

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

VIVENCIAS Y EXPECTATIVAS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON NIVEL DE COMPLEJIDAD I-1, BAMBAMARCA, 2013.

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

Bachiller: MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ SALAZAR

Asesora:

Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES

Cajamarca, Perú

2022

COPYRIGHT © 2020 by
MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ SALAZAR
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS APROBADA:

VIVENCIAS Y EXPECTATIVAS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON NIVEL DE COMPLEJIDAD I-1, BAMBAMARCA, 2013.

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:
Bachiller: **MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ SALAZAR**

JURADO EVALUADOR

Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora

Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba
Jurado Evaluador

Dra. Humbelina Chuquilín Herrera
Jurado Evaluador

Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Jurado Evaluador

Cajamarca, Perú

2022



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO Nº 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



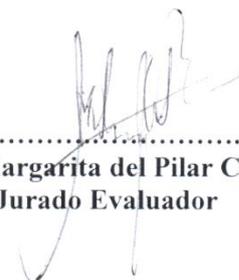
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 12:30 p.m. horas del día 17 de enero de dos mil veinte, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARGARITA DEL PILAR CERNA BARBA** y, **Dra. HUMBELINA CHUQUILÍN HERRERA**, **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA**, y en calidad de Asesora la **Dra. RUTH ELIZABETH VIGO BARDALES**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **VIVENCIAS Y EXPECTATIVAS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON NIVEL DE COMPLEJIDAD I-1, BAMBAMARCA, 2013**; presentada por la **Bach. en Obstetricia MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ SALAZAR**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó..... Aprobo..... con la calificación de 18 (Dieciocho)..... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Obstetricia MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ SALAZAR**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 13 p.m. horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales
Asesora


.....
Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba
Jurado Evaluador


.....
Dra. Humbelina Chuquilín Herrera
Jurado Evaluador


.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
Jurado Evaluador

DEDICADO A:

Mi pequeña hija Danna mi motivo diario y a mi amiga y compañera de vida, Lesli por su apoyo incondicional en el logro de mis metas trazadas.

Todos los profesionales que laboran en Establecimientos de Salud de categoría I-1, por el gran sacrificio que realizan a diario, con el único fin de contribuir con las poblaciones con más necesidades básicas insatisfechas a pesar de las deficientes condiciones que el sistema de salud les ofrece.

SE AGRADECE:

Por su contribución para el desarrollo de esta tesis a:

Dios, por su compañía y fortaleza en cada momento de mi vida, pero más aún en aquellos momentos más difíciles y desesperanza.

A la Escuela de Post Grado, por brindarme una excelente formación académica y orientarme en el campo de la investigación cualitativa fenomenológica.

Dra. Ruth Vigo Bardales, mi más profundo y sincero agradecimiento, por su constante guía en el desarrollo de esta tesis.

Al comité científico por sus aportes y sugerencias para hacer realidad la investigación.

A los profesionales de la salud que han sido objeto de estudio, por su valioso aporte ya que sin ellos no hubiese sido posible la investigación.

A mis colegas maestrandas, por sus importantes sugerencias para el desarrollo de este trabajo de investigación.

CONTENIDO

Ítem	Página
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	
ANTECEDENTES, FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	1
1.2 PREGUNTA ORIENTADORA DEL ESTUDIO	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.4 MARCO CONCEPTUAL	14
1.4.1 Vivencia	14
1.4.2 Expectativa	15
A. Teoría de las Expectativas	15
1.4.3 Recurso Humano en Salud	17
A. Densidad de Recursos Humanos en Salud	18
B. Profesional de la Salud	18
1.4.4 Establecimiento de salud	19
A. Niveles de Atención	19
B. Niveles de Complejidad	19
C. Categorización	19
• Establecimientos de Salud con Categoría I-1	20

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 LA FENOMENOLOGÍA COMO VERTIENTE METODOLÓGICA	21
2.2 FENÓMENO SITUADO	22
2.3 MOMENTOS DE LA TRAYECTORIA FENOMENOLÓGICA	23
2.3.1 Descripción fenomenológica	23
2.3.2 Reducción fenomenológica	24
2.3.3 Comprensión fenomenológica	25
• Análisis ideográfico o análisis individual	26
• Análisis nomotético o psicológico general	26
2.4 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	28
2.5 TÉCNICA FENOMENOLÓGICA	29
2.6 HERRAMIENTA FENOMENOLÓGICA	29
2.7 ESCENARIO Y PROCEDIMIENTO	30
2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO	30

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DISCURSOS

3.1 ANÁLISIS IDEOGRÁFICO	32
3.1.1 DISCURSO I	32
3.1.2 DISCURSO II	37
3.1.3 DISCURSO III	41
3.1.4 DISCURSO IV	48
3.1.5 DISCURSO V	53
3.1.6 DISCURSO VI	59
3.1.7 DISCURSO VII	66
3.1.8 DISCURSO VIII	72
3.2 ANÁLISIS NOMOTÉTICO	79
3.2.1 PROCEDIMIENTO PARA CONSTRUIR EL CUADRO NOMOTÉTICO	79
3.2.2 ANÁLISIS NOMOTÉTICO	81

CAPÍTULO IV	
CONSTRUCCIÓN DE RESULTADOS Y APROXIMACIÓN	
CONCEPTUAL AL FENÓMENO	89
4.1 CONSTRUCCIÓN DE LOS HALLAZGOS	89
4.2 CATEGORÍAS EXTRAIDAS DE ACUERDO AL NÚMERO DE CONVERGENCIAS	92
4.2.1 Análisis de las categorías con mayor cantidad de convergencias	93
4.3 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL FENÓMENO	101
4.3.1 Referente a la vivencia	102
4.3.2 Referente a la expectativa	103
4.3.3 Referente al pensamiento idiosincrático	105
CONSIDERACIONES FINALES	107
SUGERENCIAS	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	119

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 01. Análisis ideográfico del discurso I	34
Cuadro 02. Convergencias en el discurso I	34
Cuadro 03. Análisis ideográfico del discurso II	38
Cuadro 04. Convergencias en el discurso II	39
Cuadro 05. Análisis ideográfico del discurso III	43
Cuadro 06. Convergencias en el discurso III	45
Cuadro 07. Análisis ideográfico del discurso IV	50
Cuadro 08. Convergencias en el discurso IV	51
Cuadro 09. Análisis ideográfico del discurso V	55
Cuadro 10. Convergencias en el discurso V	57
Cuadro 11. Análisis ideográfico del discurso VI	61
Cuadro 12. Convergencias en el discurso VI	63
Cuadro 13. Análisis ideográfico del discurso VII	68
Cuadro 14. Convergencias en el discurso VII	70
Cuadro 15. Análisis ideográfico del discurso VIII	74
Cuadro 16. Convergencias en el discurso VIII	76
Cuadro 17. Tabla de análisis nomotético	81
Cuadro 18. Categorías según número de convergencias	93

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 01. Número de establecimientos de salud activos según categoría, año 2018.	120
Tabla 02. Total de establecimientos de salud activos y con categoría I-1 de acuerdo a región 2018.	121
Tabla 03. Niveles de atención, niveles de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud.	122

LISTA DE ABREVIACIONES

RHUS:	Recursos Humanos en Salud.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
EE. UU:	Estados Unidos.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PIB:	Producto Bruto Interno.
DCE:	Discrete choice experiment.
MINSA:	Ministerio de Salud.
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cualitativa, con enfoque fenomenológico, de modalidad fenómeno situado, que tuvo como objetivo develar, describir y comprender las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos de salud con categoría I-1, Bambamarca, 2013. Para ello se aplicó como técnica de recolección de datos, la entrevista fenomenológica, la misma que a través de la pregunta orientadora; dígame, ¿qué significa para Ud. laborar en un establecimiento de salud con nivel de complejidad I-1?, ¿cuáles son sus expectativas al futuro?, ¿algo más que desearía agregar?, permitió dar lugar a 8 discursos de profesionales de la salud que estuvieron laborando en establecimientos de salud de categoría I-1 al momento de la recolección de datos.

Los discursos fueron grabados y transcritos tal y como se muestran, procediendo a la elaboración de las unidades de significado con el respectivo análisis ideográfico y nomotético, dando origen a 49 unidades de significado, sintetizadas en 20 categorías; siendo las principales de acuerdo al número de convergencias relacionadas a la vivencia sintiendo tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar; experimentando sacrificio e injusticia y enfrentando un reto; percibiendo recompensa y satisfacción; laborando integralmente; sobreviviendo al abandono; experimentando mayor responsabilidad y exigencia; sintiéndose explotada y excluida; sintiendo necesidad de reconocimiento; y de acuerdo al mayor número de convergencias relacionadas a la expectativa tenemos que los profesionales de la salud que laboran en establecimiento de categoría I- tienen deseo de superarse, esperanza que mejoren condiciones laborales y deseo de desistir.

La esencia del fenómeno fue develada en las expresiones de tristeza, frustración e indignación causadas por las deficientes condiciones que el sistema de salud ofrece, apoyándose en la expectativa del deseo de superación y esperanza de que condiciones laborales mejoren.

Palabras claves: Vivencias, expectativas, profesional de salud que labora en establecimientos I-1, fenomenología.

ABSTRACT

The present study corresponds to a qualitative research, with a phenomenological approach, of a situated phenomenon modality, whose objective was to reveal, describe and understand the experiences and expectations of the health professional working in health facilities with category I-1, Bambamarca, 2013. For this, the phenomenological interview was applied as a data collection technique, the same as through the guiding question; Tell me, what does it mean for you to work in a health facility with a level of complexity I-1?, What are your expectations for the future?, Anything else you would like to add ?, allowed to give rise to 8 speeches by professionals from the health who were working in health establishments of category I-1 at the time of data collection.

The speeches were recorded and transcribed as shown, proceeding to the elaboration of the units of meaning with the respective ideographic and nomothetic analysis, giving rise to 49 units of meaning, synthesized in 20 categories; being the main ones according to the number of convergences related to the experience feeling sadness, frustration, indignation and desire to return; experiencing sacrifice and injustice and facing a challenge; perceiving reward and satisfaction; working integrally; surviving abandonment; experiencing greater responsibility and demand; feeling exploited and excluded; feeling need for recognition; and according to the greater number of convergences related to the expectation we have that the health professionals who work in establishment of category I- have a desire to overcome themselves, hope that they improve working conditions and desire to give up.

The essence of the phenomenon was revealed in the expressions of sadness, frustration and indignation caused by the poor conditions that the health system offers, based on the expectation of the desire to overcome and hope that working conditions improve.

Keywords: Experiences, expectations, health professional working in I-1 establishments, phenomenology.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación está orientado a analizar las vivencias del personal que labora en establecimientos de salud del primer nivel de atención, específicamente en aquellos con categoría I-1, los mismos que representan más del 50% del total de los establecimientos de la región Cajamarca (1); teniendo en cuenta que es el recurso humano el propulsor del adecuado o deficiente funcionamiento de toda institución.

Es por ello que se reconoce que los Recursos Humanos en Salud (RHUS) se constituyen en agentes de cambio, responsables de aportar directa o indirectamente al cuidado de la salud, bienestar y calidad de vida de la población, a través del desempeño óptimo de sus funciones esenciales, independientemente de su profesión y la institución donde laboran (2). Los profesionales de la salud, cuentan con habilidades, conocimientos y experiencias para desarrollar las actividades laborales para las cuales fueron formados, por lo tanto, quien gestiona RHUS, hoy en día, en realidad administra competencias, valores y talentos, que en última instancia definen y caracterizan los servicios que serán producidos, así como el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas (3), (4).

Los RHUS son la piedra angular del sector salud para ofrecer una adecuada atención sanitaria; sin embargo, como es visto hasta la actualidad se sigue concediendo mayor valor a otros componentes como, disponibilidad de insumos, infraestructura y accesibilidad a los servicios de salud y medicamentos; descuidando lamentablemente a la fuerza laboral convirtiéndolo en un aspecto poco considerado (5).

Es tal realidad, la que motivó a la autora a desarrollar el estudio, partiendo de su experiencia personal, además conocedora de la ausencia de investigaciones que se

hayan preocupado por el sentir del recurso humano en salud. La investigadora asume funciones profesionales en un establecimiento de salud con categoría I-1, experimentando a diario las deficientes condiciones laborales que el sistema de salud ofrece, tal es el caso de salarios bajos, jornadas laborales mayores a lo estipulado, aumento de carga laboral por número reducido de profesionales, inadecuada infraestructura, dificultades geográficas, exposición al peligro, deficiente equipamiento, e incluso, las escasas posibilidades de autodesarrollo profesional; dicha vivencia contrasta con el espíritu de servicio por vocación, generando sentimientos encontrados debido a que por un lado la gratificación emocional de sentirse capaz de ayudar a la población en la difícil y complicada tarea de recobrar y/o preservar salud, pese a los limitados recursos, bajo nivel educativo, pobreza, injusticia e inequidad social en la que se encuentra sumida la población; por otro lado, sentimientos de indignación, coraje, tristeza, desilusión, frustración ante las circunstancias laborales vivenciadas.

Ello representa un reto en menor o mayor medida para casi todos los países del mundo, porque se enfrentan a diario a una diversa serie compleja de problemas de RHUS, destacando entre los más importantes: grave insuficiencia o sistemática de personal sanitario, falta de relación entre el mercado de trabajo y la demanda, escasez de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población, cambio constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud, disposiciones y condiciones precarias de trabajo, escasa motivación y baja productividad del personal de salud, ineficiencia en la asignación de los recursos, desequilibrios profundos distribución y composición de la fuerza laboral, entre otros; situación que se agrava por tres grandes transiciones mundiales, desplazamientos epidemiológicos, cambios demográficos y redistribución de la carga de discapacidad (6).

A pesar que, durante las últimas décadas han reducido los insondables desequilibrios que existían en la fuerza de trabajo del sector salud (7) y ha mejorado la disponibilidad y dotación de personal en el primer nivel de atención. Muchos países han reducido la carencia crítica de recursos humanos en este ámbito (definido por la OMS en el 2006 como menos de 25 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes) (8) y caminan hacia los nuevos niveles establecidos en el 2016 (44,5 médicos, enfermeras y

parteras por 10.000 habitantes) (9), (10) que se consideran básicos para satisfacer las necesidades de salud cambiantes de la población y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Adicionalmente se ha prosperado en mejorar la institucionalidad de los recursos humanos en el sector y en la definición de políticas y planes a largo plazo (11), (12). Sin embargo, perdura la subvaloración del rol de los recursos humanos para la salud como un factor de cambio social (13), con la percepción de que constituyen un gasto creciente y no una inversión para mejorar la salud y el desarrollo.

Persisten inequidades en distribución, disponibilidad y calidad del personal de salud (entre países y dentro de los países, entre los niveles de atención y entre los sectores público y privado) (14), escasa retención en áreas rurales y subatendidas, altas tasas de movilidad y migración, así como precariedad en las condiciones de trabajo, baja productividad y limitada calidad del desempeño, lo que impide una adecuada y progresiva expansión de los servicios, con mayor énfasis en el primer nivel de atención (15). En los establecimientos de salud de mejor complejidad encontramos recursos humanos de salud, que muchas veces no cuentan con el perfil, competencias adecuadas y el enfoque intercultural, además tampoco están siempre en el lugar y en el momento adecuados para mejorar la salud de las comunidades a las que deberían ofertar sus servicios (16).

Del 70% de recursos humanos que laboran, el 63% de profesionales de salud entre enfermeras, obstetras y médicos lo hacen en zonas urbanas y de mayor progreso frente a los que ejercen en zonas pobres, alejadas, inaccesibles, vulnerables y con escasas oportunidades de desarrollo convirtiéndose en un determinante para la disminución del acceso a los servicios de salud de la población más vulnerable. Aproximadamente la mitad de la población mundial vive en zonas rurales, pero menos de la cuarta parte de los médicos y sólo el 38% del total del personal de enfermería prestan servicios en esas zonas. (3), (16) La situación es más alarmante en 57 países, en los que la escasez de personal sanitario es grave lo que impide que aproximadamente 1000 millones de personas que habitan en zonas menospreciadas tengan acceso a servicios esenciales de salud (17).

Según el Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, de los 36 países de la región latinoamericana más Estados Unidos, señala que Cuba (134,6), Estados

Unidos (125,1), Canadá (93,5), Barbados (86), Venezuela (67,4), Uruguay (63) y Granada (53) son los siete países con óptimos índices de recursos humanos en salud por 10.000 habitantes. En tanto, otros, 8 países, entre ellos, Argentina (37), Chile (36), Paraguay (34,4), Brasil (31,4), Colombia (26,1) y Perú (26,1) son los países de la región que se encuentran por encima de la franja recomendada por la OMS para el año 2017. En contraste, en los niveles bajos y por debajo del promedio recomendado por la OMS se encuentra Bolivia (14,1), Honduras (13,6), Guatemala (12,5), Guyana (11,2) y Haití (3,6) (18).

Los países han avanzado, pero se requieren mayor esfuerzo para colocar al personal de salud adecuado en los lugares idóneos, con ello logrando una distribución equitativa y acorde con las necesidades de salud de acuerdo a cada grupo poblacional, señaló Charles Godue, coordinador del proyecto Recursos Humanos para la Salud de la OPS/OMS (19).

El financiamiento destinado al capital humano para la salud sigue siendo muy variable dentro de la Región y se ha mostrado insuficiente en muchos países para asegurar servicios de salud de calidad, con mayor énfasis en el primer nivel de atención. La evidencia demuestra que la inversión contribuye a mejorar las tasas de empleo y al desarrollo monetario de los países. Urge la necesidad de robustecer la voluntad política y de trasladar las responsabilidades hacia la movilización efectiva de presupuestos para el desarrollo del capital humano en este campo (20).

La OMS sugiere que el gasto público para salud sea mayor a 6% del PBI, mientras que en Perú la asignación al sector Salud solamente es el 2,1 % del PBI; en Cuba el 10%, Estados Unidos el 8%, en Argentina se destina el 5,4 % de su PBI; Brasil el 5 %; Uruguay el 4,5 % y México el 3,4 %; por otro lado, los países de América Latina que menos invierten en salud resultaron ser Haití y Venezuela, con menos del 2% de su PBI. Del total del presupuesto asignado la mayor parte está consignado a la compra de insumos, medicamentos y drogas además de otros que los gobiernos regionales y el Ministerio de Salud creen conveniente dejando de lado a la fuerza laboral (21), (22).

En América latina la oferta de recursos humanos está concertada con las necesidades de los sistemas de salud basados en atención primaria con redes integradas de servicios

de salud. Los profesionales de salud buscan laborar preferentemente en el ámbito de los hospitales y establecimientos de salud de mayor complejidad, lo que conlleva que afecte la retención y disponibilidad adecuada de los mismos, sobretodo si nos referimos a zonas remotas y desfavorecidas (20), (21). Las alternativas innovadoras para enfrentar estos retos (como el cambio de tareas, la rotación, las prácticas avanzadas, la creación de nuevos perfiles profesionales o la utilización de la telesalud) están teniendo un desarrollo limitado en la Región (22). Por otra parte, la feminización creciente en el campo de la salud está modificando las condiciones en la oferta de profesionales lo que va requerir adecuaciones en los ámbitos laborales (23).

Además, persisten las importantes diferencias en las remuneraciones que perciben los profesionales médicos y los no médicos, por tipo de especialidad y entre los distintos niveles de atención, tanto en el sector público como en el privado (23). Los bajos salarios, las deficientes condiciones de trabajo y la falta de vías de desarrollo de la carrera profesional disminuyen la motivación de los trabajadores del sector de la salud y en gran número de países se convierten en la primera causa de migración. Se precisa que los Estados Miembros continúen creando puestos laborales estables y de calidad, mejorando el medio laboral, con condiciones dignas de trabajo, así mismo garantizar la protección social para promover la retención (24).

En el 2017, Perú ostentaba una cifra de densidad de RHUS de 31.9 por 10 000 habitantes, existiendo Gobiernos Regionales que están por encima del indicador promedio de país como Callao (53.5 por 10 000 hab.), Apurímac (45.0 por 10 000 hab.), Tacna, (42.6 por 10 000 hab.) Moquegua (42.5 por 10 000 hab.), Arequipa (41.1 por 10 000 hab.) Ayacucho (37.6 por 10 000 hab.), Lima (37.2 por 10 000 hab.), Madre de Dios (37.0 por 10 000 hab.), Ica (35.5 por 10 000 hab.), Huancavelica (35.0 por 10 000 hab.); así también existen Regiones que están muy por debajo del indicador densidad de país como son San Martín (19.0 por 10 000 hab.), Loreto (19.1 por 10 000 hab.), Piura (19.5 por 10 000 hab.), y Cajamarca (23.2 por 10 000 hab.) (25).

No obstante, siguen existiendo grandes diferencias en su distribución de los recursos humanos entre los ámbitos urbano y rural; a pesar de la vigencia de la política remunerativa con incentivos al desempeño a fin de retener al recurso humano y garantizar una distribución espacial más equitativa. En 2013, 84 % de los recursos

humanos del MINSA y gobiernos regionales (150 925) se concentraban a nivel urbano (126 782), de los cuales 42 % (52 755) estaban en Lima Metropolitana. A nivel urbano se concentraban 85,2 % de los médicos generales, 99,2 % de los médicos especialistas, 79,3 % de las enfermeras, 70,2 % de las obstetras, 68,9 % de los odontólogos, 76,3 % de los técnicos en enfermería y 78,3 % de los demás técnicos asistenciales (26).

Este déficit de personal profesional en salud en el primer nivel de atención conlleva a que no se constituya en una barrera de contención para la demanda de atención de salud de los otros niveles y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de alto costo y baja calidad. Esto contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención (26), (31), ocasionando entorpecer el alcance de los objetivos sanitarios; es por ello que la literatura mundial demuestra que existe una fuerte correlación entre el número de profesionales de la salud y las coberturas vinculadas a los resultados sanitarios (19), (27).

Es importante hacer referencia que Perú, en el año 2017, contaba con una población de 31 151 643 habitantes, de los cuales, por regiones, la población se concentró principalmente en la costa (57,3 %), seguida por la de la sierra (28,4 %) y de la selva (14,3 %) y si nos referimos a zonas de residencia encontramos que a nivel urbano se concentra el 78,7 % de la población distribuida 57,8 % en la costa, 28,1 % en la sierra y 14,1 % en la selva (19), (25).

Sin embargo, gran parte de la demanda de los servicios de salud acuden en busca de bienestar a los establecimientos del primer nivel de atención y sobre todo en los de categoría I-1, atendándose en éstos, problemas de salud de menor complejidad y de bajo costo, dejando los problemas graves o más complejos para los establecimientos de mayor categoría y complejidad (26); empero, la distribución de los recursos humanos de la salud es a la inversa, encontrándose mayor concentración en los de mayor categoría; tal como se evidencia en el anexo N°01, tabla N° 01(01).

A nivel nacional se cuenta con 21811 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPRESS; de las cuales 35% (7625) son de categoría I-1. La región Cajamarca cuenta con 1156 IPRESS de las cuales el 52% (611) corresponden a establecimientos de

categoría I-1, ubicándolos dentro de las ocho primeras regiones con más establecimientos con estas características y en el segundo lugar con mayor cantidad de instituciones prestadora de servicios de salud con una cifra de 1013, tal como se evidencia en el anexo N° 01, tabla N° 01 y 02 (01).

De esta manera se demuestra que, Perú es un país que actualmente aún ostenta grandes inequidades en salud, con brechas sub-nacionales de morbilidad y mortalidad, en desmedro de las áreas rurales y desatendidas (19), problemas con capacidad resolutive y cobertura en el primer nivel de atención, con un progreso muy lento en el tiempo, demostrando todo lo descrito un serio problema de salud pública (18), (29).

Según la OMS, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. Encontrando que en el año 2015 el Perú tenía una cifra de 68 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, cifra que se encuentra por encima del promedio de Latino América, 7, y demasiado alto frente a países como; Puerto Rico, Uruguay, Chile, Cuba y Brasil con cifras de 14, 15, 22, 39 y 44 respectivamente (30).

Igualmente, el índice de mortalidad infantil en la isla caribeña no sobrepasa los ocho niños por cada 1.000 que nacen vivos (es de 4,1). Mientras que en Venezuela es de 14, Perú es de 19 y en Haití es de 59 (28).

Frente a ello y con la finalidad de abordar la inconclusa agenda de los ODM, proteger los logros alcanzados y hacer frente a los nuevos retos se lanzó en el año 2016 Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, los ODS (31).

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Objetivo número tres (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”) y las metas que incluyen, reconocen que lo pactado solo se logrará por medio de sustantivas y estratégicas inversiones en el personal de salud y de un cambio importante en la educación, distribución, fidelización, planificación, gestión y remuneración del mismo

(31). Así mismo es importante empezar a reconocer que el personal sanitario es quién presta los principales servicios de salud en todos los países, incluidos los que tienen frágiles sistemas sanitarios, a fin de lograr establecer sistemas sanitarios resistentes (32).

Con ello se adopta la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 (en adelante “Estrategia mundial”), los que integran cuatro estratégicos objetivos resumidos en: Robustecer las capacidades para optimizar al personal sanitario existente a fin de contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal; prever y subsanar activamente las disparidades entre las necesidades, la demanda y la oferta de personal sanitario, en particular mediante la distribución geográfica, así como las disparidades en la distribución del personal sanitario entre los sectores público y privado, y a través de la colaboración intersectorial; fortalecer la capacidad institucional a nivel subnacional y nacional con el fin de promover un liderazgo eficaz de los recursos humanos para la salud; establecer un conjunto básico de datos relativos a los recursos humanos para la salud y notificarlos anualmente al Observatorio Mundial de la Salud, y aplicar de manera progresiva las cuentas nacionales del personal de salud, con el fin de respaldar las políticas y la planificación nacionales y el marco de vigilancia y rendición de cuentas de la Estrategia mundial (33), (34).

Perú, a través del Ministerio de Salud en las últimas tres décadas ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura a zonas de escaso desarrollo socioeconómico; sin embargo, a pesar que el tiempo ha transcurrido los problema de cobertura y capacidad resolutiva persisten, debiéndose básicamente a la escasez de RHUS adecuadamente calificados para ofrecer una atención de salud con calidad y pertinencia (31), demostrando que las estrategias implementadas no han dado resultado o no se han cumplido acorde a lo establecido (38). Actualmente se sigue vivenciando similar situación al observar que muy pocos profesionales de la salud logran permanecer en establecimientos de categoría I-1, por la falta de reconocimiento a la ardua labor de prevención, promoción y curación que realizan a pesar de las condiciones desfavorecidas en que se desenvuelven (17), (38). La Reforma del Sector Salud y los lineamientos se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en Perú, y por ende en Cajamarca, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la universalización de protección

social en salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. Para poner en marcha la Reforma en Salud, dentro de las normas se han aprobado Decretos Legislativos, Decretos Supremos y Resoluciones Ministeriales, en el marco de la Delegación de Facultades para rápidamente iniciar este proceso de cambios; dando mayor prioridad al primer nivel de atención, implementado el decreto legislativo N° 1153 el que da a conocer la nueva política remunerativa basada en mérito, desempeño y riesgo, para revalorar los recursos humanos y propiciar un clima laboral saludable, a fin de que ello contribuya a mejorar la salud de la población peruana (35), (36). El decreto legislativo N° 1153 en el capítulo III, artículo 13, determina que además de las compensaciones económicas también se debe promover la no económicas haciendo énfasis a; reconocimientos o distinciones de parte de la entidad pública por temas relativos al desempeño destacado en cumplimiento de las funciones, actividades o responsabilidades de su puesto o logros individuales e institucionales, premios o condecoraciones por innovación de carácter científico, académico o cultural, capacitaciones oficializadas por la entidad donde labora el personal de la salud (36).

La capacitación al recurso humano es una arista imprescindible que todas las instituciones laborales deberían tomarlo en cuenta, tal como lo manifiesta la OMS, quién explica la importancia de este elemento en atención de salud desde el año 2012; determinando que toda institución prestadora de servicios de salud debe contar con un programa de capacitaciones anual dirigido al recurso humano (37).

Cuba, Chile, Estados Unidos entre otros países cuentan con programa de capacitaciones legislada desde el sector salud aplicable en todas las entidades que brindan servicios de salud (37).

Frente a estudios realizados a nivel internacional relacionados con la presente investigación encontramos a,

Morell y cols., quienes realizaron un estudio cuantitativo de las personas que ingresaban a trabajar en el Programa Rural de Australia, elaborando un perfil de los profesionales en base a datos demográficos de los participantes, estableciendo como resultado que 69% eran mujeres, con un promedio de edad de 32,8 años, 60% de ellos

fueron antes entrenados en zonas rurales (estudiantes), 87% provenía de zonas no rurales y las razones que los llevaron a interesarse por el programa fueron en un 50% económicas (39).

En Uganda se realizó durante el año 2017 un discrete choice experiment (DCE), dirigido a estudiantes, concluyendo que los incentivos financieros y no financieros pueden ser eficaces en la atracción de trabajadores de la salud a las zonas marginadas. Los resultados informan que el salario no es el único factor que los trabajadores de salud consideran importante al momento de decidir dónde trabajar. Otro aspecto a considerar son las instalaciones de calidad y soporte administrativo que fueron relevadas por todos los estudiantes (39).

India desarrolló un amplio DCE cuyo resultado demostró que la probabilidad de aceptar un empleo disminuyó cuando el área sugerida era de mayor ruralidad. Aspectos tales como una buena infraestructura, y la presencia de oportunidades de educación superior, tiene efectos relativamente importantes en optar por empleos rurales. Los autores exponen en las conclusiones del estudio que para 17 países como la India- que disponen de recursos de salud limitados-, la creación de un sistema de salud que garantice atención en zonas rurales es un desafío especialmente difícil. Sugieren que las estrategias basadas en "paquetes de incentivos" son muy costosas y suponen que resultaría elegible la experiencia de varios países en donde la enfermera es la profesional que proporciona servicios básicos de salud (39).

Estudio realizado entre enfermeras de Sudáfrica en el que utilizaron DCE para evaluar los efectos de los incentivos posibles para atraer a las enfermeras a las zonas rurales. Los resultados sugieren que la estrategia de atraer estudiantes de enfermería que residen en zonas rurales son las intervenciones más costo-efectivas y luego, el acceso preferente a la formación especializada de enfermeras (39).

Damaris Meza, título "Atracción y Retención de Recursos Humano en Salud en Zonas Rurales: Percepción de Profesionales Rurales de Chiloé", se ha mostrado que los profesionales entrevistados que trabajan en el sector rural, pese a las condiciones precarias de trabajo (de todos) y de vida (de algunos), se mantienen en sus lugares de trabajo, con necesidad de incentivos adecuados, pero con alto compromiso por la

población que tienen a cargo, especialmente en el grupo de matronas y enfermeras. Sin embargo, la permanencia se torna frágil, ya que son los factores individuales como el vínculo familiar, la etapa del ciclo vital y el compromiso, los que finalmente generan la permanencia. Debido a esto, es justo y necesario diseñar e implementar un set de incentivos financieros y no financieros, abordar las condiciones de trabajo y soporte de tecnologías como parte de una política de atracción y retención, no sólo dirigida a médicos, sino a otros profesionales no médicos que conforman el equipo básico de salud. Además, demuestra que trabajar en la zona rural significa necesidades del entorno laboral (falta de insumos, infraestructura insuficiente y deficitaria, transporte inadecuado, medidas de seguridad ausentes), necesidades de bienestar personal y contractual (vivienda inadecuada, inestabilidad laboral); y las necesidades derivadas del aislamiento (transporte, comunicación, ocio) (39).

Dentro de los estudios nacionales relacionados al tema en investigación se encontró,

Jaime Miranda y cols., en su estudio titulado “Preferencias Declaradas de los Médicos para Elegir un Trabajo en Zonas Rurales del Perú”, realizado en el departamento de Ayacucho que tuvo como objetivo evaluar las preferencias de trabajo de los médicos para trabajar en áreas subatendidas del Perú, evaluar las fortalezas relativas de varios atributos y explorar simulaciones de políticas potencialmente relevantes para los formuladores de políticas. Los resultados obtenidos indican que los médicos tienen cinco veces más probabilidades de elegir un área urbana que rural, a pesar de que ambos entornos se encuentran en el mismo departamento en las tierras altas de Ayacucho. Esto muestra claramente la solidez de las preferencias de los médicos por las áreas urbanas y, por lo tanto, la urgente necesidad de desarrollar iniciativas para atraer y retener a la fuerza laboral de salud en áreas rurales subatendidas. Si bien el contexto para revertir la situación es complejo y difícil, el estudio muestra que los incentivos independientes o combinaciones de ellos podrían mejorar el despliegue de los médicos en entornos rurales. Estos incentivos deberían ser considerados por los responsables políticos teniendo en cuenta su factibilidad, costos financieros y beneficios sociales a largo plazo para la población y para el desarrollo rural de Perú (40).

Huicho y cols., desarrollaron el estudio titulado “Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú”, a través de entrevistas profundas a 80 personales de salud entre médicos, enfermeras, obstetras y técnicos (20 por grupo); menciona que es muy importante abordar los incentivos y motivaciones del personal de salud para trabajar en zonas rurales y remotas, particularmente en países en desarrollo como el nuestro, porque la evidencia disponible es todavía insuficiente. Además, se evidencia que en la mayoría de estudios se ha puesto énfasis a los médicos y hay necesidad de prestar mayor atención a los incentivos de los otros trabajadores de salud, que también juegan un rol clave en la atención de salud, especialmente en las zonas más desfavorecidas y de primer nivel de atención. Este estudio demuestra que los principales incentivos, en orden de importancia, fueron mejoras salariales, oportunidades de formación y capacitación, estabilidad laboral y contrato indefinido, mejoras en infraestructura y equipos, e incremento del personal. Se mencionaron también mejoras en la vivienda y alimentación, mayor cercanía con la familia y reconocimiento por el sistema de salud (41).

Huicho y cols. manifiestan que el personal de salud que labora en zonas alejadas se enfrenta a diario a las deficientes condiciones de vida y laborales; en el primer caso encontramos como aspecto central la separación con sus familiares, quienes residen generalmente en la ciudades; problemas para acceder a vivienda y alimentación adecuadas, a buenas escuelas para sus hijos y a oportunidades de empleo para sus parejas; y en el segundo caso, encontramos la percepción predominante de salarios insuficientes, inestabilidad laboral, malestar porque el sistema de salud no ofrece oportunidades de formación y actualización, deficiente infraestructura y equipamiento de los centros laborales, escasez de personal, aumento de cargas laborales y horario; aunado a todo esto la inseguridad, los accidentes de carretera, la carencia de medios de comunicación y transporte, la dureza del clima y la geografía y en muchas ocasiones las relaciones tensas con la comunidad (42).

Teniendo en consideración todo lo ya manifestado, es que surge el cuestionamiento ¿se sienten realmente satisfechos los recursos humanos en salud que laboran en establecimientos I-1?, para indagar en ello surge la pregunta orientadora: Dígame, ¿qué significa para usted laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?, dígame usted, ¿cuáles son sus expectativas a futuro?, tiene usted, ¿algo más que

desearía agregar? De esta manera se analizará el fenómeno develado y servirá de aporte para las instancias administradoras de recursos humanos en salud a fin de tomar acciones en favor de los mismos, teniendo en cuenta que el capital humano es el eje principal en el que gira toda institución y más aún del sector salud porque la relación es directa y estrechamente con personas. De modo que los resultados obtenidos redunden en un mejor abordaje en la atención integral de salud de la población, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los mismos.

1.2 PREGUNTAS ORIENTADORAS DEL ESTUDIO

Debido al enfoque fenomenológico de la investigación, es que se pretendió pasar de lo abstracto de las vivencias y expectativas de cada profesional de salud que labora en establecimientos con categoría I-1, a lo concreto de los textos; de allí que las preguntas que condujeron a develar el fenómeno vivenciado por los y las entrevistados/as, fueron las siguientes:

- Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?
- Dígame usted ¿cuáles son sus expectativas al futuro?
- Tiene usted ¿algo más que desearía agregar?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Develar, describir y comprender las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos salud con categoría I-1, Bambamarca, 2013.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Develar el fenómeno de las vivencias del profesional de salud que labora en establecimientos de salud con categoría I-1, en el distrito de Bambamarca 2013.
- Identificar la expectativa que tiene el profesional de salud que labora en establecimientos de salud con categoría I-1, en el distrito de Bambamarca 2013.
- Analizar y comprender el fenómeno develado de ser un profesional que labora en establecimientos de salud con categoría I-1, distrito Bambamarca 2013.

1.4 MARCO CONCEPTUAL

1.4.1 Vivencia

La vivencia es constituida por periodos de experiencia, donde la realidad acaece en formas diversas a la conciencia, sin embargo, el que dicha experiencia sea en sí misma una forma de conciencia no afecta el hecho que la vivencia es una parte del mundo, sobre todo dentro de los hechos psicológicos, que definen una esencia aprehendida y pura en la ideación. Suponen un complejo entramado de conexiones entre el mundo y el yo, puede ser expuesto a través de la reducción fenomenológica y, por tanto, puede dejar en evidencia esa esencia. La vivencia tiene relevancia en la vida psicológica, surgen en cada persona la capacidad vivencial, con el umbral de profundidad de la vivencia (42), (43).

Es de la cosa su fenómeno, no es la cosa aparente, es conciencia de algo, es decir las vivencias con experiencias vividas por las personas. Como pertenecientes a la conexión de la conciencia, vivimos los fenómenos que pueden ser negativas o positivas; por tanto, es importante articular el mundo externo (surge la experiencia) con el interno. Los fenómenos mismos no aparecen; son vividos (43), (44).

Las vivencias son dilucidadas subjetivamente, la unidad de análisis acude a su repositorio disponible de conocimientos, para asociar aquello que se desconoce a lo se desconoce.

1.4.2 Expectativa

Deriva del latín *expectatum*, significa “mirado” o “visto”. Es el sueño, esperanza o ilusión de cumplir o realizar un propósito determinado (45).

En psicología, la expectativa suele estar asociada a la razonable posibilidad de que algo suceda en casos de incertidumbre cuando aún no está confirmado lo que ocurrirá y es en definitiva una suposición más o menos realista. Siendo una variable de naturaleza cognitiva que sugiere la idea de anticipación y cuya inclusión en los análisis psicológicos resulta de fundamental importancia a fin de explicar y predecir un comportamiento y hasta el motivo del estado de ánimo (43).

A. Teoría de las expectativas

La teoría de las expectativas se le asigna al psicólogo Victor H. Vroom (1964), con el apoyo de Porter - Lawer (1968), quienes afirman que una persona tiende a actuar de cierta manera con bases en las expectativas de que después del hecho, se mostrará un resultado atractivo para el individuo (40). Por eso dijo Aristóteles: “La esperanza es el sueño del hombre despierto” (Filósofo griego, 384-322 a.c.). La teoría de Vroom, postula que las personas se sienten motivadas para hacer algo, de acuerdo al valor que otorguen al producto de su esfuerzo (puede ser negativo o positivo), multiplicado por la certeza que tenga de que sus esfuerzos ayudarán tangiblemente al cumplimiento de una meta (46), (47). Incluye tres variables o elementos:

Fuerza = Valencia X expectativa

- Expectativa: Es el vínculo entre el desempeño y el esfuerzo; se alude a la posibilidad percibida por el sujeto de que su esfuerzo le permitirá alcanzar un nivel de desempeño deseado (47).
- Fuerza: Es el Vínculo entre el desempeño y la recompensa, el individuo cree que desempeñarse a un nivel individual, es el medio para lograr el objetivo deseado. Es la intensidad de la motivación de una persona (47).
- Valencia: Es lo atractivo que puede resultar la recompensa, la importancia que el individuo da al resultado o recompensa potencial que se puede lograr en el trabajo. Es la intensidad, grado o valor que un individuo otorga a un resultado (47).

Intrínseca: satisfacción.

Extrínseca: dinero, promociones, beneficios, tiempo libre.

Cuando una persona se muestra indiferente ante el cumplimiento de cierta meta, ocurre una valencia de cero (0); la valencia es negativa (-1) cuando la persona preferiría no alcanzar la meta. En ambos casos, el resultado sería, por su puesto, ausencia de motivación; pero, si dicho resultado esperado se puede concluir con éxito será equivalente a valencia positiva (+1) (47).

Por tanto, un trabajador se motiva para ejercer un alto nivel de esfuerzo cuando cree que ese esfuerzo llevará a una buena evaluación de su desempeño; una buena evaluación dará lugar a recompensas organizacionales, como bonificaciones, incrementos de salario o un ascenso; y las recompensas satisfarán las metas personales del empleado (46), (47).

Se enfoca en tres relaciones:

- Relación esfuerzo-desempeño: La probabilidad que percibe el individuo de que ejercer una cantidad determinada de esfuerzo llevará al desempeño (47).
- Relación desempeño-recompensa: El grado hasta el cual el individuo cree que desempeñarse a un nivel determinado lo conducirá al logro de un resultado deseado (47).

- Relación recompensas-metas personales: El grado hasta el cual las recompensas organizacionales satisfacen las metas o necesidades personales de un individuo y lo atractivas que son esas posibles (47).



Esta teoría únicamente falla, si al trabajador se le generan expectativas y pudiendo cumplirle, no se le cumple lo prometido (47).

1.4.3 Recursos Humanos en salud

Recursos Humano en Salud hace referencia en sentido más amplio a las personas que para el logro de resultados realizan acciones, ya sea en servicios o bienes en el sistema de salud. Abarca a todas las profesiones y ocupaciones, que se forman y laboran para mejorar la salud de la población; estos pueden ser asalariados o voluntarios en el sector público y privado (16), (48).

Las personas no son recursos, sino que tienen recursos, es decir cuentan con habilidades, conocimientos y experiencias para desarrollar sus labores. Son un factor productivo estructural de las instituciones, definen valores, conforman las prácticas, establecen las formas de relaciones, organizan, y desarrollan el proceso de trabajo en salud, por un lado y, por el otro, se articulan con los otros factores de producción para generar servicios de salud, constituyéndose en el recurso de mayor concurrencia, creativo, dinámico e innovador, piensa, apoya, decide, o aprende, cambia o puede cambiar (4).

En toda organización el Recurso Humano es el principal activo, y el éxito se debe al alto grado de competitividad alcanzado. No hay ninguna duda que la piedra angular y esencial del desarrollo organizacional es el factor humano (5).

A. Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud

Es el número de personal de la salud; enfermeras, obstetras y médicos que, en un determinado año, laboran en establecimientos de salud públicos o privados laboran a tiempo completo, se expresa en una tasa cada 10 000 habitantes (8).

La tasa demográfica expresa la frecuencia de casos (personal de salud) por un número de habitantes determinados. El cálculo se obtiene al dividir el número de profesionales de salud contados en un año determinado entre la población existente en ese mismo período multiplicado por 10 000 (8), (17).

La meta es que todos los países del mundo a partir del año 2015 logren una razón de densidad de recursos humanos de 44,5 profesionales por 10 000 habitantes (17).

B. Profesionales de la salud

Son profesionales que poseen habilidades, conocimientos y actitudes propias de la atención de salud, se encuentran organizados en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos y deben estar en posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello, y trabajen por cuenta propia o ajena (8), (48).

1.4.4 Establecimientos de salud

Es la institución de salud que realiza, en régimen ambulatorio y/o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a restablecer o mantener el estado de salud de los individuos (48). Las instituciones prestadoras de servicios de salud se organizan por niveles de atención, complejidad y categoría de acuerdo al tipo de atención que ofrece cada uno.

A. Niveles de atención

Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la severidad y la magnitud de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutive cuantitativa y cualitativa de la oferta (48)

Este tipo de organización, se sustenta en la empírica comprobación de que los problemas de salud de menor severidad tienen mayor frecuencia relativa que los más severos, y viceversa (48). De acuerdo al comportamiento de la demanda, se reconocen tres niveles de atención; primer, segundo y tercer nivel de atención; tal como se muestra en el anexo N° 02.

B. Niveles de complejidad

Es el grado de desarrollo y diferenciación de los servicios de salud, alcanzando merced a la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad guarda una relación directa con las categorías de establecimientos de salud (48). Tal como se evidencia en el anexo N° 02.

C. Categorización

Es el proceso que dirige a homogenizar a las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende (45). En este proceso no se debe considerar los elementos que indiquen tamaño, ya que éstos dependen del volumen de las necesidades de salud de la población, lo que es variable según la realidad sanitaria local (48).

- **Establecimientos de salud con Categoría I-1:** Grupo de clasificación del primer nivel de atención, con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, de manera ambulatoria, mediante actividades extramurales e intramurales; a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños, así como las de recuperación y rehabilitación de problemas de salud, de

acuerdo a la competencia profesional de la salud no cuenta con médico-cirujano pero cuenta como mínimo con la UPSS consulta externa (48).

A esta categoría corresponden los siguientes establecimientos de salud:

- ✓ Puesto de salud, denominado también Posta de Salud.
- ✓ Consultorio de profesional de la salud no médico cirujano (48).

Los puestos de salud o postas de salud se encuentran ubicados básicamente en zonas rurales o en zonas urbano marginales; por lo que se encargan de atender a la población con mayores necesidades básicas insatisfechas (48).

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

La estructura general del proceso de la presente investigación siguió el orden de una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico hermenéutico o interpretativo, cuya finalidad fue abordar el tema desde el marco interno de los profesionales de la salud que al momento de la recolección de datos estaban laborando en establecimientos de salud con categoría I-1, en el distrito de Bambamarca durante el año 2013.

Todas las personas son diferentes y, por lo tanto, tienen vivencias distintas, la investigación cualitativa según Heidegger, se centra en la comprensión de la vida del ser humano tan próximo como sea posible, describir y comprender su significado.

2.1 LA FENOMENOLOGÍA COMO VERTIENTE METODOLÓGICA PARA ANALIZAR LAS VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE LABORA EN ESTABLECIMIENTOS CON CATEGORÍA I-1

Para captar las características vivenciales se incluyó en el análisis lo que se presentó a la conciencia como objeto de estudio; por lo tanto, fue importante lo que el sujeto dijo acerca de sus experiencias las que hicieron parte de la realidad interna y subjetiva única y propia de cada una de ellas (42). Se analizaron las vivencias intencionales de la conciencia de los sujetos de estudio en su contexto natural, tal y como sucedió, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene, para las personas implicadas, es decir se buscó descubrir el sentido de ese fenómeno global que llamamos mundo; teniendo en cuenta que el investigador, necesariamente, eliminó todo lo subjetivo, excluyó todo lo teórico y prescindió de la tradición; porque solo así estuvo en condiciones de acercarse al fenómeno mismo (44).

El objetivo de la investigación fue centrar la atención en lo específico, en lo individual, buscando siempre la interpretación de los fenómenos que se deseó estudiar, por lo tanto, no existió problema enunciado, sino la investigadora interrogó y al hacerlo trazó una trayectoria y caminó por así decirlo, atrás del sujeto que experimenta la situación. La trayectoria fenomenológica se inició con abordar las cosas mismas, y el abordar las cosas mismas, sólo fue posible a través del mundo de vida (49).

La trayectoria no dependió de supuestos, proposiciones, ni de teorías explicativas, debido a que la investigación cualitativa fenomenológica no formula hipótesis ni contrastaciones previas como ocurre en la investigación tradicional cuantitativa, el rigor que le confiere al estudio se da a través de un rigor epistemológico, aplicado a los discursos donde se busca esclarecer el fenómeno en estudio, haciendo un intento sistemático por develar las estructuras significativas internas del mundo de la vida. (42). Es decir, este tipo de estudio no sólo es una forma distinta de investigar, sino que trata de explicar cómo un paradigma vivencial, puede cambiar la visión de nuestro entorno profesional; basándose en el estudio de los fenómenos que determinan la conducta humana; de esta manera entender mejor a las personas que vivenciaron estos hechos (44).

A través de la fenomenología se hace un intento sistemático por develar las estructuras significativas internas del mundo de la vida, los significados vividos existenciales que se encuentran inmersos en la vida cotidiana y se apoya de la hermenéutica para entender la manifestación verbal de la persona en estudio, por lo que no necesita de relaciones estadísticas o predominio de opiniones sociales, tampoco en la frecuencia de algunos comportamientos o solo en a la actitud del ser humano que quiere entender a otro como oyente o lector.

2.2 FENÓMENO SITUADO

Con el propósito de situar el fenómeno, la recolección de los discursos se realizó en el lugar donde aconteció, donde se produjo la experiencia, así el fenómeno en estudio fue constituido por las vivencias de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de salud con complejidad I-1 del distrito de Bambamarca. Situar el fenómeno en su propio mundo, en términos fenomenológicos, significó colocarlos

“entre paréntesis”, en suspensión, esto es conocido en fenomenología como “epojé” o “epoche”. Al colocar el fenómeno entre paréntesis se procuró describirlo tan precisamente como fue posible, dejando de lado cualquier hipótesis, supuesto o teoría, buscando exclusivamente aquello que se mostró, tal como Husserl lo menciona: es “lo que se muestra a sí y en sí mismo tal como es”, es decir, un elemento irreducible, originario y no tiene por qué ser necesariamente algo sensible” y como Martin Heidegger menciona en su obra Ser y Tiempo, la temporalidad será un concepto también de espacialidad, de un contexto. Entonces todo lo que “es” ocurre “siendo”, y ello no escapa a un lugar y un tiempo, es decir a un contexto. El concepto de Ser-en-el-mundo, (sí, así con guiones) donde son justamente los guiones los que resumen la indisolubilidad del ser humano y el mundo, es decir, ser y mundo son, en la medida de su encuentro (42), (44).

Desde el inicio fue necesario situar el fenómeno, debido a que solo hay fenómeno psicológico en cuanto haya un sujeto en el cual se sitúa. Hay siempre un sujeto, en una situación, vivenciando el fenómeno y éste es percibido de modo consiente por aquel que lo ejecuta. La conciencia de la experiencia es siempre intencional (49).

En esta modalidad la delimitación del fenómeno está fundamentado en un enfoque filosófico aplicado principalmente en el campo psicológico como la percepción, el aprendizaje, la memoria, la imaginación, el pensamiento, la fantasía, las experiencias y las vivencias (44).

La investigadora no partió de un vacío ni de un marco nulo, sino que su asombro frente al fenómeno que deseó investigar le dio intencionalidad y con ello dirigió su estudio; esperando que los sujetos sean capaces de tener acceso a los contextos y compartimientos de situaciones que estaban viviendo, que pudieran describir lo que estaban experimentando del modo más adecuado; de tal manera que se logró develar el fenómeno.

2.3 MOMENTOS DE LA TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Para develar el fenómeno fue necesario seguir tres momentos de reflexión o análisis; descripción, reducción y comprensión fenomenológica.

2.3.1 Descripción Fenomenológica: “Estas descripciones surgen por medio del discurso de los sujetos, cuyo lenguaje denota la manera por la cual, representan el mundo para sí mismos” (49). En esta investigación se obtuvo como resultado de una relación dialógica en sujeto, que se da de un sujeto a otro con su respectivo discurso acompañado de “inteligibilidad”. Este proceso fue posible mirando atenta a los discursos de los sujetos, las situaciones vividas y manifestadas en su propio lenguaje o mundo.

El objetivo del primer paso fue describir la naturaleza de la experiencia vivida, y a partir de dicha descripción, captar la esencia, convirtiéndose en su tarea de la investigadora dejar que el mundo de aquel, se revele en la descripción (50).

Primero se realizó la transcripción tal y como se denota el discurso, posteriormente, a través de repetidas lecturas sobre su contenido de los discursos, la investigadora se fue familiarizando con las descripciones lo que le permitió identificar las unidades de significado (esencia del fenómeno en estudio) de acuerdo a su óptica y se sistematizó lo vivido por el sujeto en relación al fenómeno. Al inicio estas unidades fueron tomadas tal como son propuestas por el sujeto que estaba describiendo el fenómeno y cuando se llegó a una visión del todo, entonces fue el momento en el que se inició la reducción del fenómeno (42).

2.3.2 Reducción fenomenológica: Siguiendo a Husserl, la reducción fenomenológica, epojé o epoche fenomenológica alude a la desconexión de los aspectos psicofísicos, accidentales, contingentes o fácticos de las vivencias, lo que implica una puesta entre paréntesis de esos aspectos, para dar paso a lo eidético o esencial de ellas, es decir para enfocar en objeto solamente lo esencial, lo necesario, lo a priori; sin embargo, siguiendo a Heidegger se incluyó el proceso de escucha del ente ante lo “no dicho”, teniendo presente que el ser utiliza los entes y su entorno con tal familiaridad, que en su relato solo es posible percibir la esencia, rompiendo esta familiaridad y adentrándose en él. Si se aprende a escuchar en el ente lo no dicho, es posible que éste se dé o se done (50).

En este momento se llevó a cabo una limpieza de los discursos, redactando en primera persona cada unidad de significado lo que permitirá dilucidar el fenómeno, esto no significa que se negó, ni excluyó nada, sino, se colocó en suspensión de las creencias y valores sobre la existencia del fenómeno interrogado, dejando de lado cualquier hipótesis, supuesto o teoría, buscando exclusivamente aquello que se muestra (vivencias y expectativas). Esto demuestra que la fenomenología necesita de una relación yo-tú donde la presencia y el encuentro con el otro, da origen a la vivencia de soledad y desamparo y lo que nos brinda el sentido de la coexistencia (43).

Sin embargo, pareciera que la fenomenología fuera un reduccionismo más; quizás por ello fue importante echar mano de la precisión que a este respecto hace el fenomenólogo español Javier San Martín (2008) cuando indica que el sentido de la reducción fenomenológica no es quedarnos con un pedazo de la realidad (reducto) y desechar lo demás. Su propuesta consiste en tomar la reducción como re[con]ducción, esto es, luego de la puesta entre paréntesis, nos dirigimos a la conciencia y en ella vemos tanto los fenómenos como los modos en los que se presentan y se constituyen. La fenomenología, entonces, avanza de epojé-re[con]ducción en epojé-re[conducción] (44).

Con ello se logró colocar al fenómeno en suspensión, se buscó el fenómeno y sólo el fenómeno en las descripciones de los sujetos. Esto fue posible a través de un procedimiento de reflexión y de “variación imaginativa”. Se procuró colocarse en el lugar del sujeto y vivir la experiencia por el vivida, imaginando cada parte como si estuviera presente o ausente de ella; es decir transformando las expresiones cotidianas del discurso del sujeto en expresiones propias que sustenten lo que estaba buscando; convirtiendo las unidades significativas en su propio lenguaje; para luego poder decir que se llegó al momento de la comprensión de los significados esenciales (50).

2.3.3 Comprensión Fenomenológica: Fue el momento de sacar a la luz las realidades múltiples, develar los significados psicológicos presentes en las descripciones ingenuas de los sujetos entrevistados en relación con la experiencia vivida; así como de obtener una proposición consistente de cada una de las experiencias de los sujetos a través del análisis ideográfico.

Posteriormente se buscó las convergencias; es decir los aspectos comunes que permanecen en todas las descripciones o todos los discursos y las divergencias (aspectos diferentes) e idiosincrasia (aspectos individuales); que revelan aspectos estructurales propios; que es la manera como el sujeto rehace, de forma muy personal la acción de los agentes externos, en este caso hablamos de análisis nomotéticos; lo que permitió buscar las generalidades del fenómeno (50). Una vez reconocida las condiciones necesarias; los constituyentes y las relaciones estructurales del fenómeno en general; se llegó al momento en el que la esencia del fenómeno se ha develado.

- **Análisis ideográfico o análisis individual:** Se refiere al empleo de ideogramas o de representaciones de ideas por medio de símbolos o códigos que se asigna a cada uno de los significantes extraídos de los discursos (44).

La noción ideográfica se deriva de la concepción de ideofenómeno, esto quiere decir, un fenómeno único o unitario. Se relaciona con un carácter individual, no digno de ser comparado con fenómenos similares. De acuerdo con esta noción, cada cual tiene diferencias individuales importantes, uno no es comparable en términos de identidad con ningún otro (44). Existe una diferenciación, o más bien, una “individualización” que se tiene que considerar con el objeto o fenómeno de estudio al hacer investigación, esto se demuestra al observar que cada profesional de la salud vivencia de forma particular el laborar en establecimientos de salud de categoría I-1 en distrito de Bambamarca durante el año 2013.

Las descripciones individuales ingenuas poseen sus límites, no siempre expresan en forma clara el fenómeno que está siendo interrogado, por tanto, la finalidad de esta fase de la investigación fue producir la inteligibilidad que envuelve a la articulación, la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones entre sí de los significados del sujeto (50).

- **Análisis Nomotético o psicológico general:** En la búsqueda de la estructura final de la esencia del fenómeno, se pasó del aspecto psicológico

individual hacia el psicológico general de manifestación del fenómeno. Se consiguió gracias al resultado de la comprensión de las convergencias, divergencias e idiosincrasias que se muestran en cada caso mediante el análisis ideográfico (50).

En el análisis nomotético las convergencias que se encontraron formaron parte de la estructura general del fenómeno y las divergencias e idiosincrasias indicaron percepciones individuales resultantes de modos personales de reacciones mediante agentes externos (42), (50).

Este análisis no fue solo una verificación cruzada de correspondencia de las afirmaciones reales sino también fue una profunda reflexión sobre la estructura del fenómeno, es decir, el fenómeno fue percibido en algunas de sus variadas perspectivas (44).

La noción de análisis nomotético está relacionada con la idea de un objeto de estudio que conforma una clase, por consiguiente, posee características similares al resto de los sujetos o miembros de la misma. Partiendo de este punto de vista, se estableció una especie de “comunalidad” o uniformidad entre los elementos que conformarán el grupo de estudio (49). Esta direccionalidad para la generalidad fue obtenida al articular las relaciones de las estructuras individuales entre sí.

Procedimiento para construir el cuadro nomotético: Para facilitar la visualización de los datos encontrados y la construcción de los resultados se elaboró una tabla nomotética con la finalidad de brindar el análisis nomotético del fenómeno en estudio de manera organizada:

- En la primera columna vertical del cuadro se presentó la totalidad de las unidades de significado interpretadas provenientes de los ocho discursos analizados, agrupados conforme a convergencias encontradas. Las unidades de significado han sido identificadas con números arábigos desde el 1 hasta el 49.

- En la segunda columna indicada por un asterisco representó la procedencia de la unidad de significado interpretada. Con números romanos están los discursos de los profesionales de la salud y letra minúscula la unidad de significado interpretada según la convergencia de las unidades de análisis.
- Horizontalmente en el mismo cuadro se encontrarán enumerados con números romanos los discursos. En el interior de la tabla se encuentran las convergencias representadas por la letra mayúscula “C”, seguido de un número de la unidad de significado convergente. Del mismo modo se indicaron las divergencias con una letra mayúscula “D” seguida del número de la unidad de significado divergente al igual que las idiosincrasias representadas por la letra mayúscula I seguida por el número de la unidad de significado que representa la idiosincrasia.

Esta representación permitió cruzar y analizar las apreciaciones subjetivas conllevando a develar el fenómeno.

2.4 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por ocho profesionales de la salud que estaban laborando al momento de la recolección de datos en establecimientos de salud con categoría I-1 del distrito de Bambamarca, provincia de Hualgayoc, departamento Cajamarca en el año 2013. Los entrevistados están conformados por profesionales obstetras y licenciados en enfermería, varones y mujeres entre las edades de 27 a 33 años, de estado civil soltero (madre, padre), conviviente, que cuentan con experiencia laboral no menor de dos años en establecimientos de salud con categoría I-1, que estuvieron conscientes, orientados en espacio, tiempo y persona, y que aceptaron participar en el estudio voluntariamente. La selección de los participantes o “unidades de análisis” se lo realizó de manera intencionada, siguiendo un diseño flexible.

Es importante recalcar, que los participantes fueron voluntarios, por lo que tuvieron la libertad de retirarse en cualquier fase de la investigación, realizando previamente

el consentimiento informado escrito y, con la finalidad de respetar su anonimato, se las identificó mediante un seudónimo tal como requiere la ley e investigación Biomédica (51).

2.5 TÉCNICA FENOMENOLÓGICA

Se utilizó la técnica denominada “bola de nieve” o también conocida como “saturación”, que consiste en que una vez que se inició el proceso de entrevistas, cuando las entrevistas se repiten en su contenido y ya no aportando al proceso de comprensión del fenómeno, se da la indicación del fenómeno en estudio que se ha concluido (52).

Es importante mencionar que dentro de la entrevista se utilizó la técnica denominada prueba o periodo de silencio con la finalidad de establecer una paz confortable durante la entrevista. Van Mannen lo denomina “silencio epistemológico que lo define como aquel que experimenta cuando se enfrenta a lo “incontable” (52). Algunas ideas o sentimientos no pueden capturarse en palabras; es importante para la entrevistadora sentirse bien, en silencio, para estar atento a escuchar el “poderoso silencio”, que puede hablar más que mil palabras (53).

2.6 HERRAMIENTA FENOMENOLÓGICA

Para una adecuada recolección de datos se utilizó la entrevista profunda, la cual se enfocó al descubrimiento de los conocimientos específicos de fenómenos; ya que el propósito no fue explicar, predecir o generar teorías, sino comprender los significados presentes en la narración del entrevistado, o sea, los significados ocultos del fenómeno (54).

La investigadora diseñó la entrevista, pero ésta también se puede ir armando durante el proceso. La entrevista fenomenológica estuvo conformada por preguntas abiertas, sin ser estructuradas, la cual se desarrolló de manera participativa entre la entrevistadora y el entrevistado, debido a que ambos pueden sufrir una curación o

catarsis en la historia, a medida que se fortalecen a través de la búsqueda de nuevos significados en las experiencias vividas (54).

Se realizó la entrevista utilizando preguntas orientadoras, formuladas de manera tal que pudiese ser entendida por los participantes y así obtener su experiencia vivida.

2.7 ESCENARIO Y PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó en los establecimientos de salud con categoría I-1 que pertenecen al distrito de Bambamarca, provincia Hualgayoc, departamento Cajamarca, país Perú (55).

Bambamarca se encuentra ubicado aproximadamente a 117 Km. al norte de la provincia de Cajamarca a una altitud promedio de 2532 msnm, cuenta con una extensión de 66 837 Km., de total de su población el 81,99% representa a los que habitan en la zona rural y solo 18,01% en la zona urbana (55).

La obtención de los datos se realizó mediante entrevistas a profundidad con la previa autorización de los participantes, a quienes se les entrevistó en forma anónima, usando una grabadora y un espacio privado, seguro y cómodo de tal manera que se generó confianza. El diálogo fue horizontal y espontáneo, realizando la pregunta de rigor: dígame, ¿qué significa para Ud. laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?, ¿cuáles son sus expectativas?, ¿algo más que desearía agregar? luego se les dejó expresarse libremente y sin interrupción sus vivencias, entre pregunta y pregunta se dejó espacios de silencio por si el participante desee agregar algo más. (56). Posteriormente se procedió a redactar fielmente y con honestidad el discurso para su respectivo análisis.

Como requisito para obtener datos certeros resultó necesario tener un contacto previo a la entrevista con el profesional de la salud que fue entrevistado para explicarle el propósito de la recolección de datos y cuál será su fin; por lo que se hizo uso del consentimiento informado escrito y del anonimato tal como dispone la ley de investigación Biomédica (55).

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO

En la presente investigación, fue necesario mantener una postura ética, moral y legal que implica la confidencialidad de los datos de la investigación, manteniendo en todo momento el anonimato (57); las consideraciones éticas y de rigor científico que se tuvieron en cuenta son:

- a. **Confidencialidad:** La información expuesta por los colaboradores de la investigación se mantuvo en todo momento en secreto, convirtiéndose la investigadora en guardián de los datos (58).
- b. **Credibilidad:** Se estableció un clima de confianza horizontal entre la investigadora y el participante con la finalidad de obtener información de calidad y sobre todo certera, para ello se creó un clima de absoluta confianza; procediendo posteriormente a transcribir en forma honesta cada uno de los discursos (58).
- c. **Confirmabilidad:** Se intentó establecer el grado de similitud o diferencias con otros estudios de investigación, sin embargo, en nuestro medio no se cuenta con otros estudios, por tal razón se tomó en cuenta la información del participante tal y como fue proporcionada sin ser influenciada por los prejuicios de la investigadora (58).
- d. **Transferibilidad:** Se realizó con la finalidad de que los hallazgos puedan transferirse a otros contextos con similares características al contexto de estudio (58).
- e. **Auditabilidad:** Se mantuvo una clara decisión en todo el trayecto de la investigación con la finalidad de lograr el objetivo propuesto y los resultados obtenidos puedan ser auditables (58).

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DISCURSOS

El estudio corresponde a una Investigación Cualitativa con enfoque fenomenológico Hermenéutico o Interpretativo, siendo la Entrevista Fenomenológica, el principal instrumento a utilizar, a fin de develar las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos con categoría I-1 del distrito de Bambamarca, durante el año 2013.

Para develar el fenómeno fue necesario enumerar los discursos con números romanos en forma secuencial del I al VIII, transcritos en forma textual de las grabaciones recolectadas, procediendo a leerlo repetidamente las veces que sean necesarias a fin de comprender lo expresado, extrayendo sobre esta base las Unidades de Significado, las cuáles fueron enumeradas en forma correlativa con números arábigos entre paréntesis y en superíndice. Inmediatamente posterior a ello, se realizó la Reducción Fenomenológica, extrayendo el fenómeno a estudiar manteniendo la esencia del discurso. Luego, a través de un proceso de tematización se elaboró un Cuadro de Convergencias en el que se agruparon en la columna a la izquierda las unidades de significado que comparten ciertos aspectos y a la derecha, se ubicaron las unidades de significado interpretadas. Una vez obtenida las unidades de análisis interpretadas se procedió al análisis ideográfico por cada uno de los discursos, obteniendo una síntesis lo que demuestra la descripción que caracteriza la estructura general del fenómeno estudiado. Por último, se construyó el cuadro de análisis nomotético, el que significa análisis y la interpretación general del fenómeno estudiado.

3.1 ANÁLISIS IDEOGRÁFICO: Con este análisis se pretendió definir y comprender las particularidades individuales y únicas de cada profesional de salud que labora en establecimientos con categoría I-1 en el distrito de Bambamarca, 2013.

3.1.1 DISCURSO I

- **Seudónimo:** José.
- **Edad:** 28 años.
- **Estado civil:** Soltero.
- **Profesión:** Obstetra.
- **Tiempo de experiencia:** 3 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

“Bueno..., laborar en un establecimiento con esa categoría significa integralidad ya que nos dedicamos a lo preventivo promocional satisfacción de tu profesión, empezar a vivir y conocer la realidad de nuestra gente⁽⁴⁾; pero... a la vez es pagar derecho de piso porque dicen que hoy en día todo cuesta⁽⁵⁾, es conformarse con lo poco o escaso que llegan a nuestras zonas si es que llegan o sino frito⁽⁶⁾”.

¿Cuáles son sus expectativas?

“Yo quiero autorrealizarme, llegar a ocupar un cargo más importante y desde allí servir a mi gente como siempre lo hice⁽⁷⁾. Es necesario conocer la realidad para llegar a ser grande y eso es lo que hago prepararme para el mañana o en el peor de los casos nombrarme por lo menos, es lo justo ¿no? (8)”

¿Algo más que desee agregar?

“Bueno, se deben incluir políticas que integren al profesional de salud, porque si existen no las conozco⁽⁹⁾ y que además tengan en cuenta que también necesitamos progresar⁽¹⁰⁾”.

Cuadro 01. Análisis Ideográfico del discurso I.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno..., laborar en un establecimiento con esa categoría significa integralidad ya que nos dedicamos a lo preventivo promocional pero también a lo asistencial a un 200%... 2. Es implementar estrategias ya vividas y comprobarlas cuando llegues a un nivel directivo... 3. Aún constituye parte de la realización, ya que es importante empezar desde abajo para llegar a ser grande, a ser mejor... 4. Es la satisfacción de tu profesión, empezar a vivir y conocer la realidad de nuestra gente. 5. Pero... a la vez es pagar derecho de piso, porque dicen que hoy en día todo cuesta. 6. Es conformarse con lo poco o escaso que llegan a nuestras zonas si es que llegan o sino frito. 7. Yo quiero autorrealizarme, llegar a ocupar un cargo más importante y desde allí servir a mi gente como siempre lo hice. 8. Es necesario conocer la realidad para llegar a ser grande y eso es lo que hago prepararme para el mañana o en el peor de los casos nombrarme por lo menos, es lo justo ¿no? 9. Bueno, se deben incluir políticas que integren al profesional de salud, porque si existen no las conozco. 10. Tengan en cuenta que también necesitamos progresar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es una labor integral, dedicándose a lo preventivo promocional además de lo asistencial. 2. Es implementar estrategias ya vividas y comprobarlas cuando llegues a un nivel directivo. 3. Constituye parte de la autorrealización, empezando desde abajo para llegar a ser mejor. 4. Es la satisfacción de tu profesión, empezar a vivir y conocer la realidad de nuestra gente. 5. Es soportar injusticias para llegar alcanzar lo propuesto, porque que hoy en día todo cuesta. 6. Conformarse con los pocos o escasos recursos que llegan a nuestros establecimientos de salud. 7. Quiero autorrealizarme, llegar a ocupar un cargo más importante y desde allí servir a la población. 8. Es una preparación para ocupar cargos laborales de mayor rango o nombrarse, lo que considera que es lo justo. Además, le permite conocer la realidad en que habita la población. 9. Deben incluir políticas que integren al profesional de salud porque si existen no las conozco. 10. También necesitamos progresar.

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 02. Convergencias en el discurso I.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Laborando integralmente</p> <p>a. Es una labor integral, dedicándose a lo preventivo promocional además de lo asistencial⁽¹⁾.</p> <p>Adquiriendo experiencia</p> <p>b. Implementar estrategias ya vividas y comprobarlas cuando llegues a un nivel directivo⁽²⁾. Constituye parte de la autorrealización personal empezar desde un nivel considerado como el más bajo para llegar ocupar un cargo mucho más importante⁽³⁾. Es una preparación para ocupar cargos laborales de mayor rango o nombrarse, considerando que es lo justo. Además, le permite conocer la realidad en que habita la población⁽⁸⁾.</p> <p>Percibiendo recompensa</p> <p>c. Es la satisfacción de tu profesión, empezar a vivir y conocer la realidad de nuestra gente⁽⁴⁾.</p> <p>Resignándose a vivir injusticias</p> <p>d. Es soportar injusticias para llegar alcanzar lo propuesto, porque que hoy en día todo cuesta⁽⁵⁾. Conformarse con los pocos o escasos recursos que llegan a nuestros establecimientos de salud⁽⁶⁾.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>e. Quiero autorrealizarme, llegar a ocupar un cargo más importante y desde allí servir a mi gente⁽⁷⁾. También necesitamos progresar⁽¹⁰⁾.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. Quiero seguir avanzando profesionalmente y para ello es necesario incluir políticas que integren al profesional de salud, porque si existen no las conozco⁽⁹⁾.</p>	<p>Laborando integralmente</p> <p>a. Manifiesta que es una labor integral, dedicándose a lo asistencial y preventivo promocional.</p> <p>Adquiriendo experiencia</p> <p>b. Considera que laborar en un establecimiento I-1 es adquirir experiencia y conocer la realidad en que habita la población para ser comprobada al llegar a ocupar un cargo administrativo o para nombrarse.</p> <p>Percibiendo recompensa</p> <p>c. Siente que la recompensa a su labor es convivir con la realidad en que habitan los pueblos.</p> <p>Resignándose a vivir injusticias</p> <p>d. La participante se siente resignada ante las injustas condiciones laborales en las que se encuentra inmiscuida.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>e. Tiene deseo de superarse personal y profesionalmente, siempre con vocación de servicio.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. Tiene la esperanza que se incluyan políticas que integren al profesional de salud, o se socialicen las existentes porque considera que no las conoce.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso I**

El colaborador manifiesta que trabajar en un establecimiento de categoría I-1 significa experimentar una labor integral debido a que su trabajo no se enfoca netamente a lo asistencial sino también abarca lo preventivo y promocional, sin embargo, también siente que está adquiriendo experiencia y conociendo la realidad en que habitan los pobladores, para ser comprobada al llegar ocupar un puesto laboral de mayor rango o, ser nombrado, considerando a todo esto como una recompensa a su labor.

Ante las malas condiciones laborales que el sistema de salud ofrece se siente resignado considerando que es necesario soportar injusticias para llegar alcanzar lo propuesto por lo que mantiene viva la esperanza de que mejoren las condiciones laborales, creando políticas que integren a los recursos humanos en salud o socializando las existentes porque considera que no las conoce. Antes las circunstancias vivenciadas el participante tiene deseo de superación personal y profesional con la necesidad de ocupar un cargo laboral más importante con vocación de servicio.

3.1.2 DISCURSO II

- **Seudónimo:** Anita.
- **Edad:** 32 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Soltera.
- **Profesión:** Licenciada en enfermería.
- **Tiempo de experiencia:** 6 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Es tener que hacer de todo y aprender de todo, pero, sobre todo, la prevención y la promoción que de hecho es muy importante actualmente para las exigencias de nuestro país, así como el trabajo en equipo con la familia y comunidad ⁽¹⁾.

Me da mucha tristeza porque ya vengo trabajando buen tiempo y hasta el momento no me han nombrado, ¿qué pasa con nuestras autoridades, acaso se olvidaron que el I-1 también existe? ⁽²⁾ Tenemos que dejar todo y seguir en la sacrificada labor, muchas veces exponiéndonos al peligro esto puede ser por las vías inaccesibles u otras características que le da esa mención ⁽³⁾. Siento pena dejar mi familia, no cumplir los objetivos que me propuse por tan poca recompensa ⁽⁴⁾.

¿Cuáles son sus expectativas?

Quisiera acercarme más a la ciudad, estar cerca a mi familia y bueno seguir este... laborando para la atención de los usuarios ⁽⁵⁾ y que ojalá algunas de nuestras autoridades se preocupen por mejorar las carreteras, los sueldos y que no nos dejen trabajar solos que incrementen personal ⁽⁶⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Realmente quisiera pedirles sinceramente a los jefes, a los superiores de que evalúen bien al personal y a la gente nueva mandarlos a los sitios más alejados y que a los antiguos nos acerquen ⁽⁷⁾.

Cuadro 03. Análisis ideográfico del discurso II.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es tener que hacer de todo y aprender de todo, pero sobre todo la prevención y la promoción que de hecho es muy importante actualmente para las exigencias de nuestro país, así como el trabajo en equipo con la familia y comunidad. 2. Me da mucha tristeza porque ya vengo trabajando buen tiempo y hasta el momento no me han nombrado, ¿qué pasa con nuestras autoridades?, se olvidaron que el I-1 ¿también existe? 3. Tenemos que dejar todo y seguir en la sacrificada labor muchas veces exponiéndonos al peligro esto puede ser por las vías inaccesibles u otras características que le da esa mención 4. Siento pena dejar mi familia..., no cumplir los objetivos que me propuse por tan poca recompensa. 5. Quisiera acercarme más a la ciudad, estar cerca a mi familia y bueno seguir este... laborando para la atención de los usuarios 6. Ojalá algunas de nuestras autoridades se preocupen por mejorar las carreteras, los sueldos y que no nos dejen trabajar solos, que incrementen personal. 7. Quisiera pedirles sinceramente a los jefes, a los superiores de que evalúen bien al personal y a la gente nueva mandarlos a los sitios más alejados y que a los antiguos nos acerquen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es hacer y aprender de todo enfatizando lo preventivo y promocional, así como también el trabajo en equipo con las familias y comunidad. 2. Me da mucha tristeza el trabajar tanto tiempo y aún no nombrarme, ¿qué acaso nuestras autoridades se olvidaron que el I-1, también existe? 3. Tenemos que dejar todo y seguir en la sacrificada labor, muchas veces exponiéndonos al peligro por las vías inaccesibles u otras características de la zona. 4. Siento pena dejar mi familia y no cumplir con mis objetivos trazados por tan poca recompensa. 5. Quisiera trabajar más cerca de la ciudad y de mi familia. 6. Ojalá nuestras autoridades mejoren el acceso a las comunidades, las remuneraciones e incrementen personal. 7. Quisiera pedirles a los jefes que evalúen al personal de salud, acerquen a los que tienen más experiencia y a los que recién se reincorporan consideren para las zonas alejadas.

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 04. Convergencias en el discurso II.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Laborando integralmente</p> <p>a. Es hacer y aprender de todo enfatizando lo preventivo y promocional, así como también el trabajo en equipo con las familias y comunidad⁽¹⁾.</p> <p>Sintiendo tristeza y frustración</p> <p>b. Me da mucha tristeza el trabajar tanto tiempo y aún no nombrarme, ¿Qué acaso nuestras autoridades se olvidaron que el I-1, también existe? ⁽²⁾ Siento pena dejar mi familia y no cumplir mis objetivos trazados por tan poca recompensa⁽⁴⁾.</p> <p>Experimentando sacrificio</p> <p>c. Tenemos que dejar todo y seguir en la sacrificada labor, muchas veces exponiéndonos al peligro por las vías inaccesibles u otras características de la zona. ⁽³⁾</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Quisiera acércame más a la ciudad, y de mi familia. ⁽⁵⁾ Quisiera pedirles a los jefes que evalúen al personal de salud, acerquen a los que tienen más experiencia y a los que recién se reincorporan consideren para las zonas alejadas. ⁽⁷⁾</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>e. Ojala nuestras autoridades mejoren el acceso a las comunidades, las remuneraciones e incrementen personal y no nos dejen trabajar solos.⁽⁶⁾</p>	<p>Laborando integralmente</p> <p>a. Manifiesta que es hacer y aprender de todo, enfatizando lo preventivo y promocional y el trabajo en equipo con las familias y comunidad.</p> <p>Sintiendo tristeza y frustración</p> <p>b. Le genera sentimientos de tristeza y frustración el estar laborando tanto tiempo y no nombrarse, estar alejado de su familia, no poder lograr sus objetivos trazados por tan poca recompensa.</p> <p>Experimentando sacrificio</p> <p>c. Siente que tiene que dejar todo por su sacrificada labor, exponiéndose muchas veces al peligro por las vías inaccesibles u otras características de la zona.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Desea mejorar su situación laboral, dejando las zonas alejadas por las más cercanas a la ciudad, que le permitan estar con su familia.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>e. Tiene la esperanza de que las autoridades mejoren el acceso a las comunidades, incrementen las remuneraciones y el personal en los establecimientos de salud.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso II**

La participante manifiesta que laborar en un establecimiento I-1 es hacer una labor integral, porque significa dedicarse a lo asistencial, preventivo y promocional enfatizando el trabajo en equipo con las familias y comunidad; sin embargo, al mismo tiempo considera que es un sacrificio que implica dejar de lado su vida por su trabajo, generándole tristeza y frustración por estar expuesta a múltiples riesgos, dejar a su familia, no cumplir sus objetivos trazados por tan poca recompensa y la indiferencia de los líderes frente a lo sucedido.

Frente a ello tiene deseos de mejorar su situación laboral, dejando las zonas alejadas por las más cercanas a la ciudad, que le permitan estar con su familia, además tiene la esperanza de que las autoridades mejoren el acceso a las comunidades, incrementen las remuneraciones y el personal en los establecimientos de salud.

3.1.3 DISCURSO III

- **Seudónimo:** Laurita.
- **Edad:** 29 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Soltera.
- **Profesión:** Obstetra.
- **Tiempo de experiencia:** 5 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Bueno para mí... *significa un gran sacrificio, un gran sacrificio donde tenemos sentimientos encontrados, personalmente tengo sentimientos encontrados...*⁽¹⁾ *Por un lado, me siento contenta de que la vida me dé esa oportunidad de servir a las personas que tal vez más lo necesitan, que tienen menos acceso a los servicios de salud*⁽²⁾; *pero por otro lado, como persona y como obstetra me siento frustrada, porque como obstetra no estoy creciendo, ya que sabemos que en los establecimientos I-1 no más que tenemos que hacer es estabilizar, referir y hacer seguimiento a las pacientes...*⁽³⁾ *Muchas veces colega tenemos que caminar dos tres horas, no encontrar a las pacientes y si están exponernos a que nos rechacen*⁽⁴⁾. *Y me da mucha indignación colega que si hay una complicación o hay una muerte materna; y pese a mi esfuerzo de hablarles, concientizarlas, de brindarles la confianza, bueno hay muchas personas que acceden sin embargo hay otras que simplemente no quieren acceder son totalmente reacios, totalmente cerrados; los jefes nos acusen que nosotros lo matamos o que por nuestra culpa han muerto*⁽⁵⁾, esto es un sacrificio y no es justo colega...⁽⁶⁾

Realmente a mí lo que me indigna es que tras de un escritorio es muy sencillo decir, exigir que presentemos tal o cual información de que las cosas vayan en calidad A1 y muchas veces no podemos porque es insuficiente lo que nos proporcionan⁽⁷⁾, *nadie piensa en nosotros*⁽⁸⁾, *los sueldos al menos que nos dan no justifican nuestra ardua labor*⁽⁹⁾ *y tal vez me atrevo a decir tenemos mayor responsabilidad que la gente que trabaja en establecimientos con mayor*

categoría, porque, es simple el paciente se fue, bueno llamas al fiscal firmas su alta voluntaria y se acabó⁽¹⁰⁾. Acá no... acá muchas veces mandamos a Cajamarca colega y lo regresan a la paciente y cuando lo regresan, ¡sígalo a su paciente! y lo seguimos a la paciente y la paciente se queja de que no le han dado una buena atención o en lo peor de los casos como ha sucedido en otros establecimientos gracias a Dios acá todavía no, la paciente se muere, al personal le tratan de averiguar hasta la sinrazón y muchas veces ya no depende de uno y yo por eso me siento muy frustrada⁽¹¹⁾.

¿Cuáles son sus expectativas?

A mí me gustaría bajar a la ciudad e... crecer como obstetra, tener de repente más acceso y más posibilidades a centros de mayor complejidad para que los pacientes no corran el gran riesgo de morir porque ahora lo que más nos preocupa son las muertes maternas y es uno de los objetivos del milenio...⁽¹²⁾ y si definitivamente mis expectativas es bajar... bajar, acercarme porque acá...⁽¹³⁾ Nuestras autoridades, las persona de nivel central o jefes nos exigen, nos exigen, presentar documentos información, cumplir parece que se han olvidado como es el trabajo en campo⁽¹⁴⁾, entonces mis expectativas son bajar...⁽¹⁵⁾ Lamentablemente uno trabaja por necesidad todos tenemos gastos y por esa necesidad es que estamos trabajando o bueno estoy trabajando donde estoy trabajando⁽¹⁶⁾ pero si en algún momento tengo oportunidad de bajar definitivamente lo voy hacer⁽¹⁷⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Me gustaría que las autoridades tengan a consideración y que no solamente exijan, sino que también vean la calidad de vida como profesionales o como personal de salud⁽¹⁸⁾.

Cuadro 05. Análisis ideográfico del discurso III.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno para mí... significa un gran sacrificio, un gran sacrificio donde tenemos sentimientos encontrados, personalmente tengo sentimientos encontrados... 2. Por un lado, me siento contenta de que la vida mede esa oportunidad de servir a las personas que tal vez más lo necesitan, que tienen menos acceso a los servicios de salud. 3. Por otro lado, como persona y como obstetra me siento frustrada, porque como obstetra no estoy creciendo, ya que sabemos que en los establecimientos I-1 no más que tenemos que hacer es estabilizar, referir y hacer seguimiento a las pacientes... 4. Muchas veces colega tenemos que caminar dos o tres horas, no encontrar a las pacientes o si están exponernos a que nos rechacen. 5. Me da mucha indignación colega que si hay una complicación o hay una muerte materna; y pese a mi esfuerzo de hablarles, concientizarlas, de brindarles la confianza, bueno hay muchas personas que acceden, sin embargo, hay otras que simplemente no quieren acceder son totalmente reacios, totalmente cerrados; los jefes nos acusen que nosotros lo matamos o que por nuestra culpa han muerto. 6. Esto es un sacrificio y no es justo colega... 7. Realmente a mí lo que me indigna es que tras de un escritorio es muy sencillo decir, exigir que presentemos tal o cual información de que las cosas vayan en calidad A1 y muchas veces no podemos porque es insuficiente lo que nos proporcionan. 8. Nadie piensa en nosotros. 9. Los sueldos al menos que nos dan no justifican nuestra ardua labor. 10. Y tal vez me atrevo a decir, tenemos mayor responsabilidad que la gente que trabaja en establecimientos con mayor categoría, porque es simple el paciente se fue, bueno llamas al fiscal firmas su alta voluntaria y se acabó. 11. Acá no... acá muchas veces mandamos a Cajamarca colega y lo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Significa un gran sacrificio, que genera sentimientos encontrados. 2. Me siento contenta de que la vida mede la oportunidad de servir a las personas más necesitadas y con menos acceso a los servicios de salud. 3. Como persona y obstetra me siento frustrada porque no me permite crecer. 4. Para visitar a los pacientes tenemos que caminar dos o tres horas, a veces no encontrarlos o enfrentar su rechazo. 5. Me genera indignación que si hay una complicación o muerte materna los jefes nos culpen hasta el extremo de llamarnos asesinos, pese a los grandes esfuerzos que se hace. 6. Es un sacrificio y una injusticia. 7. Siento indignación por las exigencias de quiénes están de tras de un escritorio y muchas veces no se dan cuenta que no se puede cumplir porque el material que nos proveen es insuficiente. 8. Nadie piensa en nosotros. 9. Las remuneraciones que percibimos no justifican nuestra ardua labor. 10. Tenemos mayor responsabilidad que el personal de salud que labora en establecimientos de mayor categoría. 11. Siento frustración por la gran responsabilidad que nos encomiendan

<p>regresan a la paciente y cuando lo regresan, ¡sígalo a su paciente! y lo seguimos a la paciente y la paciente se queja de que no le han dado una buena atención o en lo peor de los casos como ha sucedido en otros establecimientos gracias a Dios acá todavía no, la paciente se muere, al personal le tratan de averiguar hasta la sinrazón y muchas veces ya no depende de uno y yo por eso me siento muy frustrada.</p> <p>12. A mí me gustaría bajar a la ciudad e..., crecer como obstetra, tener de repente más acceso y más posibilidades a centros de mayor complejidad para que los pacientes no corran el gran riesgo de morir porque ahora lo que más nos preocupa son las muertes maternas y es uno de los objetivos del milenio...</p> <p>13. Y si definitivamente mis expectativas es bajar... bajar, acercarme porque acá...</p> <p>14. Nuestras autoridades, las personas de nivel central o jefes nos exigen, nos exigen, presentar documentos información, cumplir, parece que se han olvidado como es el trabajo en campo.</p> <p>15. Mis expectativas son bajar...</p> <p>16. Lamentablemente uno trabaja por necesidad todos tenemos gastos y por esa necesidad es que estamos trabajando o bueno estoy trabajando donde estoy trabajando.</p> <p>17. Pero si en algún momento tengo oportunidad de bajar definitivamente lo voy hacer.</p> <p>18. Me gustaría que las autoridades tengan a consideración y que no solamente exijan, sino que también vean la calidad de vida como profesionales o como personal de salud.</p>	<p>y las inculpaciones que nos hacen los administrativos en el caso de una muerte o complicación materna, aun sin que dependa de nosotros.</p> <p>12. Me gustaría trabajar en la ciudad en centros de mayor complejidad y medrar como obstetra.</p> <p>13. Mis expectativas son bajar, acercarme a la ciudad.</p> <p>14. Las autoridades o jefes tienen muchas exigencias con nosotros, olvidando como es el trabajo en campo.</p> <p>15. Mis expectativas son bajar.</p> <p>16. Trabajo donde estoy por necesidad económica.</p> <p>17. Si tengo oportunidad de rotación definitivamente lo voy hacer.</p> <p>18. Me gustaría que las autoridades tenga a consideración al profesional de la salud que labora en establecimientos de salud I-1, velen por su calidad de vida.</p>
--	--

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 06. Convergencias en el discurso III.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Experimentando sacrificio e injusticia</p> <p>a. Significa un gran sacrificio, que genera sentimientos encontrados⁽¹⁾. Para visitar a los pacientes tenemos que caminar dos o tres horas, a veces no encontrarlos o enfrentar su rechazo⁽⁴⁾. Esto es un sacrificio y no es justo⁽⁶⁾. Las remuneraciones que percibimos no justifican nuestra ardua labor⁽⁹⁾.</p> <p>Percibiendo satisfacción</p> <p>b. Me siento contenta de que la vida me da la oportunidad de servir a las personas más necesitadas y con menos acceso a los servicios de salud⁽²⁾.</p> <p>Sintiendo frustración e indignación</p> <p>c. Como persona y obstetra me siento frustrada porque no me permite crecer⁽³⁾. Me genera indignación que si hay una complicación o muerte materna los jefes nos culpen hasta el extremo de llamarnos asesinos, pese a los grandes esfuerzos que se hace⁽⁵⁾. Siento indignación por las exigencias de quiénes están de tras de un escritorio y muchas veces no se dan cuenta que no se puede cumplir porque el material que nos proveen es insuficiente⁽⁷⁾. Siento frustración por la amplia responsabilidad que nos encomiendan y las inculpaciones que nos hacen los administrativos en el caso de una muerte materna, aun sin que dependa de nosotros⁽¹¹⁾.</p> <p>Sobreviviendo al abandono</p> <p>d. Nadie piensa en nosotros⁽⁸⁾.</p> <p>Experimentando mayor responsabilidad y exigencia</p> <p>e. Tenemos mayor responsabilidad que el personal de salud que labora en establecimientos de mayor categoría.⁽¹⁰⁾ Las autoridades o jefes tienen muchas exigencias con nosotros,</p>	<p>Experimentando sacrificio e injusticia</p> <p>a. Considera que es un gran sacrificio e injusticia, porque no le dan el valor merecido a su labor, las remuneraciones no lo justifican, generándole sentimientos encontrados.</p> <p>Percibiendo satisfacción</p> <p>b. Considera que atender a las personas más necesitadas y con menos acceso a los servicios de salud le genera satisfacción.</p> <p>Sintiendo frustración e indignación</p> <p>c. Manifiesta que como persona y obstetra se siente frustrada e indignada porque su trabajo no le permite progresar, les encomiendan demasiadas responsabilidades sin proporcionales el material necesario y la inculpabilidad que muchas veces les hacen frente a una muerte o complicación materna pese a los grandes esfuerzos que realizan.</p> <p>Sobreviviendo al abandono</p> <p>d. Se siente sola, que nadie la respalda.</p> <p>Experimentando mayor responsabilidad y exigencia</p> <p>e. Siente que es mayor la responsabilidad de trabajo que en los establecimientos de salud con mayor categoría. Los jefes tienen mayores exigencias</p>

<p>olvidando como es el trabajo en campo.⁽¹⁴⁾</p> <p>Deseando superarse</p> <p>f. Me gustaría trabajar en la ciudad en centros de mayor complejidad y crecer como obstetra.⁽¹²⁾ Si tengo oportunidad de bajar definitivamente lo voy hacer.⁽¹⁷⁾ Mis expectativas son bajar, acercarme.⁽¹³⁾</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>g. Me gustaría que las autoridades tengan a consideración al profesional de la salud que labora en establecimientos de salud I-1, velen por su calidad de vida.⁽¹⁸⁾</p> <p>Laborando por necesidad económica</p> <p>h. Trabajo donde estoy por necesidad económica.⁽¹⁶⁾</p>	<p>olvidando como es el trabajo en campo.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>f. Tiene deseo de mejorar su situación laboral y realizarse profesionalmente, establecimientos de salud de mayor categoría.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>g. Le gustaría que las autoridades les tengan consideración a los profesionales de la salud que laboran en establecimientos I-1 y velen por su calidad de vida.</p> <p>Laborando por necesidad económica</p> <p>h. Labora por necesidad económica.</p>
---	--

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso III**

Para el colaborador laborar en un establecimiento con nivel de complejidad I-1, significa experimentar sacrificio generándole sentimientos encontrados, por un lado, satisfacción al atender a las personas con menos recursos económicos y acceso a los servicios de salud, pero por otro lado siente frustración, indignación, injusticia y abandono debido a que las diferentes circunstancias que vivencia a diario no le permite seguir mejorando profesionalmente, además de que a todos sus esfuerzos que realiza en bien de la población no le son dados el valor que amerita lo que le hace sentirse sola y que nadie la respalda.

Siente que tiene mayor responsabilidad el laborar en un establecimiento de salud I-1 que en uno con mayor categoría debido que los jefes tienen mayores exigencias olvidando el significado del trabajo en campo lo que le hace sentir que la razón más fuerte que le incita a quedarse en ese lugar es la necesidad económica.

Actualmente tiene deseos de mejorar su situación laboral y realizarse profesionalmente en lugares más cercanos a la ciudad, además tiene la esperanza de que mejoren las condiciones labores, incluyendo políticas de estado que contribuyan con mejorar su calidad de vida de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de categoría I-1.

3.1.4 DISCURSO IV

- **Seudónimo:** Rosy.
- **Edad:** 31 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Conviviente.
- **Profesión:** Licenciada en enfermería.
- **Tiempo de experiencia:** 4 años 10 meses.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Bueno para mí... claro... a veces estar más cerca pero ahora estoy tranquila⁽¹⁾, tranquila porque si me abastezco no tengo muchas pacientes gestantes⁽²⁾, la población si me hace caso pero si estoy bien⁽³⁾, estoy tranquila⁽⁴⁾, ya tengo casi cinco años acá y no he tenido problemas, la gentecita es buena, me tratan como si fuera de su familia hasta me traen algunas cosas que producen las tierras de este lugar⁽⁵⁾. La gente es humilde, buena..., pero... también a veces cuando no lo atiendes a como están acostumbrados hacen hasta lo imposible porque salieras⁽⁶⁾.

Mira mmm... yo en realidad ya me acostumbré a convivir con ellos⁽⁷⁾, aunque a veces me pongo triste y quisiera retornar a mi lugar...⁽⁸⁾

Mmm...otra cosa es que... es difícil conseguir movilidad para llegar a visitar nuestra familia,⁽⁹⁾ pero ya pues te acostumbras, bueno tampoco queda de otra pues...⁽¹⁰⁾

¿Cuáles son sus expectativas?

Bueno espero que cada vez vengan más pacientes no tenga población complicada⁽¹¹⁾ y me gustaría que me bajen a un mediano o largo plazo⁽¹²⁾ y si me bajen, pero... si estoy tranquila⁽¹³⁾, me gustaría algunos equipamientos que me faltan ¡eso sí!, y si aumentarían el sueldo sería mejor⁽¹⁴⁾, además me gustaría que contraten más personal para mejorar la atención a los pacientes⁽¹⁵⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Si, sobre todo que aumenten las capacitaciones, aumenten el sueldo ⁽¹⁶⁾ y bueno a los colegas y de más profesionales de la salud que se animen a trabajar, es gratificante ayudar a la gente, además la gente nos necesita⁽¹⁷⁾.

Cuadro 07. Análisis ideográfico del discurso IV.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMELÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno para mí... claro... a veces estar más cerca pero ahora estoy tranquila. 2. Tranquila porque si me abastezco no tengo muchas pacientes gestantes. 3. La población si me hace caso, pero si estoy bien. 4. Estoy tranquila. 5. Ya tengo casi cinco años acá y no he tenido problemas, la gentecita es buena, me tratan como si fuera de su familia hasta me traen algunas cosas que producen las tierras de este lugar. 6. La gente es humilde, buena..., pero... también a veces cuando no lo atiendes a como están acostumbrados hacen hasta lo imposible por que salieras. 7. Mira mmm... yo en realidad ya me acostumbré a convivir con ellos. 8. A veces me pongo triste y quisiera retornar a mi lugar... 9. Mmm... otra cosa es que... es difícil conseguir movilidad para llegar a visitar nuestra familia. 10. Pero ya pues te acostumbras, bueno tampoco queda de otra pues... 11. Bueno espero que cada vez vengan más pacientes, no tenga población complicada. 12. Me gustaría que me bajen a un mediano o largo plazo. 13. Y si me bajen, pero... si estoy tranquila. 14. Me gustaría algunos equipamientos que me faltan ¡eso sí!, y si aumentarían el sueldo sería mejor. 15. Me gustaría que contraten más personal para mejorar la atención a los pacientes. 16. Si, sobre todo que aumenten las capacitaciones, aumenten el sueldo. 17. Bueno a los colegas y de más profesionales de la salud que se animen a trabajar, es gratificante ayudar a la gente, además la gente nos necesita. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quisiera estar más cerca, pero por ahora estoy tranquila. 2. Tranquila, si alcanzo atender a todos los pacientes, tengo pocas gestantes. 3. Estoy bien, la población me respeta. 4. Estoy tranquila. 5. La población es buena, me tratan como si fuera una integrante más de su familia hasta me traen algunos productos que producen sus tierras. 6. La gente es humilde, buena; salvo que no los atiendes de acuerdo a sus perspectivas. 7. Me acostumbré a convivir con la población. 8. A veces siento tristeza y ganas de retornar a mi lugar natal. 9. Es difícil visitar a nuestra familia por escasez de movilidad. 10. Te acostumbras, tampoco queda otra posibilidad. 11. Espero tener mayor población no complicada que acuda a los servicios de salud. 12. Me gustaría laborar en centros de mayor categoría a un mediano o largo plazo. 13. Quisiera que me roten, aunque estoy tranquila. 14. Que implementen con equipamiento e incrementen las remuneraciones. 15. Que contraten más personal de salud. 16. Que incrementen las capacitaciones y remuneraciones. 17. Es gratificante ayudar a la población más necesitada, por lo que les sugiero labor en establecimientos de salud con categoría I-1.

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 08. Convergencias en el discurso IV.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Sintiendo tranquilidad y bienestar</p> <p>a. Ahora estoy tranquila⁽¹⁾. Tranquila porque si alcanzo atender a todos los pacientes, tengo pocas gestantes⁽²⁾. Estoy bien porque la población me respeta⁽³⁾. Estoy tranquila⁽⁴⁾. Quisiera que me roten a la ciudad, aunque estoy tranquila⁽¹³⁾.</p> <p>Acostumbrándose y aceptando con resignación</p> <p>b. La población es buena, me tratan como si fuera una integrante más de su familia hasta me traen algunos productos que producen sus tierras⁽⁵⁾. La gente es humilde, buena; salvo que no las atiendes de acuerdo a sus perspectivas⁽⁶⁾. Me acostumbré a convivir con la población⁽⁷⁾. Te acostumbras, tampoco queda otra posibilidad⁽¹⁰⁾.</p> <p>Sintiendo tristeza y deseo de retornar</p> <p>c. A veces siento tristeza y ganas de retornar a mi lugar natal⁽⁸⁾. Es difícil visitar a nuestra familia por escasez de movilidad⁽⁹⁾.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>d. Espero tener mayor población no complicada que acuda a los servicios de salud⁽¹¹⁾. Que implementen con equipamiento e incrementen las remuneraciones⁽¹⁴⁾. Que contraten más personal de salud⁽¹⁵⁾. Que incrementen las capacitaciones y remuneraciones⁽¹⁶⁾. Me gustaría laborar en centros de mayor complejidad a un mediano o largo plazo⁽¹²⁾.</p> <p>Percibiendo recompensa y satisfacción</p> <p>e. Es gratificante ayudar a la población más necesitada, por lo que incentiva a laborar en establecimiento de salud de categoría I-1⁽¹⁷⁾.</p>	<p>Sintiendo tranquilidad y bienestar</p> <p>a. Manifiesta tranquilidad y bienestar por tener un número reducido de pacientes y por el respeto que ha ganado de población donde labora.</p> <p>Acostumbrándose y aceptando con resignación</p> <p>b. La benevolencia, el cariño y la humildad de la población, lo hacen sentir aceptada y en familia, lo que le permitió acostumbrarse a laborar en establecimientos de salud con categoría I-1.</p> <p>Sintiendo tristeza y deseo de retornar</p> <p>c. La inaccesibilidad a su centro de labores hace difícil la visita a sus familiares lo que le ocasiona tristeza y ganas de retornar a su lugar natal.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>d. Tiene la esperanza que mejoren las condiciones laborales como: implementar con equipamiento, incremento de remuneraciones y capacitaciones, contrato de más personal y rotación a centros de mayor categoría de acuerdo al tiempo de experiencia.</p> <p>Percibiendo recompensa y satisfacción</p> <p>e. Siente que la recompensa y la satisfacción que le genera su labor es ayudar a la población más necesitada.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso IV**

La colaboradora manifiesta que laborar en establecimiento de salud con categoría I-1 le hace sentir tranquilidad y bienestar por tener un número reducido de pacientes y por el respeto que le demuestra la población lo que le ha permitido acostumbrarse y aceptar con resignación su trabajo. Sin embargo, la inaccesibilidad le hace difícil la visita a sus familiares, ocasionándole tristeza y ganas de retornar a su lugar de procedencia. La recompensa y satisfacción que le genera trabajar en un establecimiento de categoría I-1 es el ayudar a la población más necesitada en la difícil tarea de conseguir salud. Guarda la esperanza que mejoren las condiciones laborales, implementando con equipamiento su centro laboral, incrementando las remuneraciones y capacitaciones, contratando más personal y rotando de acuerdo al tiempo de experiencia a centros de mayor categoría.

3.1.5 DISCURSO V

- **Seudónimo:** Cindy.
- **Edad:** 37 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Soltera (madre).
- **Profesión:** Obstetra.
- **Tiempo de experiencia:** 5 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Para mí es un compromiso que tenemos que asumir⁽¹⁾. porque bueno ya nos comprometimos, estamos trabajando acá⁽²⁾. He... me da mucha desilusión, mucha desilusión, recuerdo cuando joven estudiaba la carrera salí con muchas ilusiones pero la realidad es otra colega y...⁽³⁾ este he... desilusionada acá realmente somos prácticamente maltratados, si faltamos por salud ya nos están informando, objetando cosas, por ejemplo eh... yo ya estoy casi una semana mal, pero así tenemos que venir a trabajar pues, no es la primera vez⁽⁴⁾.

Como que nos resta valor cuando trabajamos acá lejos y sin contar que a veces no te dan permiso, nos piden informaciones que a veces tenemos que gastar hasta de nuestro bolsillo, porque la plata tampoco no nos llega a tiempo⁽⁵⁾. Yo realmente estoy así descontenta, pero por fuerza, por necesidad estoy acá⁽⁶⁾, pero si yo tendría otra situación económica o no tendría mis hijos yo no estaría acá y es lamentable porque estoy aquí luchando por mis hijos pero a la vez los tengo descuidados así es...⁽⁷⁾

¿Cuáles son sus expectativas?

Bueno yo ya voy perdiendo esperanzas porque ya voy cinco años acá, no me rotan no me bajan he pedido me ponen pretextos⁽⁸⁾. Hay otras personas que bajan más rápido no sé porque, pero acá trabajamos bien y no nos hacen caso y eso me decepciona y me pone triste⁽⁹⁾, y de verdad colega si me gustaría bajar, sí, pero no visualizó esa esperanza hoy por hoy mmm...⁽¹⁰⁾ Estoy esperando pues

que alguien tenga conciencia y nos den lo que nos corresponde ¿no? ⁽¹¹⁾, personal antiguo de repente reconsiderarnos, aunque sea por nuestra familia deben hacernos caso y bajarnos colega⁽¹²⁾, porque a veces parece que somos los más olvidados⁽¹³⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Bueno colega que sería bueno que se haga efectivo lo que dicen de las remuneraciones según el lugar donde trabajamos ¿no? ⁽¹⁴⁾ En lugares más distantes paguen un poco más porque en realidad nuestro trabajo no es de seis horas es de 24 horas porque no sacan en la madrugada, en la mañana, en la noche y trabajamos 24 horas y esas horas nadie nos reconoce ⁽¹⁵⁾.

Cuadro 09. Análisis ideográfico V.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para mí es un compromiso que tenemos que asumir. 2. Bueno ya nos comprometimos, estamos trabajando acá. 3. He... me da mucha desilusión, mucha desilusión, recuerdo cuando joven estudiaba la carrera salí con muchas ilusiones, pero la realidad es otra colega. 4. Y... este he... desilusionada acá realmente somos prácticamente maltratados, si faltamos por salud ya nos están informando, objetando cosas, por ejemplo, eh... yo ya estoy casi una semana mal, pero así tenemos que venir a trabajar pues, no es la primera vez. 5. Como que nos resta valor cuando trabajamos acá lejos y sin contar que a veces no te dan permiso, nos piden informaciones que a veces tenemos que gastar hasta de nuestro bolsillo, porque la plata tampoco no nos llega a tiempo. 6. Yo realmente estoy así descontenta, pero por fuerza, por necesidad estoy acá. 7. Si yo tendría otra situación económica o no tendría mis hijos yo no estaría acá y es lamentable porque estoy aquí luchando por mis hijos, pero a la vez los tengo descuidados así es... 8. Bueno yo ya voy perdiendo esperanzas porque ya voy cinco años acá, no me rotan no me bajan he pedido me ponen pretextos. 9. Hay otras personas que bajan más rápido no sé porque, pero acá trabajamos bien y no nos hacen caso y eso me decepciona y me entristece. 10. Y de verdad colega si me gustaría bajar, sí, pero no visualizó esa esperanza hoy por hoy mmm... 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un compromiso que se tiene que asumir. 2. Es un compromiso que hay que asumir por responsabilidad. 3. Me siento desilusionada por la realidad en que vive en su centro de labores. 4. Desilusionada por el maltrato y la indiferencia de nuestros jefes. 5. El trabajo en zonas alejadas es desmerecido. 6. Me siento descontenta, pero por fuerza y necesidad sigue laborando. 7. Estoy laborando por necesidad económica y ofrecerles mejor calidad de vida a mi familia, sin embargo, los tengo descuidados. 8. Estoy perdiendo las esperanzas de llegar a trabajar en establecimientos de mayor categoría, porque cuando lo solicito me ponen obstáculos. 9. Me siento decepcionada y triste por no ser tratada de forma justa e igualitaria. 10. Me gustaría trabajar en centros de mayor categoría, aunque veo lejana la posibilidad.

<p>11. Estoy esperando pues que alguien tenga conciencia y nos den lo que nos corresponde ¿no?</p> <p>12. Personal antiguo de repente considerarnos, aunque sea por nuestra familia deben hacernos caso y bajarnos colega.</p> <p>13. A veces parece que somos los más olvidados.</p> <p>14. Bueno colega que sería bueno que se haga efectivo lo que dicen de las remuneraciones según el lugar donde trabajamos ¿no?</p> <p>15. En lugares más distantes paguen un poco más porque en realidad nuestro trabajo no es de seis horas es de 24 horas porque no sacan en la madrugada, en la mañana, en la noche y trabajamos 24 horas y esas horas nadie nos reconoce.</p>	<p>11. Espero que se le dé el valor merecido al trabajo realizado.</p> <p>12. Deben considerar tiempo de experiencia para rotar al personal de salud.</p> <p>13. Somos los más olvidados.</p> <p>14. Las remuneraciones deben ser según la distancia al centro de labores.</p> <p>15. Las remuneraciones deben ser mayores en zonas más alejadas, porque el trabajo es mayor a lo estipulado.</p>
---	---

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 10. Convergencias en el discurso V.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Asumiendo compromiso por responsabilidad</p> <p>a. Es un compromiso que se asume. ⁽¹⁾ Es un compromiso que hay que seguir por responsabilidad. ⁽²⁾</p> <p>Sintiendo frustración, indignación y tristeza</p> <p>b. Siente desilusión por la realidad en que vive en su centro de labores. ⁽³⁾ Desilusionada por el maltrato y la indiferencia de nuestros jefes. ⁽⁴⁾ El trabajo en zonas alejadas es desmerecido. ⁽⁵⁾ Me siento decepcionada y triste por no ser tratada de forma justa e igualitaria. ⁽⁹⁾</p> <p>Laborando por necesidad económica</p> <p>c. Me siento descontenta, pero por fuerza y necesidad sigo laborando. ⁽⁶⁾ Estoy laborando en un establecimiento alejado por necesidad económica y ofrecerles mejor calidad de vida a mi familia, sin embargo, los tengo descuidados. ⁽⁷⁾</p> <p>Viviendo con incertidumbre</p> <p>d. Estoy perdiendo las esperanzas de llegar a trabajar en establecimientos de mayor complejidad, porque cuando lo solicito me ponen trabas. ⁽⁸⁾ Me gustaría trabajar en centros de mayor complejidad, aunque veo lejos esa posibilidad. ⁽¹⁰⁾</p> <p>Sintiendo necesidad de reconocimiento</p> <p>e. Espero que se le dé el valor merecido al trabajo realizado. ⁽¹¹⁾ Deben considerar tiempo de experiencia para rotar al personal de salud. ⁽¹²⁾ Las remuneraciones deben ser según la distancia al centro de labores. ⁽¹⁴⁾ Las remuneraciones deben ser mayores en zonas más alejadas. ⁽¹⁵⁾</p> <p>Sobreviviendo al abandono</p> <p>f. Somos los más olvidados. ⁽¹³⁾</p>	<p>Asumiendo compromiso por responsabilidad</p> <p>a. Manifiesta que es un compromiso que asume por responsabilidad.</p> <p>Sintiendo frustración, indignación y tristeza</p> <p>b. Se siente frustrada, indignada y triste por las condiciones laborales que vivencia a diario: maltrato, indiferencia, injusticia e igualdad por parte del sistema de salud.</p> <p>Laborando por necesidad económica</p> <p>c. Labora por fuerza, necesidad económica y ofrecerles mejor calidad de vida a su familia, sin embargo, los tiene descuidados.</p> <p>Viviendo con incertidumbre</p> <p>d. La posibilidad de que labore en un centro de mayor complejidad manifiesta que es incierta y aún la ve lejana porque cuando solicita rotación le ponen obstáculos.</p> <p>Sintiendo necesidad de reconocimiento</p> <p>e. Deben reconocer al personal de salud con: rotación, teniendo en cuenta el tiempo de experiencia, y con remuneraciones acorde a la distancia (mayores en zonas alejadas).</p> <p>Sobreviviendo al abandono</p> <p>f. Se siente abandonada por el sistema de salud.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis Ideográfico en el discurso V**

Colaboradora manifiesta que laborar en un establecimiento I-1, es un compromiso que asume por responsabilidad, fuerza, necesidad económica y con ello ofrecerle mejor calidad de vida a su familia.

Le genera sentimientos de frustración, indignación y tristeza por las condiciones laborales que vivencia a diario maltrato, indiferencia, injusticia e inequidad por parte del sistema de salud; lo que le hace sentirse abandonada. Además, le embarga la incertidumbre de llegar a laborar a un establecimiento de mayor categoría porque visualiza lejana la posibilidad de ser rotad, porque cada vez que lo solicita le ponen obstáculos.

Siente la necesidad que su labor sea reconocida con rotación de acuerdo al tiempo de experiencia y con la distribución de remuneraciones acordes con la distancia, mayores para las zonas más alejadas.

3.1.6 DISCURSO VI

- **Seudónimo:** Mary.
- **Edad:** 28 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Soltera.
- **Profesión:** obstetra.
- **Tiempo de experiencia:** 3 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Para mí trabajar en zonas alejadas, es una explotación en todo el sentido de la palabra⁽¹⁾, porque trabajar en zonas alejadas como ésta, significa trabajar 24 horas y recibir sueldo de sólo seis horas y... sueldos que no responden al sacrificio que significa⁽²⁾.

Vivir lejos del avance científico, vivir muchas de las veces en pésimas condiciones eso no es justo colega⁽³⁾. muchas veces no en condiciones óptimas de salud y es irónico escuchar la frase que dice: “personas que atendemos personas”, entonces, ¿el personal de salud es la excepción o es que los derechos humanos hacen excepciones?⁽⁴⁾

Es irónico que ofrezcamos salud muchas veces sin tenerlo nosotros, u otras veces sin que nos capaciten o nos pongan miles de pretextos para los permisos si es que lo autofinanciamos nuestras actualizaciones...⁽⁵⁾ Mmm... me encuentro realmente decepcionada y si sigo en pie de lucha es porque la población me reconforta al ver en sus ojos la felicidad cuando he salvado una vida pese a las inclemencias⁽⁶⁾. Como ves colega acá el trabajo es duro así como hoy me encontraste barriendo y te aseguro que si hubiese una emergencia dejo mi escoba y salgo corriendo de médico, obstetra, enfermera, técnico, ambulancia y todo lo que se requiere...⁽⁷⁾

¿Cuáles son sus expectativas?

Mis expectativas realmente son hacer currículum, ganar experiencia laboral y conseguir algo mejor a un corto plazo⁽⁸⁾. Ya he dado por mi país, ya he dado por mi pueblo, por mi comunidad y es necesario seguir haciéndolo, pero desde otro nivel⁽⁹⁾. Quiero trabajar en un nivel que me permita avanzar en el aspecto profesional, familiar, social, político y económicamente⁽¹⁰⁾.

Que confort cuando has logrado obtener algo que sueñas y sueñas y que desilusión cuando no lo puedes hacer porque simplemente terceros te ponen trabas y mucho más si lo hace la gente de tu mismo gremio que cree sentirse superior⁽¹¹⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Creo que sí... que este trabajo que está realizando colega, ojalá pueda hacerlo llegar a nuestros “grandes jefes” y se den cuenta que los profesionales de la salud que trabajamos en zonas alejadas también existimos y que nuestra labor es más difícil y complica que estar donde hay de todo⁽¹²⁾.

Cuadro 11. Análisis ideográfico del discurso VI.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Para mí trabajar en zonas alejadas como ésta, es una explotación en todo el sentido de la palabra. 2. Trabajar en zonas alejadas como ésta, significa trabajar 24 horas y recibir sueldo de sólo seis horas y... sueldos que no responden al sacrificio que significa. 3. Vivir lejos del avance científico, vivir muchas de las veces en pésimas condiciones, eso no es justo colega. 4. Muchas veces no en condiciones óptimas de salud y es irónico escuchar la frase que dice: “personas que atendemos personas”, entonces, ¿el personal de salud es la excepción o es que los derechos humanos hacen excepciones? 5. Es irónico que ofrezcamos salud muchas veces sin tenerlo nosotros, u otras veces sin que nos capaciten o nos pongan miles de pretextos para los permisos si es que lo autofinanciamos nuestras actualizaciones... 6. Mmm... me encuentro realmente decepcionada y si sigo en pie de lucha es porque la población me reconforta al ver en sus ojos la felicidad cuando he salvado una vida pese a las inclemencias. 7. Como ves colega acá el trabajo es duro, así como hoy me encontraste barriendo y te aseguro que si hubiese una emergencia dejo mi escoba y salgo corriendo de médico, obstetra, enfermera, técnico, ambulancia y todo lo que se requiere... 8. Mis expectativas realmente son hacer currículum, ganar experiencia laboral y conseguir algo mejor a un corto plazo. 9. Ya he dado por mi país, ya he dado por mi pueblo, por mi comunidad y es necesario seguir haciéndolo, pero desde otro nivel. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laborar en zonas alejadas es explotación. 2. Trabajar en zonas alejadas, significa sacrificio porque se trabaja mayor tiempo a lo estipulado y el sueldo no lo justifica. 3. Es vivir alejados del avance científico y en muchos casos en pésimas condiciones, lo que no es justo. 4. Es vivir en condiciones no aceptables para la salud, excluidos y es irónico escuchar la frase “personas que atendemos personas”. 5. Es irónico que se promueva salud sin gozar de ella o en otros casos sin recibir la capacitación necesaria o aún no nos den las facilidades para acudir a las actualizaciones si son autofinanciadas. 6. Estoy decepcionada, pero sigo en pie de lucha porque la felicidad de la población me reconforta. 7. El trabajo es duro, porque hay que cumplir múltiples funciones a la vez. 8. Mis expectativas son hacer currículum, ganar experiencia laboral y conseguir algo mejor a un corto plazo. 9. Ya he dado todo de mí desde mi puesto laboral y es necesario seguir haciéndolo desde otro nivel.

<p>10. Quiero trabajar en un nivel que me permita avanzar en el aspecto profesional, familiar, social, político y económicamente.</p>	<p>10. Quiero trabajar en un nivel que me permita avanzar en el aspecto profesional, familiar, social político y económico.</p>
<p>11. Que confort cuando has logrado obtener algo que sueñas y sueñas y que desilusión cuando no lo puedes hacer porque simplemente terceros te ponen trabas y mucho más si lo hace la gente de tu mismo gremio que cree sentirse superior.</p>	<p>11. Siente confort cuando ha logrado alcanzar sus metas y desilusión cuando no lo consigue, porque sencillamente terceros le impiden y creen sentirse superior.</p>
<p>12. Que este trabajo que está realizando colega, ojala pueda hacerlo llegar a nuestros “grandes jefes” y se den cuenta que los profesionales de la salud que trabajamos en zonas alejadas también existimos y que nuestra labor es más difícil y complicada que estar donde hay de todo.</p>	<p>12. Este trabajo que está realizando hágalo llegar a nuestros “grandes jefes” para que ojala se den cuenta que los profesionales de la salud que laboramos en zonas alejadas tenemos una labor más difícil y complicada y que además formamos parte de ellos.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 12. Convergencias en el discurso VI.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Sintiéndose explotada y excluida</p> <p>a. Laborar en zonas alejadas es una explotación. ⁽¹⁾ Es vivir en condiciones no aceptables para la salud, excluidos y es irónico escuchar la frase “personas que atendemos personas”. ⁽⁴⁾ El trabajo es duro porque hay que cumplir múltiples funciones a la vez. ⁽⁷⁾</p> <p>Experimentando sacrificio e injusticia</p> <p>b. Trabajar en zonas alejadas, significa sacrificio porque se trabaja mayor tiempo a lo estipulado y el sueldo no lo justifica. ⁽²⁾ Es vivir alejados del avance científico y en muchos casos en pésimas condiciones, lo que no es justo. ⁽³⁾ Es irónico que se promueva salud sin gozar nosotros de ella o en otros casos sin recibir la capacitación necesaria o aún no nos den las facilidades para acudir a las actualizaciones si son autofinanciadas. ⁽⁵⁾</p> <p>Percibiendo recompensa</p> <p>c. Estoy decepcionada, pero sigo en pie de lucha porque la felicidad de la población, me reconforta. ⁽⁶⁾</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Mis expectativas son hacer currículo, tener experiencia laboral y conseguir algo mejor a corto plazo. ⁽⁸⁾ Ya he dado todo de mí desde mi puesto laboral y es necesario seguir haciéndolo desde un nivel más alto. ⁽⁹⁾ Quiero trabajar en un nivel que me permita avanzar en el aspecto profesional, familiar, social político y económico. ⁽¹⁰⁾</p> <p>Sintiendo frustración</p> <p>e. Siente confort cuando ha logrado alcanzar sus metas y desilusión cuando no lo consigue, porque</p>	<p>Sintiéndose explotada y excluida</p> <p>a. Siente que es explotación, porque tiene que cumplir múltiples funciones a la vez, vivir en condiciones no aceptables para la salud y excluidos; sin embargo, es irónico escuchar la frase “personas que atendemos personas”.</p> <p>Experimentando sacrificio e injusticia</p> <p>b. Es vivir alejado del avance científico, laborar en pésimas condiciones de salud, trabajar más tiempo a lo estipulado, peor aún siente que es injusto e irónico que muchas veces tenga que impartir salud sin gozar de ella, sin poder seguir preparándose profesionalmente y sin percibir un sueldo meritorio.</p> <p>Percibiendo recompensa</p> <p>c. Está decepcionada, pero sigue laborando por que la felicidad de la población lo reconforta.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Sus expectativas son hacer currículo, ampliar su experiencia laboral y a corto plazo conseguir un mejor puesto de trabajo. Siente que es hora de seguir ayudando a la población, pero desde otro nivel donde le permita crecer en todos los aspectos de su vida.</p> <p>Sintiendo frustración</p> <p>e. Se siente frustrada el no alcanzar sus metas trazadas porque sencillamente</p>

<p>sencillamente terceros le impiden y creen sentirse superior.⁽¹¹⁾</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. El trabajo que está realizando hágalo llegar a nuestros “grandes jefes” para que ojala se den cuenta que los profesionales de la salud que laboramos en zonas alejadas tenemos una labor más difícil y complicada y que además estamos presentes.⁽¹²⁾</p>	<p>terceros lo impiden y creen sentirse superior.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. Tiene esperanza de que éste trabajo de investigación llega a instancias administradoras de salud, y los encargados de estas áreas propongan cambios en bien de los que laboran en zonas desfavorecidas.</p>
---	---

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso VI**

La participante siente que laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1, significa explotación, porque implica cumplir múltiples funciones a la vez, y laborar muchas de las veces en condiciones no aceptables para la salud. También siente que es un sacrificio e injusticia porque es vivir alejado del avance científico, en pésimas condiciones de salud, trabajar más tiempo a lo estipulado, muchas de las veces impartir salud sin gozar de ella, sin capacitarse profesionalmente o sin percibir un sueldo meritorio aunado a ello que terceros le ponen obstáculos impidiéndole avanzar profesionalmente. Sin embargo, siente que debe continuar laborando, porque la recompensa a su labor es la felicidad que le transmiten los pobladores.

Sus expectativas son hacer currículum, ampliar su experiencia laboral y a corto plazo conseguir un mejor puesto de trabajo. Siente que es hora de seguir ayudando a mejorar su calidad de vida a las personas, pero desde otro nivel donde le permita crecer en todos los aspectos de su vida. Tiene esperanza de que si éste trabajo de investigación llega a instancias administradoras de salud, los encargados de esta área propongan cambios en bien de los profesionales que laboran en zonas desfavorecidas.

3.1.7 DISCURSO VII

- **Seudónimo:** Pepe.
- **Edad:** 28 años.
- **Sexo:** Masculino.
- **Estado civil:** Soltero.
- **Profesión:** Lic. en Enfermería.
- **Tiempo de experiencia:** 2 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Bien, laborar en un establecimiento I-1 es un reto más que todo profesional y al mismo tiempo esto familiar y social ¿no?⁽¹⁾ Involucra un sin número de aspectos tal es el estar lejos de la familia, estar lejos de poder capacitarte, de poder esto... investigar, tener acceso a la información, a los servicios de salud⁽²⁾, es que difícil, difícil se siente digamos una... un ámbito de tristeza, de frustración⁽³⁾. Además las condiciones laborales que nosotros tenemos son bastante pésimas, los sueldos son lamentables, esto... las carreteras para nosotros que tenemos que llegar, no sabemos si vamos a llegar bien o mal, esto... para ir a nuestras familias tenemos que caminar, los medios de comunicación son deficientes⁽⁴⁾, además éste, no existe incentivos para nosotros como profesionales para venir a trabajar a estos, a estos lugares que son tan distantes hacia a las ciudades⁽⁵⁾.

Para trabajar aquí en mi puestito tuve que abandonar todo, pensando en los que más lo necesitan, pero sin embargo la forma como las cabezas mueven todo te da ganas de salir corriendo e incluso renunciar a todo⁽⁶⁾.

¿Cuáles son sus expectativas?

Bueno, las expectativas como todo profesional es digamos..., es estar acá por algún tiempo y después ir y buscar un trabajo más cerca de la ciudad o en la misma ciudad⁽⁷⁾. Me gustaría estar en la ciudad con la misma finalidad de poder esto... poder esto llevar cursos de capacitación, especialización estar esto... más cerca de la familia he, más que todo por el tema de actualización

profesional ¿no? porque acá no podemos, estamos a una distancia que gastaríamos más el sueldo en pasajes, sería imposible ¿no?⁽⁸⁾

¿Algo más que desee agregar?

Si, bastante importante que nuestras autoridades, nuestras personas encargadas en el sistema de salud esto... tengan una remuneración equitativa acorde digamos con las distancias que uno va, que haya incentivos laborales, que haya digamos programas de capacitación para el personal que va a trabajar hacia la periferie⁽⁹⁾, en un I-1 tenemos que hacer de todo entonces por lo tanto tenemos que capacitarnos y digamos nadie... el gobierno no se interesa porque nos capaciten a nosotros sino nosotros tenemos que invertir entonces hay que ver que haya mejores incentivos, mejoras salariales, mejoras..., hay que coordinar más con las autoridades⁽¹⁰⁾.

Cuadro 13. Análisis ideográfico del discurso VII.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bien, laborar en un establecimiento I-1 es un reto más que todo profesional y al mismo tiempo esto familiar y social ¿no? 2. Involucra un sin número de aspectos tal es el estar lejos de la familia, estar lejos de poder capacitarte, de poder esto... investigar, tener acceso a la información, a los servicios de salud. 3. Es que difícil, difícil se siente digamos una... un ámbito de tristeza, de frustración. 4. Además, las condiciones laborales que nosotros tenemos son bastante pésimas, los sueldos son lamentables, esto... las carreteras para nosotros que tenemos que llegar, no sabemos si vamos a llegar bien o mal, esto... para ir a nuestras familias tenemos que caminar, los medios de comunicación son deficientes. 5. Además, éste... no existe incentivos para nosotros como profesionales para venir a trabajar a estos, a estos lugares que son tan distantes hacia a las ciudades. 6. Para trabajar aquí en mi puestito tuve que abandonar todo, pensando en los que más lo necesitan, pero, sin embargo, la forma como las cabezas mueven todo te da ganas de salir corriendo e incluso renunciar a todo. 7. Bueno, las expectativas como todo profesional son digamos..., es estar acá por algún tiempo y después ir y buscar un trabajo más cerca de la ciudad o en la misma ciudad. 8. Me gustaría estar en la ciudad con la misma finalidad de poder esto... poder esto llevar cursos de capacitación, especialización estar esto... más cerca de la familia he, más que todo por el tema de actualización profesional ¿no?, porque acá no podemos, estamos a una distancia que gastaríamos más el sueldo en pasajes, sería imposible ¿no? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laborar en un establecimiento de salud I-1 es un reto profesional, familiar y social. 2. Es estar alejado de la familia, de las actualizaciones, capacitaciones, investigaciones, acceso a la información y a los servicios de salud. 3. Es muy difícil, se siente tristeza y frustración. 4. Las condiciones laborales son pésimas, los sueldos lamentables, el acceso es limitado, los medios de comunicación deficientes y hay que pasar largas horas de caminata para visitar a nuestra familia. 5. No existe incentivos para el personal de salud que laboramos en zonas alejadas. 6. Para laborar en un establecimiento de salud I-1 hay que abandonar todo, pensar en los más necesitados, sin embargo, de cómo los administradores de la salud manejan la situación da ganas renunciar y abandonar todo. 7. Mis expectativas es estar acá por algún tiempo y luego conseguir un trabajo en la ciudad. 8. Me gustaría trabajar en la ciudad con la finalidad de tener la oportunidad de capacitarme, especializarme, estar más cerca de mi familia. Acá es imposible avanzar profesionalmente debido a la lejanía, el sueldo no es rentable.

<p>9. Bastante importante que nuestras autoridades, nuestras personas encargadas en el sistema de salud esto... tengan una remuneración equitativa acorde digamos con las distancias que uno va, que haya incentivos laborales, que haya digamos programas de capacitación para el personal que va a trabajar hacia la periferie.</p>	<p>9. Es importante que los administradores de la salud evalúen las remuneraciones de manera equitativa y acorde a la distancia, incluyendo incentivos para los más alejados cómo capacitaciones.</p>
<p>10. En un I-1 tenemos que hacer de todo entonces por lo tanto tenemos que capacitarnos y digamos nadie...el gobierno no se interesa porque nos capaciten a nosotros sino nosotros tenemos que invertir entonces hay que ver que haya mejores incentivos, mejoras salariales, mejoras..., hay que coordinar más con las autoridades.</p>	<p>10. En un I-1 implica realizar múltiples funciones, por lo que se debe considerar incentivos como: capacitaciones y mejoras salariales.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 14. Convergencias en el discurso VII.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Experimentando sacrificio y enfrentando un reto</p> <p>a. Laborar en un establecimiento de salud I-1 es un reto profesional, familiar y social⁽¹⁾. Es estar alejado de la familia, de las actualizaciones, capacitaciones, investigaciones, acceso a la información y a los servicios de salud⁽²⁾.</p> <p>Sintiendo tristeza y frustración</p> <p>b. Es muy difícil, se siente tristeza y frustración⁽³⁾. Las condiciones laborales son pésimas, los sueldos lamentables, el acceso es limitado, los medios de comunicación deficientes y hay que pasar largas horas de caminata para visitar nuestra familia⁽⁴⁾. No existe incentivos para el personal de salud que laboramos en zonas alejadas⁽⁵⁾.</p> <p>Deseando desistir</p> <p>c. Para laborar en un establecimiento de salud I-1 hay que abandonar todo, pensar en los más necesitados, sin embargo, de cómo los administradores de la salud manejan la situación da ganas renunciar y abandonar todo⁽⁶⁾.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Mis expectativas es estar acá por algún tiempo y luego conseguir un trabajo en la ciudad⁽⁷⁾. Me gustaría trabajar en la ciudad con la finalidad de tener la oportunidad de capacitarme, especializarme, estar más cerca de mi familia. Acá es imposible avanzar profesionalmente debido a la lejanía⁽⁸⁾.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>e. Es importante que los administradores de la salud evalúen las remuneraciones de manera equitativa y acorde a las distancias, que incluyan incentivos laborales para los más alejados, cómo capacitaciones⁽⁹⁾. En un I-1 implica realizar múltiples funciones, por lo que se debe considerar incentivos como: capacitaciones, mejoras salariales⁽¹⁰⁾.</p>	<p>Experimentando sacrificio y enfrentando un reto</p> <p>a. Se constituye en un desafío y al mismo tiempo en un reto debido a que significa estar alejados de la familia, avances tecnológicos, capacitaciones, actualizaciones y servicios de salud.</p> <p>Sintiendo tristeza y frustración</p> <p>b. Manifiesta que las condiciones laborales son pésimas: sueldos lamentables, acceso limitado, medios de comunicación deficientes, para visitar a su familia tiene que pasar largas horas de caminata, lo que le hace sentir tristeza y frustración.</p> <p>Deseando desistir</p> <p>c. Siente ganas de renunciar y abandonar su puesto de trabajo pese a que en un momento lo hizo por los más necesitados de los servicios de salud.</p> <p>Deseando superarse</p> <p>d. Tiene deseos de laborar en zonas cercanas a la ciudad que le permitan crecer en el plano personal, estar cerca a su familia; y en plano profesional, especializarse y capacitarse, porque la lejanía no permite realizarlo.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>e. Guarda la esperanza que el sistema de salud mejore las condiciones laborales de los profesionales de la salud a través de incentivos monetarios acordes a la distancia y capacitaciones.</p>

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso VII.**

La colaboradora manifiesta que laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1 se constituye en un reto y al mismo tiempo e un sacrificio, debido a que significa estar alejados de la familia, avances tecnológicos y servicios de salud generándole sentimientos de tristeza y frustración por las condiciones laborales pésimas, sueldos lamentables, acceso limitado y distancias alejadas, medios de comunicación deficientes. Muchas veces tiene deseo de desistir pese a que inició a laborar con la finalidad de ayudar a la población más necesitada a conseguir salud.

Actualmente tiene deseos de laborar en establecimientos de salud más cercanos a la ciudad con la finalidad de avanzar en el plano personal, estar cerca a su familia; y profesional, especializarse y seguir capacitándose. Además, guarda la esperanza que el sistema de salud mejore las condiciones laborales de los profesionales de salud a través de incentivos monetarios acordes a la distancia y capacitaciones.

3.1.8 DISCURSO VIII

- **Seudónimo:** Tila.
- **Edad:** 27 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Estado civil:** Soltera.
- **Profesión:** Obstetra.
- **Tiempo de experiencia:** 3 años.

Dígame usted, ¿qué significa laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1?

Significa que es un trabajo muy limitante en todo sentido...en el ámbito profesional, porque ni puedes atender ni lo mínimo para que te formaron; en el plano personal, porque al ser los lugares más alejados no tienes muchas oportunidades de superarte...⁽¹⁾ es feo ver que los demás profesionales que están cerca si lo pueden hacer, eso causa sentir frustración⁽²⁾. Además en estos establecimientos pues el trabajo también es cargado, porque el personal que estamos en este establecimiento somos responsables de todo, hacemos de barrenderos, de guachimanes y de todo⁽³⁾. En lo familiar igual mal, porque como el puesto de salud es un lugar donde no hay luz, buena accesibilidad, medios de comunicación entonces que se puede esperar pues, entonces en si esto te aleja de todo y todos⁽⁴⁾.

Es demasiado las desventajas, demasiado el sacrificio que es mal recompensado por parte de nuestras autoridades⁽⁵⁾, la única alegría más grande que existe es la interacción con la gente, el cariño, la amistad; la gente del campo es mucho más agradecida que la gente de la ciudad, es un gran aliciente⁽⁶⁾. Claro si te llevas bien con la comunidad es muy bonito porque en realidad eso es lo que te hace acostumbrarte más e imaginó que cuando tenga que salir de acá extrañaré su bondad y sentiré bastante pena, pero es necesario hacerlo⁽⁷⁾.

¿Cuáles son sus expectativas?

Las expectativas de trabajar en un I-1 es que algún día te puedan acercar, llegar a un establecimiento de mayor categoría⁽⁸⁾ y lo que más motiva seguir aquí por un lado es el nombramiento, el incremento de sueldo del que se habla y que por acá aún no llega y por otro lado es la amabilidad de la gente, su inocencia, su bondad⁽⁹⁾.

¿Algo más que desee agregar?

Sí, que me gustaría tener un mejor trabajo, que mi trabajo sea reconocido, valorado no necesariamente económicamente, hay otras formas de hacerlo⁽¹⁰⁾.

Cuadro 15. Análisis ideográfico del discurso VIII.

UNIDADES DE SIGNIFICADO	REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Significa que es un trabajo muy limitante en todo sentido... en el ámbito profesional, porque ni puedes atender ni lo mínimo para que te formaron; en el plano personal, porque al ser los lugares más alejados no tienes muchas oportunidades de superarte... 2. Es feo ver que los demás que están cerca si pueden superarse, eso causa sentir frustración. 3. Además, en esos establecimientos pues el trabajo también es cargado, porque el personal que estamos en ese establecimiento somos responsables de todo, hacemos de barrenderos, de guachimanes y de todo. 4. En lo familiar igual mal, porque como el puesto de salud es un lugar donde no hay luz, buena accesibilidad, medios de comunicación entonces que se puede esperar pues, entonces en si esto te aleja de todo y todos. 5. Es demasiado las desventajas, demasiado el sacrificio que es mal recompensado por parte de nuestras autoridades. 6. La única alegría más grande que existe es la interacción con la gente, el cariño, la amistad; la gente del campo es mucho más agradecida que la gente de la ciudad, es un gran aliciente. 7. Claro si te llevas bien con la comunidad es muy bonito porque en realidad eso es lo que te hace acostumbrarte más e imaginó que cuando tenga que salir de acá extrañaré su bondad y sentiré bastante pena, pero es necesario hacerlo. 8. Las expectativas de trabajar en un I-1 es que algún día te puedan acercar, llevar a un establecimiento de mayor complejidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un trabajo muy limitante en el ámbito profesional, no se atiende casos que requieran mayor formación y en el ámbito personal, por la lejanía no hay oportunidad de superación. 2. Causa frustración el no tener oportunidades de superación debido a la lejanía. 3. En los Establecimientos de Salud I-1 el trabajo es arduo, implica cumplir múltiples funciones. 4. Es alejarte de todo y de todos, en el establecimiento de salud no contamos con el servicio de luz, la accesibilidad es limitada y los medios de comunicación presentan deficiencias, lo que le hace sentir que ya no puede esperar nada. 5. Tiene muchas desventajas, es un sacrificio mal recompensado. 6. La alegría y el aliciente más grande son la interacción con la gente, el cariño que nos muestran, la amistad que nos ofrecen y el agradecimiento que nos tienen. 7. Las buenas relaciones personales con la población hicieron que me acostumbrara, lo que hará que sienta mucha tristeza y extrañe su bondad cuando tenga que salir de acá, pero será necesario hacerlo. 8. Las expectativas de iniciar a trabajar en un I-1 es que algún día nos roten a un establecimiento de mayor categoría.

<p>9. Lo que más motiva seguir aquí por un lado es el nombramiento, el incremento de sueldo del que se habla y que por acá aún no llega y por otro lado es la amabilidad de la gente, su inocencia, su bondad.</p> <p>10. Me gustaría tener un mejor trabajo, que mi trabajo sea reconocido, valorado no necesariamente económicamente, hay otras formas de hacerlo.</p>	<p>9. Lo que motiva trabajar en un I-1, por un lado, es el nombramiento y el incremento de sueldo que aún no se cumple y, por otro lado, es la amabilidad, inocencia y bondad de los pobladores.</p> <p>10. Me gustaría tener un mejor trabajo el cual sea reconocido, valorado, no necesariamente económicamente, hay otras formas de hacerlo.</p>
--	---

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

Cuadro 16. Convergencias en el discurso VIII.

CONVERGENCIAS DEL DISCURSO	UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS
<p>Vivenciando limitante profesional</p> <p>a. Es un trabajo muy limitante en el ámbito profesional, no se atiende casos que requieran mayor formación y en el ámbito personal, por la lejanía no hay oportunidad de superación⁽¹⁾.</p> <p>Sintiendo frustración</p> <p>b. Causa frustración el no tener oportunidades de superación debido a la lejanía⁽²⁾.</p> <p>Experimentando sacrificio</p> <p>c. En los establecimientos de salud I-1 el trabajo es arduo porque implica cumplir múltiples funciones⁽³⁾. Tiene muchas desventajas, es un sacrificio mal recompensado⁽⁵⁾.</p> <p>Sobreviviendo al abandonado</p> <p>d. Es alejarte de todo y de todos porque en el establecimiento de salud no contamos con el servicio de luz, la accesibilidad es limitada y los medios de comunicación presentan deficiencias⁽⁴⁾.</p> <p>Percibiendo recompensa y satisfacción</p> <p>e. La alegría y el aliciente más grande son la interacción con la gente, el cariño que nos muestran, la amistad que nos ofrecen y el agradecimiento que nos tienen⁽⁶⁾. Lo que motiva trabajar en un I-1, por un lado, es el nombramiento y el incremento de sueldo que aún no se cumple y por el otro lado es la amabilidad, inocencia y bondad de los pobladores⁽⁹⁾.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. Las expectativas de iniciar a trabajar en un I-1 es que algún día nos roten a un establecimiento de mayor categoría⁽⁸⁾.</p>	<p>Vivenciando limitante profesional</p> <p>a. Siente que es una limitante porque no le permite avanzar ni profesional ni personalmente, debido a que existe múltiples desventajas.</p> <p>Sintiendo frustración</p> <p>b. Laborar en una zona alejada le produce frustración porque no le permite superarse.</p> <p>Experimentando sacrificio</p> <p>c. Es una ardua labor que implica cumplir múltiples funciones, por lo que lo considera como un sacrificio mal recompensado.</p> <p>Sobreviviendo al abandonado</p> <p>d. Es alejarse de todo y de todos, por las condiciones laborales deficientes, ausencia de servicio de luz, accesibilidad limitada y medios de comunicación deficientes.</p> <p>Percibiendo recompensa y satisfacción</p> <p>e. Siente que la recompensa y alegría que le genera labor es el cariño, amistad, agradecimiento, amabilidad, inocencia y bondad que le ofrece la población.</p> <p>Esperanza que mejoren condiciones laborales</p> <p>f. Alimenta la esperanza de que en algún momento sea rotada a un establecimiento de mayor categoría.</p>

<p>Deseando superarse</p> <p>g. Me gustaría tener un mejor trabajo el cual sea reconocido, valorado⁽¹⁰⁾.</p> <p>Proyectándose al cambio</p> <p>h. El llevarme bien con los pobladores hizo que me acostumbre y cuando tenga que salir sentiré mucha tristeza y extrañaré su bondad, pero es necesario hacerlo⁽⁷⁾.</p>	<p>Deseando superarse</p> <p>g. Desea ocupar un mejor cargo laboral, el cual sea reconocido y valorado.</p> <p>Proyectándose al cambio</p> <p>h. La colaboradora manifiesta que sí tendría que irse, lo haría, aunque sienta tristeza y extrañe la benevolencia de la población.</p>
---	--

Fuente: Entrevista fenomenológica realizada por la investigadora de este estudio.

- **Análisis ideográfico del discurso VIII**

Para la colaboradora el trabajar en un establecimiento I-1 es una limitante porque no permite avanzar en lo profesional, ni en lo personal debido a que existe muchas desventajas, por lo tanto se convierte en un sacrificio que es mal recompensado, por las instituciones administradoras de salud; generándole sentimientos encontrados, por un lado frustración, debido a que la distancia alejada no le permite superarse; abandono, porque las características del lugar no le permiten relacionarse con su familia y personas que acostumbraba hacerlo, debido a las condiciones laborales deficientes, ausencia de servicio de luz, accesibilidad limitada, medios de comunicación deficientes; por otro lado sentimientos de satisfacción por el cariño, amistad, agradecimiento, amabilidad, inocencia y bondad que le ofrece la población, considerándolo por esa razón que es la recompensa a su labor.

La participante tiene la esperanza que mejoren las condiciones laborales rotándolo a un establecimiento de mayor categoría debido a que su deseo de superación es ocupar un cargo laboral de mayor rango el cual sea reconocido y valorado. Se proyecta al cambio manifestando que sí tendría que renunciar a este lugar lo haría, aunque tenga que sentirse triste o extrañe la benevolencia de la población.

3.2 ANÁLISIS NOMOTÉTICO

El análisis nomotético se refiere al análisis general, entendido como el análisis de la totalidad de discursos; representa la búsqueda de las convergencias, divergencias e idiosincrasias o individualidades de las unidades de significado, y cuyo resultado revela la estructura esencial del fenómeno de las vivencias y expectativas de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de salud con categoría I-1, Bambamarca, 2013. Es en este momento que aparecen las primeras generalidades o aspectos más comunes de todos los discursos, permitiendo que se muestre la estructura del fenómeno.

3.2.1 PROCEDIMIENTO PARA CONSTRUIR EL CUADRO NOMOTÉTICO

Para facilitar la visualización de los datos encontrados y la construcción de resultados se ha elaborado una tabla nomotética, ésta, tiene como finalidad brindar el análisis nomotético del fenómeno en estudio de una manera organizada; así tenemos:

- a. En la primera columna vertical del cuadro se presentan la totalidad de unidades de significado interpretadas provenientes de ocho discursos analizados, agrupados conforme a convergencias encontradas en los discursos. Las unidades de significado han sido identificadas con número arábigos desde el 1 al 45.
- b. En la segunda columna indicada por un asterisco representa la procedencia de la unidad de significado interpretada. Con número romanos estás los discursos de los pacientes y la letra minúscula se refiere a la unidad de significado interpretada según las convergencias de los discursos.
- c. Horizontalmente en el mismo cuadro se encuentran enumerados los discursos del I al VIII con números romanos. En los recuadros de la parte inferior se anotan las convergencias con una letra “C”, seguida de un número de la unidad de significado convergente.

Del mismo modo se indican las divergencias con una letra “D” seguida de un número de la unidad de significado divergente.

Cuando las columnas están en blanco, sin convergencias, ni divergencias significa que se trata de individuales o idiosincrasias que él o la colaborador o colaboradora expresó.

Esta representación permite cruzar las informaciones y analizar las divergencias de las apreciaciones subjetivas, develando así el fenómeno.

3.2.2 ANÁLISIS NOMOTÉTICO

Cuadro 17. ANÁLISIS NOMOTÉTICO

Unidades de Significado Interpretadas	*	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
LABORANDO INTEGRALMENTE									
1. Manifiesta que es una labor integral, dedicándose a lo asistencial y preventivo promocional.	Ia		C2	C24 C38			C46		C34
2. Manifiesta que es hacer y aprender de todo, enfatizando lo preventivo, promocional y el trabajo en equipo con familias y comunidad.	IIa	C1		C24 C38			C46		C34
ADQUIRIENDO EXPERIENCIA									
3. Considera que laborar en un establecimiento I-1 es adquirir experiencia y conocer la realidad en que habita la población para ser comprobada al llegar a ocupar un cargo administrativo o para nombrarse.	Ib					C45	C13		C15
PERCIBIENDO RECOMPENSA Y SATISFACCIÓN									
4. Siente que su recompensa es convivir con la realidad en que habitan los pueblos.	Ic		D23	C5	C6				C8
5. Considera que atender a las personas más necesitadas y con menos acceso a los servicios de salud le genera satisfacción.	IIIb	C4			C6				
6. Siente que la recompensa y la satisfacción que le genera su labor es ayudar a la población más necesitada.	IVe	C4	D23	C5		D26			D34
7. Está decepcionada, pero sigue laborando por que la									

felicidad de la población lo reconforta.	VIc			C24					C8
8. Siente que la recompensa y alegría que genera laborar es el cariño, amistad, agradecimiento, amabilidad, inocencia y bondad que le ofrece la población.	VIIIe	C4	D23			D26	C7		D34
RESIGNÁNDOSE A VIVIR INJUSTICIAS									
9. La participante se siente resignada ante las injustas condiciones laborales en las que se encuentra inmiscuida.	Id					C26	C32 D20	C28 D21	
DESEANDO SUPERARSE									
10. Tiene deseo de superarse personal y profesionalmente, siempre con vocación de servicio.	Ie		C11	C12		C43	C13	C14	C15
11. Desea mejorar su situación laboral, dejando lugares alejados por zonas más cercanas a la ciudad que le permita estar con su familia.	IIId	C10		C12			C13	C14	C15
12. Tiene deseo de mejorar su situación laboral y realizarse profesionalmente, en lugares más cercanos a la ciudad.	IIIIf	C10	C11				C13	C14	C15
13. Sus expectativas son hacer currículo, ampliar su experiencia laboral y a corto plazo conseguir un mejor puesto de trabajo. Siente que es hora de seguir ayudando a la población, pero desde otro nivel el cual le permita crecer en todos los aspectos de su vida.	VIId	C3 C10	C11	C12		C43	C13	C14	C15

14. Tiene deseos de laborar en zonas cercanas a la ciudad que le permitan crecer en el plano personal, estar cerca a su familia; y en plano profesional, especializarse y capacitarse, porque la lejanía no permite realizarlo.	VIIId	C10	C11	C12			C13	C21	C15
15. Desea ocupar un mejor cargo laboral, el cual sea reconocido y valorado.	VIIIg	C3 C10	C11	C12		C45	C13	C14	

ESPERANZA QUE MEJOREN CONDICIONES LABORALES

16. Tiene la esperanza que se incluyan políticas que integren al profesional de salud, o se socialicen las existentes porque considera que no las conoce.	If		C17	C18	C19		C20		
17. Tiene la esperanza de que las autoridades mejoren el acceso a las comunidades, incrementen las remuneraciones y el personal en los establecimientos de salud.	IIf			C18	C19	C45	C20	C21	
18. Le gustaría que las autoridades les tengan consideración a los profesionales de la salud que laboran en establecimientos I-1 y que velen por su calidad de vida.	IIIg	C16	C17		C19		C20		
19. Tiene la esperanza que mejoren las condiciones laborales como: implementar con equipamiento, incremento de remuneraciones y capacitaciones, contrato de más personal y rotación a centros de mayor categoría de acuerdo al tiempo de experiencia.	IVd	C16	C17	C18		C45	C20	C21	C22
20. Tiene esperanza de que éste trabajo de investigación llega a instancias administradoras de salud, y los encargados de estas áreas propongan	VIIf	C16 D9		C18	C19			C21	

cambios en bien de los que laboran en zonas desfavorecidas.									
21. Guarda la esperanza que el sistema de salud mejore las condiciones laborales de los profesionales de la salud a través de incentivos monetarios acordes a la distancia y capacitaciones.	VIIe	D9	C17		C19	C45	C20		
22. Alimenta la esperanza de que en algún momento sea rotada a un establecimiento de mayor categoría.	VIII f				C19	C45			
SINTIENDO TRISTEZA, FRUSTRACIÓN, INDIGNACIÓN Y DESEO DE RETORNAR									
23. Le genera sentimientos de tristeza y frustración el estar laborando tanto tiempo y no nombrarse, estar alejado de su familia, no lograr sus objetivos trazados por tan poca recompensa.	IIb	D4		C24 C31	C25 D6	C26	C27	C28 C33	C29 C48 D8
24. Manifiesta que como persona y obstetra se siente frustrada e indignada porque su trabajo no le permite progresar, les encomiendan demasiadas responsabilidades sin proporcionarles el material necesario y la inculpabilidad que muchas veces les hacen en caso de una muerte o complicación materna, pese a los grandes esfuerzos que realizan.	IIIc	C1	C2 C23	C38		C26	C46	C7 C28	C29 C48
25. La inaccesibilidad a su centro de labores hace difícil la visita a sus familiares, generándole triste y ganas de retornar a su lugar natal.	IVc		C23						
26. Se siente frustrada, indignada y triste por las condiciones laborales que vivencia a diario: maltrato, indiferencia, injusticia, desigualdad y desmerecimiento a su labor realizada.	Vb	C9	C23	C24 C31 C38 D6			C27	C28	D8
27. Se siente frustrada al no alcanzar sus metas trazadas porque sencillamente terceros lo	VIe		C23			C26 C44			C29 C48

impiden y creen sentirse superior.									
28. Manifiesta que las condiciones laborales son pésimas: sueldos lamentables, acceso limitado, medios de comunicación deficientes, para visitar a su familia tiene que pasar largas horas de caminata, generándole tristeza y frustración.	VIIIb	C9	C23	C24	C25	C26	C46	D33	C29 C37
29. Laborar en una zona alejada le produce frustración porque no le permite superarse.	VIIIb		C23	C24			C27	C28	C48
EXPERIMENTANDO SACRIFICIO E INJUSTICIA, Y ENFRENTANDO UN RETO									
30. Siente que tiene que dejar todo por su sacrificada labor, exponiéndose muchas veces al peligro por las vías inaccesibles u otras características de la zona.	IIc			C31			C32	C33	C37
31. Considera que es un sacrificio e injusticia, la remuneración no justifica la ardua labor, generándole sentimientos encontrados.	IIIa		C23 C30			C26	C32		C34
32. Es vivir alejado del avance científico, en pésimas condiciones de salud, trabajando mayor tiempo a lo estipulado. Siente que es injusto e irónico que tenga que impartir salud muchas veces sin gozar de ella, ni prepararse académicamente y/o sin percibir un sueldo meritorio.	VIb	C9	C30	C31			C46	C33	C34
33. Se constituye en un sacrificio y al mismo tiempo en un desafío debido a que significa estar alejados de la familia, avances tecnológicos, capacitaciones,	VIIa		C23 C30	C25			C32	C28	C37

<p>actualizaciones y servicios de salud.</p> <p>34. Es una ardua labor que implica cumplir múltiples funciones, por lo que lo considera como un sacrificio mal recompensado.</p>	VIIIc	C1	C2 C23	C31	D6		C32 C46		D8
SOBREVIVIENDO AL ABANDONO									
<p>35. Se siente sola, que nadie la respalda.</p> <p>36. Se siente abandonada por el sistema de salud.</p> <p>37. Es alejarse de todo y de todos, por las condiciones laborales deficientes, ausencia de servicio de luz, accesibilidad limitada y medios de comunicación deficientes.</p>	IIIId Vf VIIId					C36			C37 C37 C28 C33
EXPERIMENTANDO MAYOR RESPONSABILIDAD Y EXIGENCIA									
<p>38. Siente que es mayor la responsabilidad de trabajo que en los establecimientos de salud de mayor categoría. Los jefes tienen mayores exigencias olvidando como es el trabajo en campo.</p>	IIIe	C1	C2	C24		C26 C36 C43			
LABORANDO POR NECESIDAD ECONÓMICA									
<p>39. Labora por necesidad económica.</p> <p>40. Labora por fuerza, necesidad económica y ofrecerles mejor calidad de vida a su familia, sin embargo, los tiene descuidados.</p>	IIIh Vc			C39		C40	D43		
SINTIENDO TRANQUILIDAD Y BIENESTAR									
<p>41. Manifiesta tranquilidad y bienestar por tener un número reducido de pacientes y por el respeto</p>	IVa				II				

que se ha ganado de la población.									
ACOSTUMBRÁNDOSE Y ACEPTANDO CON RESIGNACIÓN									
42.La benevolencia, el cariño y la humildad de la población, lo hacen sentir aceptada y en familia, lo que le permitió acostumbrarse.	IVb				I2				
ASUMIENDO COMPROMISO POR RESPONSABILIDAD									
43.Es un compromiso que asume por responsabilidad y vocación de servicio.	Va	C10		C38 C49		D40	C13	C47	
VIVIENDO CON INCERTIDUMBRE									
44.La posibilidad de que labore en un centro de mayor complejidad manifiesta que es incierta y aún la ve lejana porque cuando solicita rotación le ponen obstáculos.	Vd						C27		
SINTIENDO NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO									
45.Deben reconocer al personal de salud con: rotación, teniendo en cuenta el tiempo de experiencia, y con remuneraciones acorde a la distancia (mayores en zonas alejadas)	Ve	C3	C17				C19	C21	C15 C22
SINTIÉNDOSE EXPLOTADA Y EXCLUIDA									
46.Siente que es explotada porque tiene que cumplir múltiples funciones, vivir en condiciones no aceptables para la salud y excluido.	Vla	C1	C2	C24			C32	C28	C34
DESEO DE DESISTIR									
47.Siente ganas de renunciar y abandonar su puesto laboral pese a que en un momento lo hizo por vocación de servicio.	VIIc				C25	C43			

VIVENCIANDO LIMITANTE PROFESIONAL										
48.Siente que su labor no le permite avanzar ni profesional, ni personalmente, ocasionándole múltiples desventajas.	VIIIa		C23	C24				C27		C29
PROYECTÁNDOSE AL CAMBIO										
49.Manifiesta que sí tendría que irse, lo haría, aunque sienta tristeza y extrañe la benevolencia de la población.	VIIIc									I3

CAPÍTULO V

CONSTRUCCIÓN DE RESULTADOS Y APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL FENÓMENO

4.1 CONSTRUCCIÓN DE LOS HALLAZGOS

La investigación ha permitido situarse en el marco de referencia interna de cada participante de la investigación. Además, se reconoce la complejidad y dinamismo de la realidad, que cobra sentido cuando es construido por las personas, por lo que la autora ha intentado acercarse lo más fielmente posible a las vivencias y a las expectativas de los profesionales de salud que laboran en establecimientos de categoría I-1.

El discernimiento de la tabla de análisis nomotético nos permite generalizar a partir de las individualidades de cada participante.

No todos los profesionales de la salud perciben y reaccionan de la misma manera frente a la experiencia vivenciada (laborar en establecimientos de categoría I-1), ni todas las experiencias comparten las mismas características, dando origen a las individualidades o idiosincrasias.

Para el estudio, las idiosincrasias presentes en la tabla de análisis nomotético, contemplan cuestiones que, aunque son distintas en cada participante, son consideradas desde un punto de vista subjetivo obedeciendo a su experiencia personal, lo que conlleva a entender que cada participante se comporta de manera única ante un evento, tal como se muestran en las siguientes categorías:

“Sintiendo tranquilidad y bienestar”, categoría que corresponde a la idiosincrasia 41 (Discurso IV), en la que el profesional de la salud expresa: *“Bueno para mi... claro... a veces es estar más cerca pero ahora estoy tranquila, tranquila porque si*

me abastezco, no tengo muchas pacientes gestantes, la población si me hace caso, pero si estoy bien”.

“Acostumbrándose y aceptando con resignación”, categoría que corresponde a la idiosincrasia 42 (Discurso IV), en la que el colaborador manifiesta: *“ya tengo casi cinco años acá y no he tenido problemas, la gentecita es buena, me tratan como si fuera de su familia hasta me traen algunas cosas que producen las tierras de este lugar. La gente es humilde, buena..., pero... también a veces cuando no lo atiendes a como están acostumbrados hacen hasta lo imposible porque salieras. Mira mmm... yo en realidad ya me acostumbré a convivir con ellos. Pero ya pues te acostumbras, bueno tampoco queda de otra pues...”*

Gualberto B. y J. Sierra (1997) puntualizan: “Los significados de diferentes individuos hacia los mismos signos serán distintos en la medida que varíen sus conductas hacia las cosas significadas; reflejan además los significados de muchos signos la idiosincrasia de la experiencia individual” (51).

Así mismo, las divergencias encontradas en el estudio nacen en un espacio de confrontación entre expresiones de los participantes de la investigación generando un evento decisorio que trae consigo un choque emocional; generando por un lado tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar a su lugar natal y por otro lado le genera satisfacción el atender a las personas con más necesidad básicas insatisfechas y con menos acceso a los servicios de salud lo que le hace sentir que es la recompensa a su labor; esto podemos evidenciarlo al confrontar los siguientes discursos:

Discurso II y IV: *“...me da mucha tristeza porque ya vengo trabajando buen tiempo y hasta el momento no me han nombrado... siento pena dejar mi familia, no cumplir los objetivos que me propuse por tan poca recompensa...” frente a “... es gratificante y satisfactorio ayudar a la gente, además la gente nos necesitan...”*

También resalta en las divergencias, que para los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de categoría I-1 es un sacrificio, injusticia, explotación, exclusión y abandono pero que, al mismo tiempo, lo consideran como un reto y

compromiso al que tienen que enfrentarse por vocación de servicio, estando alejados de su familia, avances tecnológicos y servicios de salud, tal como se muestra en los siguientes discursos:

Discurso III y V: *“...significa un gran sacrificio, un sacrificio donde tenemos donde tenemos sentimientos encontrados, ... nadie piensa en nosotros, los sueldos al menos que nos dan no justifican nuestra ardua labor...” frente a “... es un compromiso que tenemos que asumir, porque bueno ya nos comprometimos, estamos trabajando acá, ...realmente estoy así descontenta, pero por fuerza por necesidad estoy acá.”*

Las diferentes emociones que les genera a los participantes de la investigación demuestran que, cada persona ante un hecho con características similares, pueden comportarse de manera positiva o negativa. Estos sentimientos expresados también reflejan las condiciones laborales en las que se encuentran inmiscuidos y como es que el recurso humano en salud es tratado por las instancias administradoras de salud.

De esta manera, podemos concluir mencionando que las divergencias extraídas de las expresiones de los profesionales de la salud se encuentran influenciadas por las condiciones laborales y por el valor que le dan a su trabajo, el lugar y la población con las que se desenvuelven y por las instancias administradoras de salud (jefes).

En cuanto a convergencias del fenómeno en estudio y debido a la naturaleza de la investigación, es posible generalizar las vivencias y expectativas de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de salud con categoría I-1; dado que el fenómeno se produce en un lugar con características y cualidades comunes.

El sistema de salud asigna diferentes funciones laborales al profesional que se desempeña en establecimientos de categoría I-1, sometiéndoles a condiciones de trabajo deficientes, tal como se evidencia en los resultados obtenidos en la presente investigación, generando en el trabajador cansancio emocional, agotamiento por sentirse sobrepasado en los recursos personales “no doy más”; despersonalización, crea una defensa construida para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza; y abandono de la realización personal, la tarea pierde el valor que tenía para el recurso humano y, ya no se siente realizado. Es en este momento es cuando nace la expectativa del profesional de la salud con el deseo de

realizarse personal y profesionalmente, y/o con la esperanza de que se implemente una reforma en el sistema de salud ligado al recurso humano; tal como se puede evidenciar en la siguiente unidad de significado:

Convergencia de los discursos I, II, III, IV, V, VI y VIII en la unidad de significado 28: “Manifiesta que las condiciones laborales son pésimas: sueldos lamentables, acceso limitado, medios de comunicación deficientes, para visitar a su familia tiene que pasar largas horas de caminata, generándole tristeza y frustración”.

Convergencia de los discursos II, III, V, VI, VII y VIII en la unidad de significado 10: “Tiene deseo de superarse personal y profesionalmente, siempre con vocación de servicio”.

Convergencia de los discursos I, II, III, V, VI, VII y VIII en la unidad de significado 19: “guarda la esperanza de que mejoren las condiciones laborales como: implementar su centro de labores, incremento de remuneraciones y capacitaciones, contrato de más personal y rotación a centros de mayor categoría de acuerdo al tiempo de experiencia”.

4.2 CATEGORÍAS EXTRAIDAS DE ACUERDO AL MAYOR NÚMERO DE CONVERGENCIAS

Las categorías extraídas de las vivencias y expectativas de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de salud con categoría I-1, son un número de 20: laborando integralmente; adquiriendo experiencia; percibiendo recompensa y satisfacción; resignándose a vivir injusticias; deseando superarse, esperanza de mejorar condiciones laborales; sintiendo tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar; experimentando sacrificio e injusticia y enfrentando un reto; sobreviviendo al abandono; experimentando mayor responsabilidad y exigencia; laborando por necesidad económica; sintiendo tranquilidad y bienestar; acostumbrándose y aceptando con resignación; asumiendo compromiso por responsabilidad; viviendo con incertidumbre; sintiendo necesidad de reconocimiento; sintiéndose explotada y excluida; deseo de desistir; vivenciando limitante profesional; y proyectándose al cambio.

Cuadro 18. Categorías según número de convergencias

CATEGORÍAS	N° DE CONVERGENCIAS
Sintiendo tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar	45
Deseando superarse	37
Esperanza que mejoren condiciones laborales	30
Experimentando sacrificio e injusticia, y enfrentando un reto	26
Percibiendo recompensa y satisfacción	11
Laborar integralmente	10
Sobreviviendo al abandonado	10
Experimentando mayor responsabilidad y exigencia	06
Sintiéndose explotada y excluida	06
Sintiendo necesidad de reconocimiento	06
Asumiendo compromiso por responsabilidad	05
Vivenciando limitante profesional	04
Adquiriendo experiencia	03
Laborando por necesidad económica	03
Resignándose a vivir injusticias	03
Deseo de desistir	02
Viviendo con incertidumbre	01
Sintiendo tranquilidad y bienestar	00
Acostumbrándose y aceptando con resignación	00
Proyectándose al cambio	00

4.2.1 Análisis de las categorías con mayor cantidad de convergencias

a. Sintiendo tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar

Esta categoría se obtiene de las convergencias de las unidades 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 (discursos II, III, IV, V, VI, VII, VIII).

En estas unidades de significado los colaboradores manifiestan tristeza, frustración e indignación que les genera laborar en un establecimiento con categoría I-1, tal como se muestra en los siguientes discursos:

“Me da mucha tristeza porque ya vengo trabajando buen tiempo... y eso me frustra...” (discurso II).

“...como persona y obstetra me siento frustrada, porque como obstetra no estoy creciendo... y me causa mucha indignación colega nuestro trabajo no lo valoren...” (discurso III).

“..., aunque a veces me siento triste y quisiera regresar a mi lugar natal...” (discurso IV).

“... me da mucha indignación, desilusión, frustración, mucha desilusión..., desilusionada acá prácticamente somos maltratados...” (discurso V).

“...es que difícil, difícil, se siente digamos una... un ámbito de tristeza de frustración...” (discurso VI).

“...es que difícil, difícil, se siente digamos, un ámbito de tristeza, frustración...” (discurso VII).

“...es triste que los demás profesionales que están cerca si lo pueden hacer, eso causa sentir frustración...” (discurso VIII).

En un estudio realizado en Ayacucho-Perú por Huicho y col. en el año 2012, dirigido a profesionales de salud que laboran en establecimientos con categoría I-1, se encontró que tiene que enfrentarse a problemas familiares y laborales. En el primer caso básicamente es a la separación de sus familiares, quienes residen generalmente en la ciudades; problemas para acceder a vivienda y alimentación adecuadas, a buenas escuelas para sus hijos y a oportunidades de empleo para sus parejas; y en el segundo caso, encontramos la percepción predominante de salarios insuficientes, inestabilidad laboral, malestar porque el sistema no ofrece oportunidades de formación y actualización, deficiente infraestructura y equipamiento de los centros laborales, escasez de personal, aumento de cargas laborales y horario; aunado a todo esto la inseguridad, los accidentes de carretera, la carencia de medios de comunicación, la dureza del clima y la geografía y en muchas ocasiones las relaciones tensas con la comunidad; generando todo lo anteriormente descrito sentimientos de frustración, indignación, tristeza (41).

La frustración e indignación son estados emocionales que se produce en el profesional de la salud cuando éste, no logra alcanzar el objetivo deseado, alcanzar un mejor puesto laboral, el ser rotado por tiempo de experiencia o el trabajar en condiciones deplorables.

Todo trabajador aspira: ascensos; incremento de sueldo; buenas relaciones interpersonales con sus subordinados, compañeros y jefes; clima apropiado; digno y saludable; toma de decisiones comunes y apropiadas; estabilidad laboral; utilización de todas sus potencialidades; valoración de sus potencialidades; horario apropiado a sus demás actividades como persona; aseguramiento de estabilidad económica y otras prestaciones, etc. Muchos de estos y otros aspectos son para los trabajadores (en todos los estatus) "un sueño" difícil de tener, ya que el sistema de salud no hace realidad las políticas existentes que incluyen al recurso humano lo que hace que sea poco probable encontrar "el trabajo perfecto" para un individuo, no sólo por el incumplimiento de alguno de los aspectos antes mencionados, sino también porque cada persona tiene diferentes aspiraciones. Cuando todas estas aspiraciones no se hacen realidad el individuo se frustra produciéndole tristeza e indignación y deseo de retornar a su lugar de origen (59)

b. Experimentado sacrificio e injusticia, y enfrentando un reto

Categoría conformada por las convergencias de las unidades 30, 31, 32, 33, 34 (discursos II, III, VI, VII, VIII).

Los profesionales de la salud entrevistados mencionan que laborar en un establecimiento con categoría I-1 es un sacrificio e injusticia porque significa desenvolverse en condiciones no óptimas para la salud, por un lado estar alejados de su familia, exentos de las capacitaciones, actualizaciones, avance tecnológico y por otro lado esta los horarios mayores a lo estipulado, realizar múltiples funciones, impartir salud muchas veces sin gozar de ella, sueldos lamentables lo que se constituye realmente en un reto de quien lo realiza. Tal como expresan el personal de salud entrevistado:

"... tenemos que dejar todo y seguir en la sacrificada labor, muchas veces exponiéndose al peligro esto puede ser por ..." (discurso II).

"... significa un gran sacrificio, un gran sacrificio donde tenemos sentimientos encontrados, personalmente tengo sentimientos encontrados..." (discurso III).

"...trabajar en zonas alejadas significa trabajar 24 horas y recibir sueldo de sólo seis horas y... sueldos que no responden al sacrificio que significa...es injusto colega..." (discurso VI).

“... laborar en un establecimiento I-1 es un reto más que todo profesional y al mismo tiempo familiar y social...” (discurso VII).

“... es demasiado las desventajas, demasiado el sacrificio que es mal recompensado por parte nuestras autoridades...” (discurso VIII).

c. Deseando superarse

Categoría conformada por las convergencias de las unidades 10, 11, 12, 13, 14,15 (discursos I, II, III, VI, VII, VIII).

Todos los participantes tienen la expectativa de mejorar en los aspectos, personal, familiar y sobre todo laboral, ocupando mejores puestos laborales, dejando los establecimientos I-1, por otros de mayor categoría o laborar en establecimientos más cercanos a la ciudad que les permita estar con su familia, capacitarse, especializarse, tal como se puede apreciar en los siguientes discursos:

“... yo quiero autorealizarme, llegar ocupar un cargo más importante y desde allí servir a mi gente...” (discurso I).

“Quisiera acercarme a la ciudad, estar cerca a mi familia y bueno este seguir laborando para la atención de los usuarios...” (discurso II).

“A mí me gustaría bajar a la ciudad e..., crecer como obstetra, tener de repente más acceso y más posibilidades a centros de mayor complejidad para que los pacientes ...” (discurso III).

“quiero trabajar en un nivel que me permita avanzar en el aspecto profesional, familiar, social, político y económicamente” (discurso VI).

“me gustaría estar en la ciudad con la misma finalidad esto de poder esto... poder esto llevar cursos de capacitación, especialización estar esto... más cerca a la familia, más que todo por el tema de actualización profesional...” (discurso VII).

“... me gustaría un mejor trabajo, que mi trabajo sea reconocido y valorado no necesaria económicamente, hay otras formas de hacerlo...” (discurso VIII).

Todas las acciones humanas se realizan con un fin posible que a su vez se supedita a otros hasta llegar a un fin último tras el cual no hay ninguno más y que da la razón o justificación a los otros. Este fin último es lograr un puesto laboral de mayor importancia o llegara a laborar en la zona donde les permita autorrealizarse. Para Aristóteles todas personas están de acuerdo en desear lo que quieren ser y en perseguirlo para alcanzarlo, pero en desacuerdo sobre en qué consiste.

Hablamos del deseo como proyección de futuro, aunque también se puede verlo desde otro ángulo distinto, el deseo es el lenguaje por el cual se anuncia nuestro crecimiento. Todo crecimiento, todo desarrollo, se anuncia previamente a través del deseo, esto lo hace porque hay algo que lo empuja por dentro, porque hay un impulso que se manifiesta en su conciencia en forma de deseo, en forma de ganas de... hacer algo. Estas ganas de..., son el lenguaje por el cual se manifiesta todo lo que es y todo lo que va siendo (60).

El deseo está en una capa intermedia; están entre lo que es el centro y lo que es el mundo dinámico de la realidad exterior. Por eso resulta perjudicial quedarse en esa zona puramente mental, el deseo requiere acción. Podemos tener muchos deseos, pero a condición de vivirlos inmediatamente; de actuar ahora, viviéndolos en el presente. Y si el deseo se refiere a una aspiración de tipo interno, que yo viva también este deseo, ahora. No que lo mantenga como algo al margen de mi presente. Cuanto más incorporemos nuestro deseo en el presente, menos necesidad tendremos de metas. Las metas se alimentan siempre del deseo sostenido o del temor sostenido. Es la inseguridad en el presente que nos hace proyectar la seguridad en el futuro. Cuanto más uno pueda vivir su seguridad, su capacidad, aquí y ahora, menos necesitará un objetivo, una meta (61)

Mientras más uno se esfuerza para vivir todo su presente, estará trabajando al ciento por ciento en la posibilidad de su realización. En cambio, cuando no está trabajando al ciento por ciento en el ahora de este deseo, pero lo está manteniendo dentro, está hinchando su idea de futuro y a la vez lo está alejando más.

También existen deseos que presionan desde nuestro inconsciente. Más, al vivir el presente, los deseos ocultos van apareciendo delante de nuestra nariz. Entonces

podremos hacer algo con ellos. Cuando al vivir se nos presenta algo concreto, entonces podemos hacer algo. Con lo que no se puede hacer nada es con lo que suponemos. Porque lo que suponemos no es nunca un problema con existencia real ya que es un problema fabricado en la mente.

Al tratar de vivir más y más en presente, irán apareciendo sucesivas capas de presente, que están dentro. Entonces es cuando podremos trabajar con ellas. Está claro que para eso hace falta querer vivir el presente, querer vivir la realidad, querer ser sincero; porque si no hay esta demanda, no tiene sentido el hablar del trabajo sobre sí mismo (61).

d. Esperanza que mejoren condiciones laborales

Categoría conformada por las convergencias de las unidades 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 (discursos I, II, III, IV, VI, VII, VIII).

Gran parte de los participantes guardan la esperanza que los sistemas de salud incluyan políticas en favor al recurso humano que labora en zonas desfavorecidas, por un lado, a nivel institucional; incrementen personal, equipen los establecimientos de salud, y por otro lado a nivel individual; aumenten los salarios, velen por su calidad de vida, se consideren incentivos como: monetarios, capacitaciones, rotación por tiempo de servicio, documentos que reconozcan su labor, nombramiento, entre otros. En los siguientes párrafos observamos ello.

“... se deben incluir políticas que integren al profesional de la salud, porque si existen no las conozco y que tengan en cuenta que también necesitamos progresar...” (discurso I).

“Quisiera pedirles a los jefes, a los superiores de que evalúen bien al personal y a la gente nueva mandarlos a los sitios más alejados y que a los antiguos nos acerquen... ojalá alguna de nuestras autoridades se preocupen por mejorar las carreteras, los sueldos y que no nos dejen trabajar solos que incrementen personal” (discurso II).

“Me gustaría que las autoridades tengan a consideración y que no solamente exijan, sino que también vean la calidad como profesionales o como personal de salud” (discurso III).

“...me gustaría que implementen con equipamiento que me faltan, aumente el sueldo, que contraten más personal para mejorar la atención de los pacientes... que aumenten las capacitaciones” (discurso IV).

“que este trabajo que está realizando colega, ojalá pueda hacerlo llegar a nuestros “grandes jefes” y se den cuenta que los profesionales de la salud que trabajamos en zonas alejada también existimos y que...” (discurso VI).

“...que nuestras autoridades, nuestras personas encargadas en el sistema de salud... tengan una remuneración equitativa acorde digamos con las distancias que uno va, que hay incentivos laborales, que haya digamos programas de capacitación para el personal que va a trabajar hacia la periferie... mejoras salariales...” (discurso VII).

“... es que algún día te puedan acercar, llegar a un puesto de mayor complejidad, y lo que más motiva seguir aquí por un lado es nombramiento, el incremento de sueldo del que se habla...” (discurso VIII).

La esperanza es un estado de ánimo optimista basado en la expectativa de resultados favorables relacionados a eventos o circunstancias de la propia vida o el mundo en su conjunto. Es el sostén para que los participantes continúen de pie en sus centros de labores y no decidan dar un paso al costado (63).

e. Percibiendo recompensa y satisfacción

Esta categoría es identificada por los profesionales e salud en estudio por las unidades: 4, 5, 6, 7, 8 (discursos I, III, IV, VI, VIII), siendo como a continuación se expresa:

“Siente que la recompensa a su labor es convivir con la realidad en que habitan los pueblos” (discurso I).

“Considera que atender a las personas con más necesidades básicas insatisfechas y con menos acceso a los servicios de salud le genera satisfacción” (discurso III).

“Siente que la recompensa a su labor es ayudar a la población más necesitada en la difícil tarea de conseguir salud” (discurso IV).

“Está decepcionada, pero sigue laborando porque la felicidad de la población lo reconforta” (discurso VI).

“Siente que la recompensa y satisfacción a su labor es el cariño, amistad, agradecimiento, amabilidad, inocencia y bondad que le ofrece la población” (discurso VIII):

Como veíamos en la primera categoría descrita laborar en establecimientos de salud con categoría I-1 produce frustración, tristeza, indignación, sin embargo, en esta categoría observamos lo contrario traducido en satisfacción y recompensa; esto demuestra que no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la misma experiencia, inclusive dentro sí mismo la experiencia genera sentimientos encontrados.

La satisfacción es esa sensación positiva que se produce y hace que la vida nos resulte más agradable, en este caso los participantes se sienten satisfechos por ayudar al poblador rural en la difícil tarea de conseguir salud (64).

La recompensa es ofrecida a menudo por un grupo como incentivo para la realización de una tarea. Las recompensas y los reconocimientos han llegado a ser más importante que nunca ya que los gerentes disponen de menos manera de influir en sus empleados o de moldear su comportamiento. En tiempo de estrechez económica, las recompensas y el reconocimiento proporcionan una manera eficaz de estimular a los empleados para que logren más altos niveles de desempeño (64).

4.3 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL FENÓMENO

En la investigación “Vivencias y Expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos con categoría I-1. Distrito Bambamarca. 2013”, se ha logrado develar el fenómeno a través de la descripción, análisis y comprensión de los hallazgos observados, al ponerse de manifiesto lo subjetivo mediante la pregunta orientadora que ha permitido recabar valiosos elementos para la comprensión de dicho fenómeno.

Los elementos obtenidos en el estudio hicieron posible entender la realidad de los participantes tanto en lo referente a sus vivencias como a sus expectativas frente a la situación en la que se encuentran inmersos, de una manera objetiva.

Tal es así, que cada participante tiene posturas diferentes, debido a que cada vivencia es única e inherente a cada una de ellas, acorde a su respectiva realidad; sin embargo, coexiste entre los diferentes discursos aspectos comunes o convergentes; así como pensamientos idiosincráticos.

Los ocho profesionales de la salud que laboran en establecimientos con categoría I-1, sujetos a la investigación, tienen sentimientos encontrados producto de su vivencia lo que se traduce por un lado en, tristeza, frustración, deseo de retornar, sacrificio, injusticia y reto, abandono, mayor responsabilidad y exigencia, explotación y exclusión, limitante; y por otro lado resignación, compromiso y vocación de servicio, adquisición de experiencia, recompensa y satisfacción.

Respecto a sus expectativas de vida, la mayoría de los participantes tienen el deseo superarse personal y profesionalmente y guardan la esperanza de que el sistema de salud integre políticas en favor del recurso humano con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida y trabajo.

Del análisis realizado referente al tema investigado, emergen las experiencias conceptuales del fenómeno referidas a la vivencia de laborar en establecimientos de categoría I-1, a la expectativa frente a la situación vivenciada y al pensamiento idiosincrático (la aproximación conceptual del fenómeno se encuentra esquematizada en el anexo 4).

4.3.1 Referente a la vivencia de laborar en un establecimiento de salud con categoría I-1

Éste aspecto incluye las siguientes categorías, ordenadas de acuerdo con la mayor cantidad de convergencias:

- Sintiendo tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar.
- Experimentando sacrificio e injusticia, y enfrentando un reto.
- Percibiendo recompensa y satisfacción.
- Laborando integralmente.
- Sobreviviendo al abandono.
- Experimentando mayor responsabilidad y exigencia.
- Sintiendo explotación y excluida.
- Sintiendo necesidad de reconocimiento.
- Asumiendo compromiso por responsabilidad.
- Vivenciando limitante profesional.
- Adquiriendo experiencia.
- Laborando por necesidad económica.
- Resignándose a vivir injusticias.
- Viviendo con incertidumbre.

Las vivencias de los profesionales de la salud que se encuentran laborando en establecimientos con categoría I-1, de acuerdo al estudio realizado, experimentan prioritariamente tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar debido a que están expuestos a enfrentar por un lado, separaciones familiares, estar relegado de las capacitaciones, actualizaciones y avances tecnológicos; y por otro lado, presenciar las condiciones laborales que el sistema de salud les ofrece a diario, maltrato, indiferencia de sus jefes, inequidad, sueldos lamentables, carga laboral aumentada, y el desmerecido valor a su labor; aunado todo esto a la inaccesibilidad geográfica, medios de comunicación deficientes y la exposición al peligro que esto representa.

Para los participantes, encontrarse laborando en éstas condiciones que el sistema de salud les ofrece, significa por un lado un gran sacrificio, injusticia y un reto al que tienen que enfrentarse a diario, pero, por otro lado, les genera sentimientos de satisfacción al contribuir con la difícil tarea de conseguir salud de la población más relegada y con menos necesidades básicas insatisfechas; lo que les permite considerarlo como la recompensa a su labor.

Sin embargo, el profesional de la salud no deja de sentir que su labor en establecimiento con categoría I-1 representa una mayor responsabilidad, denotando mayor exigencia que en las instituciones con más categoría; lo que les faculta considerarlo como una labor multifuncional, exponiéndoles a mayor carga laboral y horarios mayores a lo estipulado. Todo esto, les origina sentimientos de explotación, exclusión y abandono por parte de las instancias administradoras de salud; sin embargo, muchos de ellos los asumen por compromiso y vocación de servicio, porque les permite adquirir experiencia para comprobarlo en un nivel superior; y otros los asumen por necesidad económica y con ello ofrecerle mejor calidad de vida a su familia.

En definitiva, consideran que es una limitante en todos los aspectos, más aún cuando no les permite perseguir sus sueños, lo que ocasiona para unos sentimientos de resignación, mientras que para otros, necesidad de reconocimiento.

4.3.2 Referente a la expectativa del profesional de salud que vivenció el hecho

Incluye éste aspecto cinco categorías, acorde con la mayor cantidad de convergencias son las siguientes:

- Deseando superarse.
- Esperanza que mejoren condiciones laborales.
- Deseo de desistir.
- Viviendo con incertidumbre.

Respecto a la expectativa de vida que tiene el profesional de la salud que labora en establecimientos de categoría I-1, resalta su deseo de superación personal, familiar y profesional ocupando mejores puestos laborales, y/o, laborando en establecimientos de salud con mayor categoría y/o en instituciones más cercanas a la ciudad; al mismo tiempo abrigan la esperanza de que las instituciones administradoras de recursos humanos en salud, implementen o las hagan efectivas las políticas que incluyan el mejoramiento de las condiciones laborales y la calidad de vida del personal de salud; además, se consideren incentivos para atraer y retener a los trabajadores en estas zonas, los cuales pueden ser financieros (monetarios) y/o no financieros (capacitaciones, actualizaciones, pasantías, reconocimientos).

Frente a lo anteriormente descrito surge incertidumbre el pensar que no surja lo deseado; lo que lo conlleva al deseo de desistir, pese a que en algún momento tomó la decisión de laborar en establecimientos con categoría I-1, con la finalidad de contribuir con las poblaciones más desfavorecidas.

Esta experiencia conceptual acerca de las expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos con categoría I-1 tiene sustento en la teoría de las expectativas de Victor Vroom (1964) con el aporte de Porter y Lawler (1968), quienes manifiestan que la motivación de las personas a hacer algo está determinada por el valor que le otorguen al resultado de sus esfuerzos multiplicado por la certeza que tengan de que sus esfuerzos ayudarán al cumplimiento de una meta; puesto que las personas toman decisiones a partir de lo que esperan como recompensa por el esfuerzo realizado (46), (47).

En términos más prácticos, la teoría de las expectativas dice que un empleado se motiva para ejercer un alto nivel de esfuerzo cuando cree que ese esfuerzo llevará a una buena evaluación de su desempeño; una buena evaluación dará lugar a recompensas organizacionales, como bonificaciones, incrementos de salario o un ascenso; y las recompensas satisfarán las metas personales del empleado (46).

El problema viene cuando al trabajador se le generan expectativas y no se le cumple lo prometido, conllevándolos que el profesional de la salud tenga sentimientos encontrados, por un lado, tristeza, frustración, coraje, deseos de retornar, injusticia, sacrificio; y por otro lado sentimientos de satisfacción y recompensa.

4.3.3 Referente al pensamiento idiosincrático frente al hecho vivenciado

Representadas por tres categorías:

- Sintiendo tranquilidad y bienestar.
- Acostumbrándose y aceptando con resignación.
- Proyectándose al cambio.

Las individualidades que expresa cada uno de los participantes de la investigación, pone de manifiesto aquellas características que reflejan su forma de percibir y vivenciar su realidad, según el análisis realizado se extrajo los siguientes enunciados encontrando:

- Manifiesta tranquilidad y bienestar por tener un número reducido de pacientes y por el respeto que le demuestra la población.
- La benevolencia, el cariño, la humildad de la población le hace sentirse aceptada e integrada lo que le permitió acostumbrarse y aceptar su realidad.
- Proyectarse al cambio, sí tendría que irse, lo haría, aunque sienta tristeza y extrañe la benevolencia de la población.

A continuación, los enunciados transcritos fielmente de la expresión de las mujeres entrevistadas, que reflejan su idiosincrasia, son:

Discurso IV: “... pero ahora esto tranquila, tranquila porque si me abastezco no tengo muchas pacientes gestantes, la población si me hace caso, pero si estoy bien, estoy tranquila...”

Discurso IV: *“ya tengo casi cinco años y no he tenido problemas, la gentecita es buena me tratan como si fuera de su familia hasta me traen algunas cosas que producen las tierras de ese lugar. La gentecita es humilde, buena...”*

Discurso VIII: *“claro si te llevas bien con la comunidad es muy bonito porque en realidad eso es lo que te hace acostumbrarte más, me imagino que cuando tenga que salir de acá extrañaré y sentiré bastante pena, pero es necesario hacerlo”.*

A partir de estas peculiaridades, podemos encontrar que los profesionales de salud pueden sentirse satisfechos con su trabajo debido a que en el lugar donde laboran son aceptados, respetados, integrados, o, porque simplemente sienten que es eso lo que les tocó vivir por lo que consideran continuar nada más.

Finalmente, tanto los aspectos relacionados con las vivencias, expectativas e incluso los pensamientos idiosincráticos del grupo de profesionales de salud, participantes de esta investigación, tienen su explicación en las teorías de las expectativas de Victor Vroom con el aporte de Porter y Lawer. Esto se evidencia al observar y analizar las convergencias de los discursos en las que los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de salud con categoría I-1 laboran con deseo de superación y la esperanza de que mejoren condiciones laborales las mismas que se encuentran plasmadas en la normativa vigente “Decreto Legislativo N° 1153”, sin embargo, al no ser cumplidas y aún más por el contrario al experimentar ausencia de motivación más extrínseca que intrínseca lo que conlleva al fallo de la teoría.

CONSIDERACIONES FINALES

En el trabajo de investigación: “Vivencias y Expectativas del Profesional de la salud que labora en establecimientos de salud I-1, Bambamarca, 2013”, de acuerdo al análisis, se concluye que la estructura fenomenológica de la experiencia vivenciada y las expectativas, vierten los siguientes fenómenos:

La vivencia de labor en un establecimiento con categoría I-1 se manifiesta, inicialmente, con sentimientos encontrados por un lado, tristeza, frustración, indignación y deseo de retornar ante las pésimas condiciones que el sector salud ofrece a diario y, por otro lado, sentirse recompensados y satisfechos al ayudar a la población más necesitada en la difícil tarea de cristalizar salud; todo ello los conlleva a desear mejores condiciones personales, familiares y profesionales buscando un puesto laboral más cercano al área urbana y a la vez siguen abrigando la esperanza que se ejecuten las políticas de salud enfocadas al recurso humano; caso contrario debe ser reformuladas acorde con las necesidades de la fuerza laboral.

Consecuentemente, siguen laborando en las condiciones que ofrece un establecimiento con categoría I-1 aunque lo consideren que es un sacrificio, explotación y exclusión que demanda mayor responsabilidad y exigencia creando sentimientos de abandono, injusticia y reto. Todo esto los conlleva al deseo de reconocimiento y vivir con la esperanza de un cambio, con ello buscan justificar su mundo vivencial y se resignan o, siguen laborando por adquirir experiencia o necesidad económica, generándoles incertidumbre acerca de su expectativa.

Todo esto, da lugar a que los profesionales de salud tengan deseos de desistir, y optar por la migración, dando origen a que el primer nivel de atención de salud tenga grandes deficiencias, las que se ven inmersas en la calidad de atención al usuario.

A nivel nacional en los países en desarrollo existen escasos estudios que aborden las vivencias y expectativas del recurso humano que labora en establecimientos de salud con categoría I-1, evidenciando que el sistema de salud no muestra preocupación por el bienestar de la fuerza laboral. Esta sensación se vincula a la precariedad de sus empleos, bajos salarios, falta de reconocimiento de su esfuerzo, difíciles y complicadas condiciones

de trabajo y ausencia de cuidado de sus salud física y mental. En este escenario, los trabajadores encuentran difícil imaginar que el sistema de salud en algún momento implemente políticas de incentivos de atracción y retención al personal de salud que labora en estos lugares.

De acuerdo al análisis temático, la expectativa de profesional de salud, objeto de estudio, son permanecer laborando por algún tiempo corto en establecimientos de categoría I-1 y luego ser rotados a los de mayor categoría, convencidos de haber entregado sus mejores años, sacrificado a su familia y postergado su desarrollo profesional. La cercanía a la zona es urbana es percibida como el lugar donde se encuentra la familia y donde es posible conseguir mayor formación y progreso.

Para los trabajadores de la salud, los incentivos tienen dos dimensiones. De un lado, son vistos como compensación por todo aquello que se sacrifica al estar lejos a la ciudad. De otro lado, son un mecanismo para hacer más parecidas las condiciones de vida y de trabajo en ciudad y en el campo. Los incentivos más representativos para el recurso humano, objeto estudio son: pagos diferenciados por distancia y accesibilidad geográfica, beneficios laborales, mejoras en infraestructura y equipamiento, aumento de la fuerza laboral, generar oportunidades de capacitación, actualización, mejorar vivienda y alimentación y mayor cuidado y reconocimiento.

De este modo se demuestra que el personal de salud no es un elemento más del sistema de salud, sino que es el capital más importante para el funcionamiento de la organización. No son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones, son su principal ventaja competitiva y, por lo tanto, son un factor crítico en el quehacer de salud; conllevando de esta manera a demostrar que es de suma importancia que las instancias administradoras de salud aborden a brevedad posible este serio problema de salud pública.

SUGERENCIAS

A la Dirección Regional de Salud Cajamarca,

Implementar políticas regionales con enfoque, que impliquen un cambio de paradigma en relación a los RHUS, es decir, pasar de considerarlo como un objeto o un recurso más, a pensarlo en su dimensión de sujeto; que además son sujetos históricos, inteligentes, inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que sustentan el sistema de salud y, al ser parte fundamental de la dimensión humana de la atención de la salud, son los que en última instancia definen los servicios que serán producidos, cuándo y dónde y en qué cantidad serán usados, y en consecuencia cuál es el impacto que tendrán dichos servicios sobre la condición de salud de las personas.

Cumplir con las políticas establecidas a nivel nacional que incluye incentivos para retener a los profesionales de salud en zonas desfavorecidas; considerar que los incentivos pueden ser monetarios u otros como; rotación de personal de acuerdo al tiempo de experiencia, capacitaciones, reconocimientos, entre otros.

Generar un clima de trabajo en equipo donde todos puedan crear diferentes alternativas con los mismos puntos en común y lograr alcanzar el objetivo del sector salud.

A la Escuela de Post Grado,

Motivar la calidad en los trabajos de investigación e impulsar su impacto en la sociedad.

A los Estudiantes de Post Grado y Profesionales de Ciencias de la Salud,

Considerar la importancia del estudio fenomenológico, porque permite analizar las bases de múltiples problemas a estudiar, es decir más allá de lo objetivo, trata de comprender las vivencias del ser humano, permitiendo un mejor entendimiento para orientar las propuestas de solución, desde otras perspectivas.

A los Investigadores,

Tomar como base este trabajo de investigación a fin de profundizar en las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en zonas alejadas y con ello contribuir con alternativas de solución desde una óptica más cercana y real al sentir humano.

Universidad Nacional de Cajamarca,

Impulsar carreras con nuevos perfiles profesionales que permitan mejorar la promoción, la prevención y la atención en el área de la salud, especialmente en el ámbito rural y las zonas subatendidas.

Reorientar su plan curricular reforzando el área comunitaria hacia el servicio con vocación y entrega, con la finalidad de formar profesionales, dispuestos y preparados a laborar en establecimientos con categoría I-1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SUSALUD, Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), listado de Establecimientos registrados en la RENIPRESS. [Internet]. 2018. [fecha de acceso el 17 de agosto 2018]; Disponible en: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>
2. Hernán E. García Cabrera, Pedro Díaz Urteaga, Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. [Health Care Reform and human resources for health]. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. 2015. [Fecha de acceso el 26 de abril 2018]; disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76nspe/a02v76nspe.pdf>
3. Organismo Andino de Salud; Convenio Hipólito Unanue; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Salud en los Países Andinos Planificación y Gestión de Recursos Humanos Migración Calificada en Salud, Impacto Financiero, Reconocimiento. Evidencia para la toma de decisiones. Primera edición. [Internet]. 2015. [Fecha de acceso el 26 de abril 2018]. Disponible en : <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3592.pdf>
4. Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 437- 2014. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención. Dirección general de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Dirección de gestión del trabajo en salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Lima-Perú. 2014. Pág. 4.
5. Alonso Soto. Recursos Humanos En Salud [Human Resources For Health]. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2011; 28(2): 173-4. [Internet]. 2015. [Fecha de acceso el 19 de marzo 2013]; disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a01v28n2.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. [Internet]. 2014. [Fecha de acceso el 28 de mayo 2018]; disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695_spa.pdf;jsessionid=6C943E30F1C536C2743251050066BD70?sequence=1

7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, DC. [Internet]. 2014. [Consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r7-s.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 - Colaboremos por la salud. Ginebra. [Internet] 2006. [Consultado el 13 de marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 69.^a Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 28 de mayo del 2016; Ginebra, Suiza. (Resolución WHA69.19) [Internet]. 2016 [consultado el 25 de abril del 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf
10. World Health Organization. World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs. Ginebra: WHO. [Internet]. 2017 [consultado el 24 de mayo de 2018]. Disponible en inglés en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/
11. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre medición de las metas regionales de recursos humanos para la salud. Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Recursos Humanos para la Salud. Washington, DC: OPS; 2014. (Documento de trabajo)
12. Pan American Health Organization; Health Sector Human Resources Planning and Development Unit, Ministry of Health. Consultancy report for the second assessment of Trinidad and Tobago's progress towards the achievement of the Regional Goals for Human Resources for Health. , Government of Trinidad and Tobago; [Internet 2014]. [Consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en inglés en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2014/2nd_assessment_goal_hrh_T&T.pdf
13. Rovere M. Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 96. Washington, DC: OPS; 1993. [Internet]. [Consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3114/mod_page/content/1/docs/mod1_RovereM.pdf

14. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Human Resources for Health Observer Series, [Internet] 2016. Ginebra: 2016 [consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>
15. Global Health Workforce Alliance; World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Ginebra [Internet] 2014. [Consultado el 14 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>
16. Ministerio de Salud. Registro Nacional del Personal de Salud 2016. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Lima – Perú [Internet] 2016. [Consultado el 27 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4041.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de salud. Estrategia De Recursos Humanos Para El Acceso Universal A La Salud Y La Cobertura Universal De Salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.a Sesión Del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA. [Internet] 2017. [Consultado el 25 de mayo del 2018]. Disponible en español en: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf>
18. Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de Salud. Informe de los Países 2013. “Estudio De La Segunda Medición De Metas Regionales En Recursos Humanos En Salud. Monitoreo de Desafíos De Toronto”. Guatemala [Internet] 2013. [Consultado el 23 de mayo del 2014]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/belice/?q=node/242>
19. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. Hacer frente al gran desafío que presentan los recursos humanos para la salud. Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, convocado por la Alianza. Recife, Brasil. 2013.
20. Organización Mundial de la Salud. Aumentar el Acceso al Personal Sanitario en Zonas Remotas o Rurales Mejorando la Retención. Recomendaciones Mundiales de Política. Ginebra: OMS; [Internet] 2011 [consultado el 14 de marzo del 2017] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243564012_spa.pdf?ua=1

21. Diario Oficial del Bicentenario “El Peruano”. También las Leyes de Equilibrio Financiero y de Endeudamiento. Editora Perú; [Internet] 2018 [consultado el 8 de enero del 2019] Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia-publican-presupuesto-2018-llega-a-s-157158-mlns-61841.aspx>
22. Organización Panamericana de la Salud. Cuba es el País de las Américas que más invierte en la salud, según informe de la OPS. Ginebra: OMS; [Internet] 2017 [consultado el 14 de marzo del 2017] Disponible en: <https://www.cibercuba.com/noticias/2017-09-26-u73624-e73624-cuba-pais-americas-invierte-salud-segun-informe-ops>
23. Dal Poz MR, Sepúlveda HR, Costa Couto MH, Godue Ch, Padilla M, Cameron R, Vidaurre Franco TA. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. Hum Resour Health.; [Internet] 2015. [Consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en inglés en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0016-4>
24. Martínez M, González N, Rosemann T, Djalali S, Huber F, Tandjung R. Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Med Care Res Rev. [Internet] 2015. [Consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en inglés en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077558715586297>
25. Ministerio de Salud. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2017. Dirección General de Personal de la Salud. Información de Recursos Humanos en Salud N° 24. Pág. 60.
26. Magar, V, Gerecke, M, Dhillon, I, Campbell, J. Women’s Contribution to Sustainable Development Through Work in Health: Using a Gender Lens to Advance a Transformative 2030 agenda. En: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, Editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Ginebra: [Internet] 2016 [consultado el 14 de marzo del 2017]. Disponible en inglés en: http://www.who.int/hrh/com-heeg/Womens_work_health_online.pdf
27. Dumont JC, Lafortune G. International Migration of Doctors and Nurses to OECD Countries: Recent Trends and Policy Implications. En: Buchan J, Dhillon I, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: An Evidence Base.

- Ginebra: 2016. Versión preliminar en inglés disponible en: http://www.who.int/hrh/com-heeg/International_migration_online.pdf?ua=1
28. Lazo O, Gonzales J, Alcalde J, Rabanal, Espinosa O, Henao. El sistema de Salud en Perú. Situación y Desafíos. Primera edición. Copyright. Perú [Internet] 2016. [Consultado el 14 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
 29. García H, Díaz P, Ávila D, Cuzco M. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. Health Care Reform and Human Resources for Health. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud del Perú. [Internet] 2015. [Consultado el 24 de julio del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002
 30. Guevara Ríos, E. Estado Actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Rev. Perú Investig Matern Perinat 2016; 5(2):7-8. Recibido: 01-11-16 Aprobado: 30-12-16. [Consultado el 16 julio del 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/Isabel/Downloads/7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Matern_a%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Isabel/Downloads/7y8_Estado_Actual_de_la_Mortalidad_Matern_a%20(1).pdf)
 31. Naciones Unidas Nueva York. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas-DPI/2594/1 S. Copyright. [Internet] 2016. [Consultado el 25 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
 32. Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario. Una verdad universal: No hay salud sin agentes sanitarios. [Internet] 2014. [Consultado el 24 de setiembre del 2014]. Disponible texto completo en ingles en: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf
 33. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: El Personal de la Salud de Aquí a 2030. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA69.19. [Internet] 2016. [Consultado el 18 de junio del 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf
 34. Organización Mundial de la Salud, Mortalidad Materna. Publicada el 19 de setiembre del 2018. [Consultado el 23 setiembre 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

35. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 160.a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA. [Internet] 2017. [Consultado el 18 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CE160 OPS estrategia.pdf>
36. Decreto Legislativo N° 1153. Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 12 de setiembre del 2013.
37. Castillo Estigarribia, A., Capacitación del Personal de Salud, Evidencia para Lograr el Ideal Health Personnel to Achieve the Ideal Evidence. Artículo recibido el 22 de junio, 2015. Aceptado en versión corregida el 7 de agosto, 2015. Santiago de Chile. [Consultado el 18 de junio del 2018]. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/26-1/3_capacitacion_del_personal_de_salud_12015.pdf
38. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Informe Quinquenal 2013-2017 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. 29.a. Conferencia Sanitaria Panamericana. 69.A Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA. [Internet] 2017. [Consultado el 18 de junio del 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34314/9789275319703_spa.pdf?sequence=12
39. Meza D. Atracción y Retención de Recurso Humano en Salud en Zonas Rurales: Percepción de Profesionales Rurales de Chiloe. Tesis para Optar el Grado de Magister En Salud Pública. [Internet] 2016. [Consultado el 18 de octubre del 2018]. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/482/Tesis_Damaris%20Meza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Miranda J, Diez Canseco F, Lema C, Lescano A, Lagarde M, Blaauw D, et al. Stated preferences of doctors for choosing a job in rural areas of Peru: a discrete choice experiment. Plos One [Internet]. 2012 [citado el 25 de octubre del 2018];7(12): e50567. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3525596&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

41. Huicho L, Díez F, Lema C, Miranda J. Incentivos para Atraer y Retener Personal de Salud en Zonas Rurales del Perú: un estudio cualitativo. [Internet]. 2014;28(4):729–39. [citado el 25 de octubre del 2018] disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074081/>
42. Husserl E. Invitación a la fenomenología. Barcelona: Paidós; 1998:13-23
43. Pilcón D. Vivencias y Expectativas de la Mujer Violentada 2015. (Tesis para optar el grado de maestro). Escuela de Post grado. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2017.
44. Ziri6n A., Breve Diccionario Analítico de Conceptos Husserlianos. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Investigaciones Filosóficas Universidad Nacional Autónoma de México. Segunda edición. México 2017.
45. Aude D. Tesis: Análisis de las Expectativas en el Marco de la Actividad Física y el Deporte. Enfoque integral entre Usuarios, Instructores y Gerentes. José María Poveda de Agustín Madrid, 2012. [Internet] 2014. [Citado el 20 de marzo del 2018]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9855/50681_Aude_Santacruz_Daniel_Jose.pdf?sequence=1
46. Marrugo M. y Pérez B. Análisis de la Teoría de las Expectativas de Víctor Vroom en el Centro de Emprendimiento y Desarrollo Pedro Romero “CEMPRENDE”. Tesis para optar Título de Pregrado de Administradora de Empresas. Cartagena. 2012. [Internet] 2012. [Citado el 20 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/527/1/Analisis%20de%20la%20teoria%20de%20las%20expectativas%20de%20victor%20vroom.pdf>
47. Vroom, V. (1964), Work and Motivation, John Wiley and Sons, New York.
48. Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 076-2014. Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos Del Sector Salud. Perú 2014.
49. Soto A, Vargas I. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los Cuidados. Edición digital. Santiago de Chile. [Internet] 2016. [Citado el 25 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017>
50. Rodríguez A, Momentos de la trayectoria fenomenológica. Chile [Internet] 2011. [Fecha de acceso 24 de abril 2014]. Disponible en: <http://cohorte2011.blogspot.com/2012/01/fenomenologia.html>

51. Ubillús B. Vivencias Familiares frente a la Muerte Materna en la Red de Salud Hualgayoc - Bambamarca, 2015. (Tesis para optar el grado de maestro). Escuela de Post grado. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. 2015.
52. Tello J. “Filosofía y Ciencia del Cuidado”. [Internet] 2012. [Citado el 25 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://es.escrib.com/doc/53131366/Jean-Watson>
53. Rodríguez G, Flores G, García G. Metodología de la Investigación Cualitativa. Archidona-España. Ed, Aljibe.1996.
54. Narvaez P. Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de Mama. Escuela de enfermería. [Tesis de grado] Universidad Austral de Chile. 2010.
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. ENDES. 2015. Lima.
56. Frías A. Salud pública y educación para la salud. Barcelona. Ed Masson, S.A. p159-76. 2004.
57. Ullin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica N° 614. Washington D.C. OPS. p 11-26, 30-58. 2006
58. Montero P. La ética en la investigación cualitativa en salud. Archivo Memoria. [Internet] 2011. [Fecha de acceso el 09 de enero del 2017]; Disponible en: (<http://www.index-f.com/memoria/8/8400.php>).
59. Pacas L. Frustración en el desempeño laboral. El Salvador 2016. [Internet] 2016. [Fecha de acceso el 09 de enero del 2017]; Disponible en: <http://www.cepvi.com/articulos /frustracion.htm>
60. Vásquez S. La motivación de los Empleados en Bibliotecas a través de la teoría de las Expectativas. Library’s employee motivation through expectancy theory. [Fecha de acceso el 25 de noviembre del 2017]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302895290_La_motivacion_de_los_empleados_en_bibliotecas_a_traves_de_la_teor%27ia_de_las_expectativas
61. Turienzo R. El Pequeño Libro de la Motivación. Editorial: Alienta. Págs. 272.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Tabla 01. Número de establecimientos de salud activos según categoría, año 2018.

CATEGORÍAS	N° EESS	%
TOTAL	21811	100
I-1	7625	35.0
I-2	4456	20.4
I-3	2879	13.2
I-4	419	1.9
II-1	245	1.2
II-2	82	0.4
II-E	153	0.8
III-1	35	0.2
III-2	15	0.1
III-E	6	0.1
SIN CATEGORÍA	5826	26.7

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos de Salud-MINSA

Tabla 02. Total de establecimientos de salud activos y con categoría I-1 de acuerdo a región 2018.

REGIÓN	N° EESS	%	N° EESS I-1	%
TOTAL	21811	100	7695	35.0
Lima	7959	36.5	2655	33.3
Cajamarca	1156	5.3	611	52.9
Piura	1115	5.1	301	27.0
Junín	964	4.4	325	33.7
Arequipa	1052	4.8	92	8.7
Cusco	922	4.2	214	23.2
Callao	784	3.6	271	34.6
La Libertad	718	3.3	120	16.7
Lambayeque	668	3.1	74	11.0
Puno	638	2.9	235	36.8
Ancash	580	2.7	272	46.9
Amazonas	543	2.5	374	68.9
Loreto	620	2.8	325	52.4
San Martín	582	2.7	319	54.8
Huancavelica	462	2.1	280	60.6
Apurímac	494	2.3	215	43.5
Ayacucho	428	2.0	278	65.0
Ica	393	1.8	58	14.7
Huánuco	388	1.8	158	40.7
Pasco	290	1.3	195	67.2
Tacna	433	2.0	48	11.1
Ucayali	268	1.2	150	56.0
Madre de Dios	150	0.7	76	50.7
Moquegua	113	0.5	27	23.9
Tumbes	91	0.4	22	24.2

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos de Salud-MINSA

ANEXO N° 02

Tabla N ° 03. Niveles de atención, niveles de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud.

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	1° Nivel de complejidad	I-1
	2° Nivel de complejidad	I-2
	3° Nivel de complejidad	I-3
	4° Nivel de complejidad	I-4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	5° Nivel de complejidad	II-1 y II-E
	6° Nivel de complejidad	II-2
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	7° Nivel de complejidad	III-1 y III-E
	8° Nivel de complejidad	III-2

FUENTE: Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos Del Sector Salud. RM 076-2014/MINSA.

ANEXO N° 03

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la obstetra María Isabel Rodríguez Salazar, estudiante de la escuela de posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. La presente investigación lleva por título “Vivencias y Expectativas del Profesional de la Salud que Labora en un Establecimiento de Salud con Nivel de Complejidad I-1, Bambamarca, 2013”, tiene como objetivo develar, describir y comprender las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en instituciones con características antes mencionadas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder en forma clara las preguntas elaboradas por el investigador, las cuales se le realizarán en el momento de la entrevista. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Después de haber leído lo anterior acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la obstetra María Isabel Rodríguez Salazar. He sido informado (a) de que la investigación es con fines de obtener el grado académico de Magister en Ciencias y que el objetivo de la investigación es develar, describir y comprender las vivencias y expectativas del profesional de salud que labora en establecimientos salud con nivel de complejidad I-1, Bambamarca, 2013.

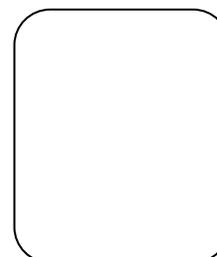
Me han indicado que tendré que responder preguntas abiertas en la entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a con la autora de la investigación al teléfono celular N° 976237711.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido y al mismo tiempo proceso a firmar confirmando mi participación.

FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZÓ LA ENTREVISTA:

Nombre del participante:
Seudónimo:
Profesión:
Firma y huella digital del participante:



ANEXO N° 04

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL DEL FENÓMENO
 VIVENCIAS Y EXPECTATIVAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD
 LABORA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA I-1

