del sistema de salud local, como es la falta de disponibilidad de recursos humanos calificados para la atención de los pacientes críticos. Se trató de una experiencia inédita en la ciudad, a través de la cual fue posible involucrar a decisores y personal de salud de distintas instituciones de salud y del ámbito académico en el debate y consenso de un conjunto de estrategias informadas en la evidencia dirigidas a fortalecer la ACyR de profesionales médicos en las UTI.

El mapeo de la literatura data de por lo menos 15 años atrás, mostrando que la escasez de recursos humanos en áreas críticas como Terapia Intensiva y Emergentología es un problema de larga data que se acentuó en los últimos cinco años, especialmente pospandemia en un contexto con poca regulación y planificación.

Hay escasa información que haga referencia a que una causa sea el factor económico, sin embargo la evidencia no es extrapolable al contexto inflacionario y de inestabilidad económica que se vive en nuestro país y que sin dudas puede influir en la atracción, captación y retención de profesionales a nivel local. El estudio de Galván realizado en neonatólogos argentinos menciona esto como un factor influyente en la motivación para el abandono de la especialidad. Más estudios serían necesarios para ponderar en el contexto local, cuáles son las principales factores entre los especialistas en Terapia Intensiva de adultos que influyen en sus decisiones respecto del ejercicio de la especialidad. Es de prever que en contextos de recursos limitados, como ocurre actualmente en nuestro país, este componente tiene un peso importante en la decisión de los profesionales de salud de trabajar en una UTI determinada, y más aún, de permanecer en este puesto. Sin embargo, más allá de este factor económico, la evidencia encontrada coincidió en que “las condiciones de empleo y trabajo” ligados a la institución de salud, es el nivel que mayoritariamente influye en la elección y permanencia en la especialidad y hacia donde deberían dirigirse las estrategias para la ACyR de profesionales. En resumidas cuentas, y sumado a la evidencia de estudios locales recientes realizados en las nuevas generaciones de médicos¹³, crear un buen clima de trabajo, favoreciendo la comunicación interna, trabajo supervisado desde los inicios de la práctica profesional durante las residencias, y medidas dirigidas a mitigar el burnout, parece ser la dirección que se debe tomar si se pretende atraer, captar y retener el capital humano capacitado en estas áreas de trabajo.

Las generaciones de médicos más jóvenes, se han ido diferenciando por múltiples características tales como sus motivaciones y actitudes frente al trabajo, las aspiraciones personales y las formas de comunicarse. Los nacidos a partir de 1980 y en adelante, son los conocidos como “millenials” y aquellos nacidos luego de 1995, como “generación Z”. Estas nuevas generaciones manifiestan una estrecha relación con la tecnología y elección de una vida profesional y personal equilibrada; esto representa una brecha entre ellos y las generaciones anteriores (que dedicaban su vida a trabajar) quienes son los encargados de formar a los residentes actuales. Estas diferencias deben ser reconocidas y afrontadas como desafío para proporcionar las mejores experiencias educativas: de acuerdo a la opinión^{14,15} de algunos directores de residencias y escuelas de Medicina, frente a estas nuevas generaciones es necesario la priorización de entornos de aprendizaje no jerárquicos, donde primen las relaciones interpersonales, comunicación efectiva, críticas constructivas, y mentoreo personalizado. De hecho en la revisión sistemática de Yang¹⁶, que data del 2019, la extensión de la influencia respecto de “estilo de vida y esquema flexible de trabajo” tiene un peso relativo de 53%

comparable con las “oportunidades de carrera” que tiene un peso del 44% e “ingreso económico” con un 37%, en el momento decisivo de elegir la especialidad.

Los decisores que participaron del DD reflejaron coincidir con esta evidencia en su percepción de que se ha perdido la identidad institucional, manifestando una sensación de agotamiento laboral, y una brecha generacional entre los profesionales que ejercen actualmente y los egresados en Medicina, cuyos intereses y motivaciones parecen no estar alineados con lo que se ofrece desde las residencias de la especialidad. A pesar de que se reconoce esta debilidad, de acuerdo a los hallazgos en la encuesta, parece que existiera limitada adaptación y aceptabilidad de nuevas estrategias de atracción, captación y retención que se orienten en esta dirección, quizá relacionado mismo con la brecha generacional que se menciona.

Un hallazgo no contemplado al momento de la decisión del uso del marco conceptual elaborado por Antonietti y cia. fue la incorporación de perspectiva de género que parece atravesar todos los niveles decisivos, tanto desde el contexto externo, la organización y el individuo.

En Argentina, un reporte de 2018¹⁷ del Programa de las Naciones Unidas por el Desarrollo (PNUD), que estudia la desigualdad en Argentina entre hombres y mujeres respecto de las condiciones laborales del sector salud, señala una feminización de la Medicina consolidada ya desde el 2011, más mujeres estudian y se reciben en nuestro país. Esta proporción es inversa en la selección de especialización: Terapia Intensiva es una de las especialidades en la que predominan hombres, y por otro lado son más las mujeres que ejercen la medicina sin haber elegido realizar una residencia médica de cualquier tipo. Es de destacar que las residencias coinciden generalmente con la etapa reproductiva, afectan decisiones sobre la maternidad y presentan estructuras organizacionales y condiciones laborales que suelen intensificar las tensiones entre el trabajo y el hogar, por lo que el momento de selección de especialización se ve influenciado en pos del logro de conciliar aquellos dos. Finalmente esta brecha especialista/no especialista termina por condicionar las trayectorias laborales de las mujeres en la medicina, su estabilidad laboral y el acceso a puestos de decisión.

Así, para reducir la brecha de género, el PNUD aporta múltiples sugerencias. Algunas dirigidas para dentro de las instituciones formadoras, apuntan a la eliminación del modelo médico hegemónico oculto en las residencias mediante la incorporación de espacios que visibilicen estos comportamientos que se transmiten institucionalmente por vías informales. Se destacan, entre algunas de las estrategias propuestas para el abordaje de esta brecha a observatorios de género y/o mentoreo de residentes, promoción de infraestructura y procesos necesarios facilitar la denuncia de situaciones de discriminación, y sistemas de seguimiento que promuevan la equidad y la autonomía de los profesionales involucrados. Otras medidas propuestas a nivel macro del sistema de Salud, se orientan a garantizar un marco legal que mitigue la brecha, como por ejemplo la regulación de cantidad de horas corridas de guardia, garantía de licencias especiales para las embarazadas que ocupan una especialidad demandante como Terapia Intensiva sin que se vea afectado su ingreso salarial, licencias especiales para completar la formación de la residencia, entre otras.

Esta brecha de género identificada en la revisión bibliográfica y relevada en Argentina el 2018, es un tema que se reproduce en nuestra ciudad, y visibilizado en un estudio de 2022¹⁸ cuyo objetivo fue caracterizar a las personas ocupadas del sector de Salud del partido de Bahía Blanca, desde una perspectiva de género. Entre sus hallazgos refieren que el 82% de la fuerza laboral del sector salud son mujeres, y a pesar de ello la proporción de mujeres que ejercen como profesionales así como la de aquellas que alcanzan puestos jerárquicos, como directoras o jefas de áreas, es menor que la de los hombres; la proporción de mujeres que trabajan de modo independiente es mayor; y en términos de ingresos económicos una mujer profesional de la salud recibe 35% menos que un varón y un 42% menos por hora trabajada.

Por lo tanto la incorporación de una perspectiva de género y estrategias como las propuestas por el PNUD, deberían ser contempladas en la planificación de medidas dirigidas a la ACyR de profesionales en Terapia Intensiva.

La planificación se refiere al establecimiento de un curso de acción, con objetivos, políticas y programas que sean de rápida instauración y fácilmente adaptables de acuerdo a las modificaciones en las motivaciones personales de las generaciones emergentes y la nueva evidencia que vaya surgiendo respecto de la ACyR de médicos profesionales. En este marco, parece ser preciso contar desde las instituciones involucradas con un departamento de Recursos Humanos, con un rol significativo en las decisiones sobre el diseño y gestión organizacional, que le permita dominar ágilmente la planificación estratégica del recurso humano en Salud.

Si bien, una limitación de esta revisión de alcance es justamente que no se puede realizar recomendaciones respecto de la efectividad de las estrategias identificadas -dada la naturaleza de sólo estudiar el fenómeno-, puede servir como material de partida para futuras investigaciones: es necesario adaptar las estrategias al contexto local, y medir su efectividad, aceptación y adaptabilidad, para emitir recomendaciones informadas en evidencia.

La planificación estratégica¹⁹, informada en la evidencia, será la herramienta que se deberá incorporar para garantizar una adecuada calidad de atención. Sin ella, no se puede sacar el máximo provecho de los recursos existentes aunque sean escasos, y menos aún afrontar nuevas crisis agudas como lo fue la pandemia por COVID-19.

Si no podemos revertir la crisis en profesionales de Terapia Intensiva veremos gravemente afectada la calidad de atención en Salud, en muchas de sus dimensiones: *efectividad y eficiencia* de los recursos utilizados frente a resultados obtenidos y por supuesto sin garantizar la *equidad* por guardias descubiertas o por involucrar personal agotado o sin formación, lo que afecta la adecuada *calidad científico técnica*, con lo cual comprometemos también la *continuidad* en la atención y en última instancia comprometiendo la *seguridad* para los pacientes.

Está claro que en este camino de reorganización institucional, los cambios no se pueden dar sin acompañamiento de políticas nacionales que promuevan un contexto externo que impulsen los cambios necesarios para abordar esta problemática, y no que los obstaculice, más aún en una economía inestable como la actual.

Por último, y aunque no se relacione con los objetivos planteados por esta investigación, cabe destacar que el marco conceptual planteado y utilizado para la extracción de datos, originalmente desarrollado para explicar el fenómeno de ACyR de médicos rurales y de áreas remotas, es fácilmente extrapolable a otras especialidades, con el ajuste ponderativo de cada factor, tal como se pudo observar en esta experiencia. A diferencia de médicos de áreas rurales y remotas, donde el principal factor limitante para la ACyR se correlaciona con aquellos aspectos de la esfera individual y/o familiar del profesional, en el contexto del profesional intensivista, toman mayor dimensión aquellos directamente relacionados con la organización y del contexto externo. Esta información puede servir para allanar el camino de futuras experiencias relacionadas a la investigación de factores que inciden en la ACyR de cualquier otra especialidad en crisis, ya que Terapia Intensiva no es la única.

Mensajes clave

Las estrategias para incidir en la ACyR de profesionales intensivistas a nivel de cada institución hospitalaria son de gran complejidad y representan un enorme desafío, ya que para que se den las condiciones para el cambio organizacional es necesario una revolución filosófica que modifique el status quo, revalorizando el capital humano:

- Las instituciones que quieran trabajar en ACyR de sus profesionales deben fortalecer el sector de Recursos Humanos, con experiencia en planificación estratégica
- Trabajar en la ACyR de profesionales intensivistas está íntimamente relacionado con identificar y mitigar el burn-out.
- Incorporar la perspectiva de género es una medida ineludible si se quieren implementar medidas efectivas para la ACyR de profesionales

- Contemplar el factor económico que incide en la ACyR es inevitable en el contexto local inflacionario
- Es inevitable y necesario la adaptación de los formatos de residencias a las nuevas motivaciones que movilizan a las generaciones emergentes

Referencias bibliográficas

1. OPS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. paho.org/es/assa2030-objetivo-3
2. Pilar Navarro Pérez et al. Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina. Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2015.
3. Antonietti L, Giorgi MJ, Maggiani A, Finkelstein L, Rodríguez P, Duré I, Mariani J. Características de ingresantes al Sistema de Residencias del Ministerio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y sus modificaciones a lo largo de 20 años. Resultados de un estudio cohorte retrospectivo. Ciudad Buenos Aires.
4. Eiguchi Planificación y gestión de recursos humanos en salud: un factor clave para la Cobertura Universal de Salud. Rev Argent Salud Pública, 2016; 7(26): 6-7
5. Antonietti L, Ortiz Z, Esandi ME, Duré I, Cho M. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales. Rev Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e111. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.111>
6. Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, International Journal of Social Research Methodology, pp. 19-32. ISSN1364-5579
7. Pollock D et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. JBI Evid Synth 2022; 20(0):1–14.
8. Alameddine M, Dainty KN, Deber R, Sibbald WJ. The intensive care unit work environment: current challenges and recommendations for the future. J Crit Care. 2009 Jun;24(2):243-8. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.03.038. Epub 2008 Jul 21. PMID: 19327295; PMCID: PMC7134717.
9. LeClaire M, Poplau S, Linzer M, Brown R, Sinsky C. Compromised Integrity, Burnout, and Intent to Leave the Job in Critical Care Nurses and Physicians. Crit Care Explor. 2022 Feb 7;4(2):e0629. doi: 10.1097/CCE.0000000000000629. PMID: 35156049; PMCID: PMC8824411.
10. Galvan ME, Vassallo JC, Rodriguez SP, Otero P. CRISIS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: ANÁLISIS DEL RECURSO HUMANO. Trabajo colaborativo multicéntrico. Buenos Aires, mayo de 2011. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/>. (Consulta: 19 de junio de 2014).
11. Thomson CC, Riekert KA, Bates CK, Jena AB, Borok Z, McCallister JW, Schnapp LM, Lama VN, Kraft M, Davis SD, Finn P, Carson SS, Beck JM, Powell CA, Tanoue LT, Kaminski N, Dixon AE. Addressing Gender Inequality in Our Disciplines: Report from the Association of Pulmonary, Critical Care, and Sleep Division Chiefs. Ann Am Thorac Soc. 2018 Dec;15(12):1382-1390. doi: 10.1513/AnnalsATS.201804-252AR. PMID: 30153425.
12. Rangachari P, L Woods J. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 15;17(12):4267. doi: 10.3390/ijerph17124267. PMID: 32549273; PMCID: PMC7345925.
13. Eymann A, Facioni C, Rosa J, Reboiras F, Faingold D. ¿Qué Priorizan Los Médicos Recién Graduados Al Momento De Elegir La Institución Para Realizar La Residencia? Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2020; 40(3): 127-131. Disponible en https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticiasattachs/47/ documentos/114609_127-131-6-17-20-Eymann-A.pdf
14. Keys To Bridging The Generation Gap With Residentes. Pediatrics Today [Internet] 2020 Oct [citado 20 junio 2023] Disponible en <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/podiatry/keys-bridging-generation-gap-residents>. 2020
15. Eckleberry-Hunt J, Lick D, Hunt R. Is Medical Education Ready for Generation Z? J Grad Med Educ. 2018 Aug; 10(4):378-381. doi: 10.4300/JGME-D-18-00466.1

16. Yang Y, Li J, Wu X, Wang J, Li W, Zhu Y, Chen C, Lin H. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Mar 7;9(3): e022097. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022097.
17. Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Programa de las naciones unidas para el desarrollo, 2018.
18. Elorza ME. Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino *Salud(i)Ciencia* 25 (2022) 137-144 . www.dx.doi.org/10.21840/siic/170617 disponible en www.siicsalud.com/dato/experto.php/170617
19. Caldera Mejía R. Conceptos y Teoría sobre Planeación Efectiva de Recursos Humanos. *Estrategika-Consultoria, S.AUNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE NICARAGUA*. 2004
20. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1611±1625.

Anexos

FIGURA 1.

Antonietti L, Ortiz Z, Esandi ME, Duré I, Cho M. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales

FIGURA 2. Modelo Conceptual sobre condiciones y medio ambientes de trabajo en salud en áreas remotas y rurales*



Figura 2.

En relación al diálogo, ¿cuál es tu opinión sobre esta actividad? Te presentamos una serie de aspectos para tu valoración, siendo 1 el puntaje más bajo y 5 el más alto.

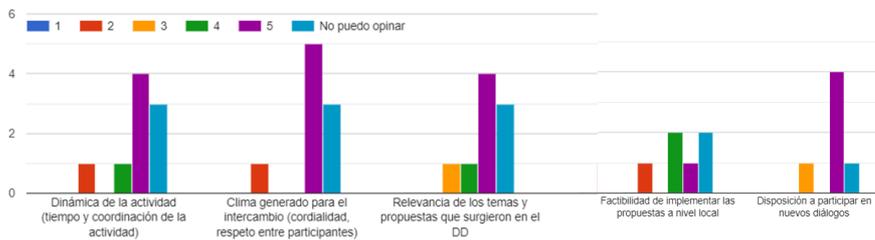


Figura 3.

A continuación, le solicitamos que valore cada uno de los siguientes aspectos del reporte, siendo 1 su valoración más baja y 5 la más alta.

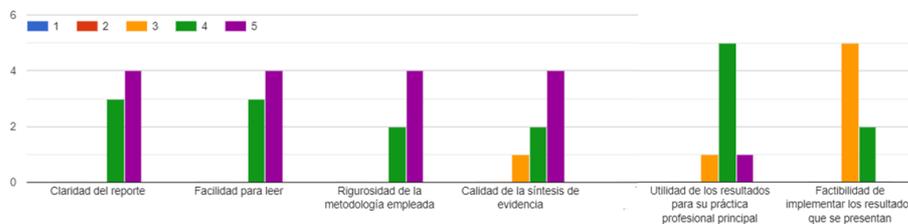


Figura 4.

En una escala del 1 al 10, ¿Cómo calificaría globalmente la calidad del reporte?

7 respuestas

