

## Entre la cruz y la espada: dilemas en la gestión de los recursos humanos de atención primaria

*Entre a cruz e a espada: dilemas na gestão de recursos humanos da atenção primária*

*Between a rock and a hard place: dilemmas in human resource management in primary care*

 Mailson Fontes de Carvalho<sup>1</sup>,  Cristina Setenta Andrade<sup>2</sup>

Recibido: 08/05/2024 Aprobado: 24/07/2024 Publicado: 08/08/2024

### Resúmen:

**Objetivo:** Investigar los retos a los que se enfrenta la gestión de los recursos humanos en la atención primaria de salud. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado en 2019. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas con coordinadores de atención primaria de municipios del interior de Piauí, Brasil. El análisis temático se realizó con el programa MAXQDA. **Resultados:** Participaron 28 gestores y se identificaron 52 segmentos de discurso, codificados en ocho subcategorías, que formaron las dos categorías temáticas: *Perfil profesional no alineado con las necesidades de la atención primaria* y *Tensiones sobre la remuneración y la jornada laboral*, con especial atención al dilema del horario flexible para los profesionales, sus motivaciones e impactos. **Conclusión:** Las cuestiones relacionadas con la gestión de los recursos humanos, especialmente la retribución y la jornada laboral, llevan a los gestores a tomar decisiones difíciles en la búsqueda de soluciones para mantener operativa la atención primaria, a veces enfrentándose a normativas y cuestiones éticas.

**Palabras-Clave:** Administración de Personal; Atención Primaria de Salud; Toma de Decisiones.

### Resumo:

**Objetivo:** investigar os desafios enfrentados na gestão de recursos humanos da atenção primária à saúde. **Método:** estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizada em 2019. Utilizou-se entrevistas semiestructuradas com coordenadores de atenção primária de municípios do interior do Piauí. A análise temática foi realizada com auxílio do software MAXQDA. **Resultados:** participaram 28 gestores, e foram identificados 52 segmentos de falas, codificados em oito subcategorias, que conformaram as duas categorias temáticas: *Perfil profissional desalinhado com as necessidades da atenção primária* e *Tensões sobre remuneração e jornada de trabalho*, com destaque para o foco no dilema da flexibilização da jornada de trabalho dos profissionais, suas motivações e impactos. **Conclusão:** questões relacionadas ao gerenciamento de recursos humanos e em especial à remuneração e jornada de trabalho impulsionam gestores à difíceis tomadas de decisão na busca de soluções para a manutenção operacional da atenção primária, afrontando por vezes, normativas e questões éticas.

**Palavras-chave:** Gestão de Recursos Humanos; Atenção Primária à Saúde; Tomada de Decisões.

### Abstract:

**Objective:** to investigate the challenges faced in human resource management in primary health care. **Methods:** a descriptive, exploratory, and qualitative study conducted in 2019. Semi-structured interviews were conducted with primary care coordinators from municipalities in the interior of the state of Piauí, Brazil. Thematic analysis was performed using MAXQDA software. **Results:** 28 managers participated, and 52 speech segments were identified, coded into eight subcategories, which formed the two thematic categories: *Professional profile in conflict with the needs of primary health care* and *Tensions over pay and working hours*, with emphasis on the dilemma of making professionals' working hours more flexible, their motivations, and impacts. **Conclusion:** issues related to human resource management, especially remuneration and working hours, drive managers to make difficult decisions in the search for solutions for the operational maintenance of primary care, sometimes confronting regulations and ethical issues.

**Keywords:** Personnel Management; Primary Health Care; Decision Making.

Autor Correspondiente: Mailson Fontes de Carvalho – mailsoncarvalho@ufpi.edu.br

## INTRODUCCIÓN

**E**n el complejo entramado de la gestión de la sanidad pública, los gestores se enfrentan a menudo a procesos de toma de decisiones conflictivos en los que se ven colocados “entre la cruz y la espada”. Esta expresión, con orígenes históricos que se remontan a la condena de Jesucristo, se utiliza a menudo para describir una situación en la que alguien se enfrenta a elecciones difíciles, en la que cualquier decisión que se tome tendrá consecuencias negativas.

La cuidadosa asignación de los recursos limitados, la búsqueda de un equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios, así como el esfuerzo constante por garantizar la calidad de la asistencia y la satisfacción de los pacientes, son sólo algunos de los retos diarios a los que se enfrentan los gestores del Sistema Único de Salud (SUS). Estas dificultades son aún más pronunciadas en los municipios con escasos recursos, especialmente los situados en lugares remotos y con bajo desarrollo socioeconómico, que irremediamente centran sus actividades principalmente en la prestación de servicios de atención primaria de salud (APS)<sup>1</sup>.

La APS actúa como núcleo estructurador de la red de atención sanitaria, ofrecida a nivel municipal, principalmente a través de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), mediante equipos multiprofesionales, cuyo trabajo se orienta hacia acciones preventivas de los problemas de salud y de promoción de la salud, sin perjuicio de las acciones asistenciales<sup>2</sup>.

A medida que aumenta el tamaño de la población y las condiciones socioeconómicas de los municipios, la cobertura de la APS tiende a disminuir. Por otro lado, los municipios más pequeños y con peores indicadores socioeconómicos y de estructura sanitaria han mostrado una mayor eficiencia en términos de procesos, a pesar de ser menos eficaces en la consecución de resultados<sup>3,4</sup>.

Entre los estados brasileños, Piauí lidera el ranking de cobertura del ESF, con un impresionante 90% en 2019, un salto de más del 10% desde 2013, mientras que Brasil alcanzó sólo el 62% en el mismo año<sup>5</sup>, manteniendo su posición de liderazgo en 2022, con más del 95% de cobertura<sup>6</sup>.

A pesar de los elevados índices de cobertura, Piauí obtuvo un resultado medio en la evaluación de la satisfacción de los usuarios a través del *Net Promoter Score* (NPS), un indicador crucial de la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados, verificado en la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD)<sup>7</sup>.

Aunque algunos estados superaron la marca de 6,0 en el NPS, Piauí y otros estados como Rondônia, Amazonas, Goiás y Maranhão obtuvieron puntuaciones más bajas, lo que muestra posibles deficiencias en los servicios. Además, los análisis de series temporales de indicadores

estratégicos de la APS señalan resultados aún preocupantes en la tasa de mortalidad infantil<sup>8</sup>, hospitalizaciones por afecciones sensibles a la APS tanto en niños<sup>9</sup> como en la población general<sup>10</sup>, entre otros.

Esta situación exige inversiones y acciones específicas para elevar tanto la calidad como la eficacia de la APS en el estado, ya que la mera expansión numérica no garantiza por sí sola la prestación eficiente de estos servicios a la población. Por lo tanto, esta realidad plantea un desafío directo a los gestores, cuyo papel es crucial en el desarrollo y la aplicación de estrategias para mejorar los servicios.

En el contexto de la gestión local, la mejora de los servicios es imperativa, lo que exige que los gestores tengan habilidades estratégicas y tomen decisiones juiciosas para enfrentarse a los retos únicos de diferentes escenarios entrelazados con intereses diversos. Por tanto, este estudio pretende investigar los retos a los que se enfrenta la gestión de los recursos humanos en la atención primaria de salud.

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio y con enfoque cualitativo, realizado en la atención primaria de los municipios del interior del estado de Piauí, sobre los retos experimentados en la gestión. Forma parte de un estudio realizado con gestores de salud, incluidos secretarios municipales y coordinadores de atención primaria, en una microrregión de Piauí, Brasil, sobre la implantación de un programa de evaluación del desempeño en APS.

En este estudio, se realizaron entrevistas a coordinadores de atención primaria para conocer los retos relacionados con los recursos humanos. Los gestores considerados para el estudio son próximos a los mandos intermedios, abarcando aspectos administrativos, de gestión y de asistencia técnica.

Para realizar las entrevistas, se contactó previamente con los participantes por teléfono o correo electrónico y, tras aceptar participar en la investigación, se programaron las reuniones en función de la disponibilidad y la preferencia de lugar. Las entrevistas tuvieron lugar en 2019 y fueron grabadas con el permiso de los participantes y posteriormente transcritas en su totalidad y anonimizadas, constituyendo el corpus del análisis de la investigación.

El análisis temático cualitativo se realizó con MAXQDA 2024, siguiendo el método propuesto por Braun y Clarke<sup>11,12</sup>. Inicialmente, se familiarizó el contenido de las entrevistas para identificar las ideas primarias, a lo que siguió la creación de códigos/categorías previos. A continuación, se llevó a cabo una codificación más detallada para explorar pautas y relaciones entre los códigos. Posteriormente, se agruparon los códigos y se identificaron los temas

emergentes, que representaban patrones significativos en los datos. Tras una revisión y un refinamiento minuciosos, se describieron y analizaron los resultados desde la perspectiva de las categorías temáticas, bajo una interpretación basada en las producciones sobre el terreno.

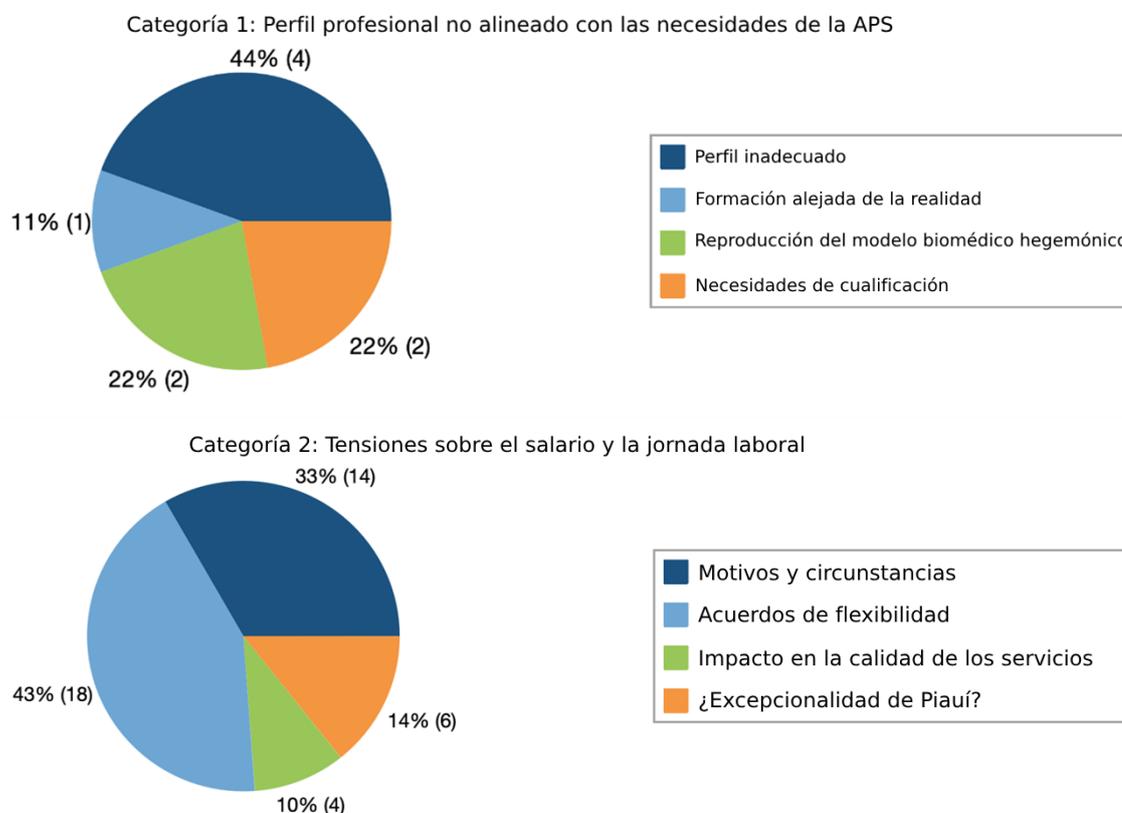
El proyecto de investigación que dio lugar a este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidade Federal do Piauí, mediante el dictamen n.º 2.746.788.

## RESULTADOS

Se consideraron 28 entrevistas y se identificaron 52 segmentos de los discursos de los coordinadores relacionados con el tema de análisis, que se codificaron en ocho subcategorías y formaron las dos categorías temáticas del estudio.

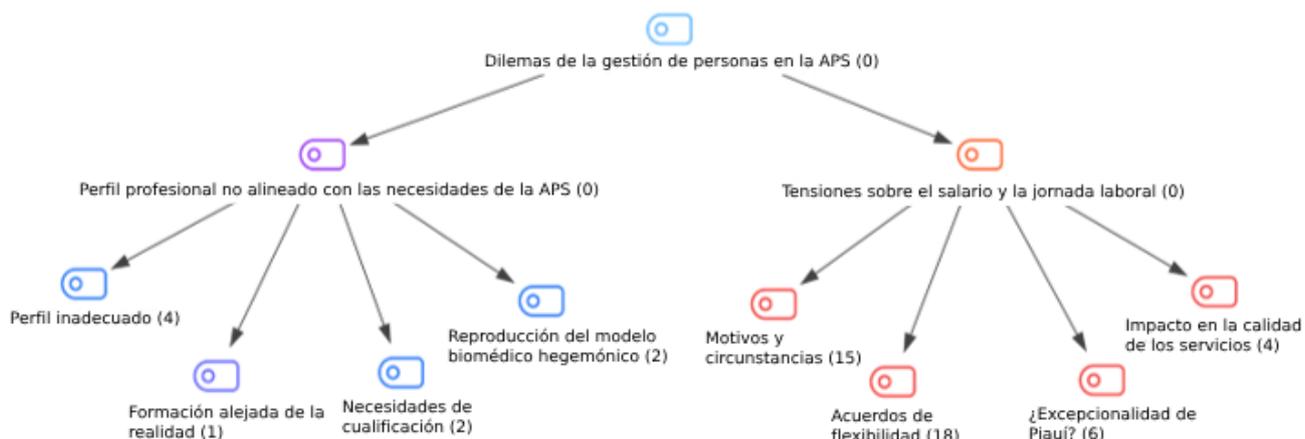
La distribución de los segmentos entre las dos subcategorías resultó desigual, con un elevado número en la segunda categoría (82%), relacionada con las cuestiones de remuneración y jornada laboral, con un porcentaje predominante en las subcategorías motivaciones y circunstancias (35%) y acuerdos de flexibilización (45%), como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1:** Segmentos por subcategorías y categorías temáticas. Picos/Piauí, 2024.



El análisis temático de este estudio culminó en la estructura que se muestra en la Figura 2.

**Figura 2:** Categorías y subcategorías temáticas codificadas en el análisis. Picos/Piauú, 2024.



Se describen brevemente las subcategorías analizadas, junto con los segmentos que mejor las representan:

### **Categoría 1:** *Perfil profesional no alineado con las necesidades de la APS (18%)*

**Perfil inadecuado:** retos relacionados con el perfil de los profesionales que trabajan en la APS, que se traducen en dificultades para llevar a cabo sus actividades:

*Uno de los mayores retos, el tema del perfil de los profesionales, muchos de ellos no tienen el perfil para trabajar en atención primaria y a veces esto dificulta un poco el desarrollo de las actividades de atención primaria, la asistencia... [C8]*

*Los profesionales no quieren, no suman, se quejan mucho, no quieren, no suman para trabajar con nosotros. [C12]*

**Formación alejada de la realidad:** desconexión entre la formación académica y la realidad práctica de los servicios de APS:

*Y creo que a la propia universidad le falta, cuando forma a los profesionales, bajarlos a la realidad. Hay muchas cosas que los enfermeros, cuando llegan a la atención primaria, nunca han visto en la universidad, así que no están preparados. [C1]*

**Reproducción del modelo biomédico hegemónico:** el reto de incorporar una comprensión integral de la APS:

*El principal reto es conseguir que los profesionales comprendan cuál es el verdadero papel de la atención primaria. Porque hasta ahora [...] sigue muy arraigada la idea de que sólo se trata de consultar, de trabajar sólo en la parte asistencial, y veo que deja mucho que desear en la parte preventiva, trabaja más en la parte curativa y la parte preventiva deja mucho que desear. [C11]*

*Los profesionales tienen que darse cuenta de que la atención primaria no es sólo ese servicio, ¿verdad? No es sólo un servicio puntual o un calendario ya fijado, ¿verdad? La atención primaria es mucho más amplia. [C18]*

**Necesidades de cualificación:** *presenta la formación continuada como una herramienta para superar los retos de mejora de los procesos de trabajo:*

*Tenemos que trabajar mucho en la formación continuada. Porque hay muchas situaciones en las que los profesionales no saben gestionar, y acuden al equipo de coordinación para que les gestione y oriente. [C11]*

*Hacemos actividades de formación continuada y los profesionales no van, no reconocen la importancia de estudiar siempre y estar al día, sobre todo los médicos. [C7]*

**Categoría 2: Tensiones sobre el salario y la jornada laboral (82%)**

**Motivos y circunstancias:** *refleja las presiones salariales, la escasez de profesionales cualificados y los costes adicionales asociados al cumplimiento de toda la carga de trabajo en APS:*

*Los profesionales de la enseñanza superior, que son los que menos trabajan, tienen otros empleos, dos o tres empleos, y luego se dividen para no tener que ir de un lado para otro [...] pero si el sueldo fuera bueno, no necesitarían tener otros empleos, podrían arreglárselas con uno solo. [C3]*

*La gran dificultad de trabajar con un profesional médico es que seguimos teniendo escasez de médicos y no tenemos ninguno que pueda trabajar 40 horas. [C6]*

*Si tuvieran un salario mucho más alto, nos resultaría más fácil conseguir profesionales que trabajaran 40 horas, mañana y tarde. [C14]*

*Jugamos a este juego porque o tenemos un médico con el equipo durante al menos tres días o no tenemos médico, ¡porque no podemos garantizar un salario que pague el programa Mais Médicos! [C18]*

*Por desgracia, tenemos que flexibilizar las cosas, sobre todo porque estamos en medio de un grupo de municipios que ofrecen mayores prestaciones. [C24]*

*Como el registro de horario de trabajo electrónico no es todavía una realidad en todos los municipios, tienen la opción de ir a un municipio que no ofrezca un horario continuo. Lo que se acordó, hubo una nueva reunión con la fiscalía y dijeron que podían hacer tres días, siempre y cuando cumplieran las horas. [C23]*

*No es interesante para el gestor porque si están 40 horas gastan más en suministros, más en impresión, más en medicamentos, energía, así que genera todos los costes y los profesionales van a cobrar más, así que es una especie de aprieto [...] y los gestores tienen mucho miedo de esto y acaba convirtiéndose en un acuerdo. [C4]*

**Acuerdos de Flexibilidad:** *señala la modelización de los acuerdos relacionados con el incumplimiento de la jornada laboral completa:*

*Trabajan en horario continuo. Se supone que son 40 horas, pero trabajan así: enfermero y dentista trabajan tres días a la semana, profesional médico trabaja dos o tres turnos, a veces un día y medio. [C11]*

*No hacen turnos de 40 horas, pero hacen medidas preventivas, hacen trabajo educativo. [...] cuando van a zonas rurales, les dejamos trabajar horario continuo. [C14]*

*Trabajan seis turnos y se dividen en diferentes turnos durante la semana (lunes, martes y miércoles), aparte de un turno en el que se toman tiempo libre para asistir a la zona rural y otro turno en el que vuelven a la ciudad para terminar su carga de trabajo aquí. El otro médico que viene el jueves y el viernes trabaja un turno en la zona rural y vuelve para apoyar a la gente de la ciudad. [C28]*

*Como no siguen la norma que exige el ministerio de 40 horas, acabamos... la dirección acaba organizando unos días para trabajar, dos días y medio, tres días. [C22]*

*Tenemos un horario de lunes a jueves. El reloj de fichar electrónico está puesto e incluso estamos obligados a ello por el Ministerio Público Federal, pero se propuso trabajar horas continuas y los viernes lo justificamos con formación, principalmente online. [C23]*

*Lo que hicimos aquí fue un acuerdo con el gestor de que sólo trabajaríamos tres días a la semana y que los otros dos días resolveríamos esta cuestión burocrática. [C27]*

**Impacto en la calidad de los servicios:** *muestra daños en la eficacia de los servicios y en la continuidad e integralidad de las prácticas:*

*Estorba mucho, porque no pueden ocuparse de todo y muchas cosas acaban dejándose para que las haga el equipo de coordinación, ya sea algo administrativo en la propia unidad, o algún problema asistencial, porque siguen viniendo muchos pacientes para que los vea. [C11]*

*El profesional no puede trabajar toda la semana, así que a menudo, por ejemplo, una actividad de atención a niños, que se suponía que debía realizarse todas las semanas, a veces no puede seguir esa secuencia porque ya tiene otras actividades en las que trabajar, y como sólo hay unos pocos días de trabajo, algunos dejan que desear. [C17]*

*¿Excepcionalidad de Piauí? revela una cultura extendida entre los profesionales sanitarios que parece afectar a todo el estado, manifestada por el incumplimiento generalizado de la jornada laboral en la APS:*

*Me pregunto si los demás estados trabajan por qué Piauí, sólo Piauí no trabaja [...] porque la cuestión de las cuarenta horas es realmente un reto para Piauí, en los demás estados las cuarenta horas ya están estipuladas, así que ¿por qué Piauí tendría todos estos cuellos de botella? [C9]*

*Ya ves, aparte de los médicos del programa Más Médicos, no encontrarás a ningún otro médico que trabaje cuatro días en un municipio. [C13]*

*Aunque sean permanentes, está la cuestión de la cultura de los profesionales, como médicos, enfermeros y dentistas, de no cumplir con la carga de trabajo de 40 horas. [C19]*

## DISCUSIÓN

La gestión de los recursos humanos en la atención primaria desempeña un papel fundamental en la eficacia de los servicios sanitarios. El análisis de los discursos de los gestores revela dos cuestiones: la primera se refiere al perfil de los profesionales, mientras que la segunda se refiere a cuestiones de remuneración y flexibilidad horaria. Puede que estos retos no sean exclusivos de Piauí, pero reflejan los obstáculos a los que se enfrentan los gestores de la salud pública a nivel municipal en todo Brasil, y resuenan con las dificultades más generales de la gestión del trabajo sanitario, incluida la necesidad acuciante de mejorar las relaciones laborales, implantar planes de carrera sólidos y promover la formación y cualificación profesional continua<sup>13</sup>.

### ***Perfil profesional no alineado con las necesidades de la APS***

La evolución de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil ha sido notable en los últimos años, pero aún se enfrenta a dificultades, especialmente en lo que se refiere a la alineación de los profesionales para alcanzar los objetivos del servicio, relacionadas con la falta de preparación de los profesionales para hacer frente a la complejidad de los servicios y la desconexión entre su formación académica y la realidad práctica de la APS.

Los profesionales sanitarios, pilares de la APS, tienen a menudo un perfil profesional que refleja todavía modelos de formación anticuados, centrados en enfoques curativos y en la figura del médico, incapaces de abarcar la integralidad y la resolución de problemas que requiere la APS. Esta realidad es señalada por los coordinadores, hecho que dificulta la realización de actividades y la integración en el equipo de trabajo (C8, C12) y se agrava aún más por el predominio del modelo biomédico hegemónico, que limita la comprensión integral de la APS y su actuación, lo que limita la eficacia de la APS en la promoción de la salud (C11, C18).

Aunque se ha considerado una solución eficaz a las exigencias del Sistema Único de Salud (SUS), la Estrategia Salud de la Familia (ESF) se enfrenta a problemas para romper con el modelo biomédico que aún impregna las prácticas sanitarias. Está claro que en el pasado, la ESF desempeñó su papel de forma más eficaz, pero hoy en día, la descaracterización de los servicios y principios de la ESF está obstaculizando la realización de la reorientación del modelo sanitario<sup>14</sup>.

Estas dificultades se ven agravadas por los cambios en la Política Nacional de Atención Primaria, que debilitan el enfoque comunitario y preventivo de la ESF<sup>15</sup>. Además, la presencia de profesionales con un perfil que difiere de las necesidades de este contexto contribuye a la perpetuación del modelo biomédico, ya que muchos de ellos priorizan el tratamiento de las enfermedades en detrimento de las medidas preventivas. Esta inclinación puede atribuirse tanto a la formación de los profesionales como a las presiones externas que influyen en las prácticas sanitarias contemporáneas y que, en consecuencia, deben ser tenidas en cuenta por los gestores sanitarios.

La diversidad y variación del perfil de los profesionales de la APS refleja la heterogeneidad de las localidades en las que trabajan, lo que dificulta aún más la prestación de servicios eficaces, especialmente en municipios pequeños y localidades rurales remotas. El reto de conseguir y retener a profesionales cualificados para trabajar en zonas remotas no sólo se debe a la escasa oferta de profesionales en el mercado, concretamente médicos, sino que también se ve agravado por la falta de infraestructuras adecuadas y las precarias condiciones de trabajo<sup>16</sup>.

La falta de compromiso y motivación de los profesionales puede poner en peligro no sólo la calidad de los servicios, sino también el ambiente de trabajo y la eficacia del equipo, haciéndolos cada vez menos colaboradores. Desde esta perspectiva, la APS sigue considerándose un área de baja intencionalidad para la práctica profesional<sup>17</sup>. Algunos estudios<sup>18,19</sup> han identificado una serie de factores que influyen en la permanencia de los profesionales en atención primaria, entre los que destacan aspectos personales, como el perfil empático de los profesionales con este nivel asistencial y la posibilidad de mejora continua de los servicios. Además, una infraestructura adecuada y el clima organizativo, junto con un salario acorde con la complejidad de la APS, se identificaron como factores positivos para la permanencia de los profesionales y para que se produzcan cambios significativos en la atención sanitaria y en la gestión de las unidades de salud.

En cuanto a las cuestiones relacionadas con la formación desvinculada de la realidad del SUS (C1), las propuestas de cambios curriculares en los cursos de pregrado, como señala

Machado<sup>20</sup>, han sido alentadas por el gobierno para alinear la formación de los profesionales con las necesidades de la APS, priorizando un enfoque más holístico, centrado en las necesidades del paciente y realizado utilizando el propio SUS como escenario de prácticas. Sin embargo, estos cambios sólo tendrán efecto a largo plazo.

Abordar la cultura de la atención curativa y biomédica en la APS requiere un esfuerzo conjunto de los profesionales sanitarios y los gestores en varios frentes, pero los programas de formación continuada son esenciales para actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales<sup>20</sup> y son capaces de fomentar una reorientación de los procesos de trabajo hacia enfoques más preventivos y centrados en la persona, reconociendo los determinantes sociales de la salud y el contexto individual de cada paciente.

A lo largo de la implantación del SUS, se pueden contar avances y retrocesos en relación a las Políticas de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, en diferentes momentos, que van desde la falta de respeto y la desvalorización de los trabajadores de la salud, con el aumento de los índices de precariedad laboral, hasta la implantación de políticas, programas y estrategias para la provisión, retención y cualificación de los trabajadores de la APS, tales como la Política Nacional de Educación Permanente en Salud; AprenderSUS; Proyecto Experiencias y Pasantías en la Realidad del SUS (VER-SUS); Pró-Saúde; PET Saúde; Telessaúde; UNASUS, PROVAB y Mais Médicos<sup>16</sup>.

Además, en el actual contexto de reactivación de las iniciativas, la oferta de cursos de especialización, residencias, maestrías y doctorados profesionales a través de redes como PROFSAÚDE y RENASF, entre otras, dirigidas al desarrollo profesional en el área de la salud familiar<sup>16</sup>. Estas acciones han resultado eficaces para mitigar la escasez y la mala distribución de los médicos en la APS en Brasil, reduciendo las disparidades en el acceso a los servicios sanitarios<sup>21</sup>, pero aún no han sido suficientes para resolver el problema.

Sin embargo, aún queda mucho por hacer para garantizar una mano de obra formada y comprometida, capaz de hacer frente a los retos de la APS y promover la salud y el bienestar de la población<sup>22</sup>, y esto depende de la capacidad de los gestores locales para movilizar sus recursos financieros, técnicos y humanos hacia las instalaciones del SUS y la APS.

Un estudio<sup>23</sup> reveló que los secretarios de salud se enfrentan a importantes retos a la hora de dirigir los departamentos municipales de salud, debido a la resistencia al cambio y a la falta de compromiso de los profesionales sanitarios. La reticencia de los profesionales a adoptar nuevos comportamientos y a participar en programas de cualificación, como se señala en esta investigación (C7), pone de manifiesto la necesidad de un enfoque más integral de la gestión de los recursos humanos en la APS, con la construcción de una cultura organizativa que valore la

formación permanente y la adopción de prácticas basadas en la evidencia. Esto requiere no sólo la mejora de las competencias y habilidades de los profesionales sanitarios, sino también de los gestores, para hacer frente a cuestiones complejas y multicausales como la desmotivación de los profesionales.

### ***Tensiones sobre el salario y la jornada laboral***

La brecha salarial en la atención primaria es un factor determinante de la tensión entre gestores y trabajadores, especialmente en el contexto de la búsqueda por garantizar el funcionamiento de los servicios ante la escasa disponibilidad de recursos financieros y humanos. Las estimaciones sobre el coste de los recursos humanos en la atención primaria muestran que los costes de los recursos humanos representan hasta el 90% del coste total de los servicios, destacando la elevada proporción de los salarios de los médicos en relación con los costes totales<sup>24</sup>.

Los profesionales sanitarios, que están legalmente autorizados a desempeñar varios trabajos, siempre que su jornada laboral sea compatible, ante los bajos salarios buscan trabajos adicionales para complementar sus ingresos, como se destacó en uno de los discursos [C3]. Este escenario crea una dificultad para los gestores, que se enfrentan a la necesidad de ofrecer condiciones salariales más atractivas para retener a los profesionales a tiempo completo, así como dificultades con la escasa oferta de profesionales médicos disponibles e interesados en trabajar en APS.

Además de las cuestiones financieras, la disponibilidad de recursos humanos y las dificultades geográficas y logísticas son factores que motivan la decisión de los gestores de buscar estrategias para minimizar la insatisfacción profesional. En este contexto, las afirmaciones apuntan a la flexibilidad en el cumplimiento de la jornada laboral por parte de los profesionales como una de las estrategias comúnmente empleadas, vinculada a una cultura ya establecida en los servicios de jornadas condensadas o a demanda.

Ante la escasez de recursos humanos, las limitaciones financieras y las variadas demandas de las comunidades a las que sirven, los gestores se convierten en rehenes de la situación. A menudo, la elección se reduce a flexibilizar la jornada laboral de los profesionales o afrontar la falta de profesionales suficientes para garantizar una prestación de servicios mínimamente adecuada. En este contexto, la flexibilización se convierte no sólo en una opción, sino en una medida necesaria para garantizar que los servicios sanitarios ofrecidos a la población sigan funcionando.

En la APS, los gestores y los profesionales sanitarios tienen trayectorias y formaciones diversas, que reflejan un amplio abanico de experiencias. Explorar sus trayectorias implica

comprender los valores que guían sus vidas, revelando motivaciones y perspectivas influidas por factores individuales y contextos sociales más amplios, como la estructura de los servicios sanitarios en la comunidad<sup>25</sup>.

La escasez de profesionales en determinadas regiones, unida a la necesidad de desplazarse entre unidades sanitarias con mala localización geográfica, pone de manifiesto la importancia de un enfoque flexible en la distribución de los horarios, como se expresa en algunas de las declaraciones seleccionadas. Muchos médicos aceptan trabajar en la APS, pero cuando se enfrentan a la realidad de un trabajo que exige dedicación de lunes a viernes y en lugares remotos, renuncian a ello<sup>26</sup>.

En este contexto, la flexibilidad de la jornada laboral surge como una estrategia para hacer frente a las complejidades del sistema sanitario y garantizar una oferta mínima de servicios de atención primaria, en un enfoque sensible a las necesidades de los profesionales y de las comunidades; una respuesta adaptativa a las demandas singulares de la realidad local.

La decisión de los gestores no sólo implica cuestiones técnicas, ya que las presiones no son sólo internas de los propios trabajadores, sino también externas, políticas y sociales, ya que la población exige que los gestores cuenten con profesionales en las unidades básicas de salud, y no se puede pasar por alto el impacto político de mantener al gestor en el cargo, ya que se trata de un puesto de libre designación. La ausencia de profesionales de salud familiar en determinados días, como señaló un gestor (C28), requiere soluciones técnicas y quizás creativas para garantizar la atención en las comunidades. Se adoptan estrategias como la reducción del horario y de las jornadas laborales, como se ilustra en las declaraciones, en las que los profesionales concentran su trabajo en unos pocos días a la semana.

Estos acuerdos, aunque no están formalmente instituidos, se basan en la disponibilidad de los profesionales médicos para trabajar en las unidades de atención primaria, que, con un proceso de trabajo centrado principalmente en las consultas, intentan condensar las citas en 2 o 3 días, para poder trabajar en otros municipios o en otros servicios, ya que sigue habiendo un bajo número de médicos disponibles, especialmente en los lugares más alejados de los grandes centros.

Además, a pesar del aumento de la oferta de cursos de medicina y de residencias profesionales, la distribución regional de los médicos sigue siendo muy desigual, lo que se acentúa por la falta de oferta de APS en las localidades más alejadas<sup>27</sup>. Es importante destacar que, incluso en los municipios en los que el número de equipos sanitarios es suficiente, la distribución de éstos en el territorio también puede favorecer la dotación de profesionales en algunas zonas (urbanas y próximas) en detrimento de otras (rurales y alejadas).

Sin embargo, los acuerdos no se limitan a la categoría de médicos, sino también a las demás profesiones de la enseñanza superior (enfermeros y odontólogos), sobre todo a raíz de las denuncias de igualdad de trato de las profesiones, hecho que también provoca tensiones en el lugar de trabajo, generando comparaciones salariales, laborales y de prestaciones. Médicos, enfermeros y dentistas trabajan todos en turnos de tres días o en horas continuas.

La igualdad salarial también se convierte en un factor crítico en estas negociaciones. La disparidad salarial entre médicos, funcionarios, contratados o vinculados al programa Mais Médicos (C18), y entre éstos y otras categorías profesionales, también se señala como un factor que influye en las decisiones sobre la jornada laboral. Esta realidad puede generar resistencias culturales, como señalan los coordinadores (C9, C13, C19), que destacan la persistencia de una cultura arraigada de jornada reducida.

La flexibilidad puede generar disparidades en la distribución del trabajo entre los profesionales, ya que algunos asumen una carga desproporcionadamente mayor que otros. Esto puede generar sentimientos de injusticia y resentimiento dentro del equipo, poniendo en peligro la colaboración y la cohesión en el lugar de trabajo, lo que naturalmente afecta al bienestar de los profesionales y, en consecuencia, a la calidad de los servicios prestados.

Algunas de las declaraciones pretendían justificar la ausencia de los funcionarios de las unidades básicas de salud en determinados días y turnos para llevar a cabo sus propias actividades de formación o para resolver cuestiones burocráticas. Estas cuestiones forman parte del proceso de trabajo en la atención primaria, pero en el contexto de los acuerdos se utilizan para justificar el incumplimiento de la carga de trabajo en los servicios, ya sea para satisfacer las demandas de los órganos de control o para crear una narrativa que apoye la toma de decisiones de los gestores en favor de los trabajadores, bajo la lógica de la baja remuneración y el cumplimiento adecuado de las tareas en los pocos días que están presentes en los servicios.

Es un hecho que los convenios provocan sobrecarga de trabajo en los momentos en que los trabajadores están en los servicios, ya que tienen que satisfacer la demanda acumulada y acaban realizando las tareas burocráticas acordadas para otros momentos, ya que éstas están presentes en el funcionamiento cotidiano de los servicios.

Un estudio reciente sobre el trabajo de los médicos en municipios rurales remotos también constató la presencia de acuerdos y convenios sobre el tiempo de trabajo relacionados con la demanda espontánea<sup>28</sup>. Sin embargo, es necesario diferenciar entre el horario de trabajo flexible y el incumplimiento del horario de trabajo recomendado para el tipo de servicio y legalmente establecido en el contrato de trabajo firmado entre los municipios y los funcionarios.

La decisión de flexibilizar el horario de trabajo es contraria a la normativa institucional que rige el funcionamiento de los servicios y equipos de salud familiar y a los propios contratos de trabajo de los profesionales, que les obligan a trabajar un mínimo de 40 horas semanales.

La última actualización de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB)<sup>2</sup> permite la flexibilización del horario de trabajo, teniendo en cuenta dos aspectos: la posibilidad de utilizar el horario de trabajo para actividades de cualificación profesional y formación continuada, y la posibilidad de que los profesionales médicos utilicen horarios de trabajo más cortos, de 20 y 30 horas, aumentando el número mínimo de profesionales necesarios para el equipo.

Sin embargo, las declaraciones encontradas en este estudio muestran que estas excepciones se utilizan para subvencionar acuerdos de otra naturaleza, ya sea motivados por la flexibilidad concedida a los profesionales médicos o por la presión profesional sobre los gestores para que reduzcan las horas de trabajo debido a los salarios desfasados o a la precariedad de las condiciones laborales.

La PNAB<sup>2</sup> también señala sanciones en caso de incumplimiento de las directrices de atención primaria y salud familiar por parte de equipos y municipios. El texto de la política refuerza que, en caso de irregularidades, los fondos de incentivo a los equipos pueden ser suspendidos, lo que causaría un perjuicio aún mayor a los gestores para garantizar el pago de los salarios de los trabajadores y el propio funcionamiento de los servicios, ya que muchos municipios, especialmente los pequeños, dependen en gran medida de los fondos transferidos por el gobierno federal para el desarrollo de programas y acciones de atención primaria.

Aunque los acuerdos de horario flexible representan un intento de equilibrar demandas complejas y garantizar la eficiencia mínima de los servicios sanitarios frente a las limitaciones impuestas por el contexto de infrafinanciación del propio SUS, hay que considerar el impacto de esta medida en la oferta y la calidad de la atención, además de las implicaciones éticas y jurídicas. Los horarios de trabajo flexibles, la compensación por desplazamientos y las horas continuas son medidas que pueden aumentar el acceso a los servicios de APS. Sin embargo, estas estrategias deben formalizarse en las condiciones de trabajo para no perder de vista su finalidad<sup>28</sup>.

Teniendo en cuenta que la demanda de servicios no disminuye, sino que aumenta constantemente, el hecho de que los profesionales no puedan cumplir con su carga de trabajo supone sin duda una sobrecarga para ellos. Con el aumento de la demanda y la condensación de la organización de los servicios, los profesionales, que a menudo ya trabajan en varios lugares, sin tiempo suficiente para descansar, llegan rápidamente al agotamiento. Esta sobrecarga puede dar lugar a una experiencia aún menos satisfactoria para los usuarios, con

posibles repercusiones negativas en la eficacia de los tratamientos o incluso en la resolución de las demandas.

Sin embargo, las declaraciones muestran que los acuerdos de flexibilización parecen estar culturalmente establecidos en todos los municipios del estado. Esta difusión de la cultura de los acuerdos acaba creando un entorno favorable para que se perpetúe y se repita en otros municipios, lo que parece contar con el beneplácito de los órganos y autoridades competentes, dada la complejidad de las causas y la dificultad para resolverlas.

Además de las particularidades locales, los gestores sanitarios se enfrentan a la exigencia de cumplir la normativa establecida, incluidas las directrices del PNAB<sup>2</sup>, que propugnan una jornada laboral de 40 horas semanales para los profesionales de la APS. A esta exigencia legal se suma la necesidad de justificar las prácticas adoptadas, especialmente ante la implantación del reloj de fichar electrónico, como se subraya en algunas declaraciones (C22, C23), lo que añade una capa adicional de complejidad a la administración de las horas de trabajo.

¿Qué hace que se extienda una cultura de la ilegalidad? ¿Qué hay de las cuestiones éticas implicadas? ¿Qué actores, por acción, omisión o connivencia, actúan para garantizar el statu quo de estos acuerdos? No estamos hablando de un problema nuevo, sino de una cultura que se perpetúa incluso con los avances en la disponibilidad de recursos humanos, la ampliación de los recursos financieros y la reorganización de las políticas públicas. La ineficacia de los servicios sanitarios es elevada en varios estados, y existen pruebas de que la corrupción está inversamente relacionada con la calidad de la gestión<sup>29</sup>.

Este estudio presenta la difícil situación que se vive en el contexto de la gestión laboral en la atención primaria por parte de los gestores, que se encuentran en la difícil tesitura de cumplir con la obligación de supervisar y controlar el cumplimiento de la jornada laboral de los profesionales sanitarios y satisfacer las exigencias de los órganos de control que señala la legislación o sucumbir a las presiones tanto de los profesionales como de la población para que se garantice la atención en los servicios, aunque sea mínima.

De este modo, los gestores se ven atrapados entre la cruz de estar a merced de sanciones o incluso de cometer actos de improbidad administrativa, ya sea por los acuerdos alcanzados o por la falta de ellos, y la espada de la presión de la población, que exige una atención y unos servicios de calidad, y de los profesionales, que buscan mejores condiciones laborales y salariales.

## CONCLUSIÓN

El análisis revela una serie de retos en la gestión de personas en la APS, que repercuten directamente en la calidad y eficacia de los servicios prestados a la población. Cuestiones como el perfil inadecuado de los profesionales, la desconexión entre la formación académica y la práctica, y la escasez de profesionales cualificados exigen atención y acción por parte de los gestores y otros actores del sistema sanitario. Además, las tensiones relacionadas con la remuneración y la jornada laboral ponen de manifiesto la necesidad de políticas públicas que valoren e incentiven el trabajo en la APS, garantizando condiciones adecuadas para el ejercicio profesional y el mantenimiento de la calidad de los servicios.

Los retos identificados en la gestión de personas revelan preocupaciones constantes relacionadas con la escasez de recursos humanos cualificados, el perfil inadecuado de los profesionales, la necesidad de formación y la falta de motivación. La situación de incumplimiento del horario de trabajo por parte de los profesionales de nivel superior de la APS parece ser una cultura generalizada en los municipios del estado, que merece una mejor exploración y observación, tanto para garantizar el cumplimiento real de la normativa en favor del buen funcionamiento de los servicios y de la prestación de una atención primaria de salud cualificada, como para profundizar en el debate sobre enfoques específicos y contextualizados para abordar los retos regionales a los que se enfrentan los gestores y trabajadores del SUS.

A pesar de los avances registrados en las últimas décadas en las áreas de gestión del trabajo y educación para la salud, aspectos relacionados con los dilemas experimentados por los gestores en la gestión de los recursos humanos en la APS, la falta de planificación y dimensionamiento de la fuerza de trabajo de forma regionalizada sigue siendo un reto significativo para el SUS en su conjunto. Esta laguna limita la eficacia del sistema sanitario, concentrando el problema más en la gestión local que en una visión global del sistema a nivel regional. Por lo tanto, es crucial que el gobierno federal asuma un papel más activo a este respecto, proporcionando orientación, financiación y estrategias para que los gestores locales puedan hacer frente a las complejidades del personal sanitario, especialmente en las regiones desatendidas.

Estas conclusiones aportan valiosas ideas para mejorar la gestión y el funcionamiento de los sistemas sanitarios a nivel municipal, con el objetivo de lograr mejoras significativas en la gestión laboral de la APS. A pesar de la gobernanza y la autonomía de los gestores locales, corresponde al gobierno federal, que dispone de los recursos y la autoridad necesarios, desarrollar políticas y directrices que aborden las necesidades específicas de cada región en materia de personal sanitario, con el objetivo no sólo de reforzar la capacidad de los gestores

locales para hacer frente a retos complejos, sino también de contribuir a la construcción de un sistema sanitario más equitativo e integrado en todo el país.

Cabe señalar que es necesario reconocer las posibles limitaciones del estudio, relacionadas con la muestra potencialmente limitada y un posible sesgo de respuesta por parte de los participantes, lo que exige una interpretación cuidadosa y contextualizada de las conclusiones.

## REFERENCIAS

1. Silva LA, Casotti CA, Lima C. Desafio da atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte com baixo desenvolvimento socioeconômico. Rev Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado el 16 jul 2020]; 40(2):457-79. Disponible en: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/758/1886>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. D. O. U., Brasília, DF, 22 set 2017 [citado el 16 jul 2020]; Seção 1(183):68. Disponible en: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)
3. David GC, Shimizu HE, Silva EN. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. Saúde Debate [Internet]. 2015 [citado el 06 jul 2020]; 39(N Esp):232-45. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymJmXHJs9sqKW4xwMKMpXJk/?format=pdf&lang=pt>
4. Barros RD, Aquino R, Souza LEFF. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2022 [citado el 12 ago 2020]; 27(11):4289-301. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rRCVJhncQt95Db9xfMxW6TF/?format=pdf&lang=pt>
5. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020 [citado el 12 ago 2020]; 26(Supl 1):2543-56. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?format=pdf&lang=pt>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de indicadores. Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado el 16 jul 2020]. Disponible en: [https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura\\_aps](https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps)
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atenção primária à saúde 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado el 02 abr 2021]. Disponible en: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101993>
8. Pasklan AN, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Tonello AS, Vissoci JRN, et al. Análise espacial da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde na redução da mortalidade infantil. Ciênc Saúde

Colet. [Internet]. 2020 [citado el 16 jul 2020]; 26(12):6247-58. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/IHgWfrDPmqWSnGj63QRMQXx/?format=pdf&lang=pt>

9. Ribeiro MGC, Araujo Filho ACA, Rocha SS. Children's hospitalizations by sensitive conditions in primary care in the Northeast of Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* [Internet]. 2019 [citado el 16 jul 2020]; 19(2):491-8. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RZcpsC7q7kM4XkknMyyf9HR/?format=pdf&lang=en>

10. Sousa RA, Borges FM, Silva FRS, Timóteo NLS, Santos RM, Trento SRSS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária e investimento em saúde, Piauí, Brasil, 2017. *An Inst Hig Med Trop.* [Internet]. 2019 [citado el 04 abr 2021]; 18:76-2. Disponible en:

<https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/341/286>

11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology'. *Qual Res Psychol.* [Internet]. 2006 [citado el 17 ago 2020]; 3(2):77-101. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1191/1478088706qp063oa?needAccess=true>

12. Souza LK. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol.* [Internet]. 2019 [citado el 17 ago 2020]; 71(2):51-67. Disponible en:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/245380/001129530.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [citado el 12 abr 2021]; 38(N Esp):94-108. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NNBGZtcDZR6MH56gb3dWHZS/?format=pdf&lang=pt>

14. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. *Saúde Soc.* [Internet]. 2019 [citado el 17 ago 2020]; 28(1):193-206. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dwLzt7pZWVtOFF4yNwSnpvK/?format=pdf&lang=pt>

15. Giovanella LF, Almeida CM, Fidelis P. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [citado el 17 jul 2020]; 25(4):1475-82. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>

16. Machado MH, Ximenes FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [citado el 17 jul 2020]; 23(6):1971-80. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLNtFYmP/?format=pdf&lang=pt>

17. Sbolli K, Prado MRM. Encontros entre a formação acadêmica e a prática profissional na Atenção Primária à Saúde. *Espac Saude* [Internet]. 2022 [citado el 22 jul 2020]; 23:e859. Disponible en:

<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/859/662https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/859>

18. Cortez LR, Guerra EC, Silveira NJD, Noro LRA. The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2019 [citado el 17 jul 2020]; 19:57. Disponible en:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12913-018-3813-3.pdf>

19. Soares C. Análise dos fatores de atração e retenção de profissionais médicos da estratégia da saúde da família na região oeste de Minas Gerais. APS em Revista [Internet]. 2022 [citado el 15 abr 2021]; 4(1):12-8. Disponible en: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/233/113>
20. Machado CV. Atenção Primária à Saúde no SUS: a indissociabilidade entre atenção, gestão e educação. Rev APS [Internet]. 2022 [citado el 17 jul 2020]; 25(Supl 2):284-6. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/37959/24902>
21. Pinto Junior EP, Amorim LDAF, Aquino R. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 14 jul 2020]; 44:e23. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51479/v44e232020.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
22. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 17 jul 2020]; 44:e4. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51793/v43e1842019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, Marchi RD, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2020 [citado el 17 jul 2020]; 25(2):407-20. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BRn78MRVdwkpwkZmNnVm5F/?format=pdf&lang=pt>
24. Vieira RS, Servo LMS. Nota técnica nº 16. Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) [Internet]. Brasília, DF: IPEA; 2013 [citado el 14 ene 2021]. Disponible en: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5782/1/NT\\_n16\\_Estimativas-custos-recursos-humanos\\_Disoc\\_2013-out.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5782/1/NT_n16_Estimativas-custos-recursos-humanos_Disoc_2013-out.pdf)
25. Frutuoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, Silva CRC. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. Saúde em Debate [Internet]. 2015 [citado el 17 jul 2020]; 39(105):337-49. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yJbLKBvj55f47c6mhhpSFLh/?format=pdf&lang=pt>
26. Guimarães ES, Gois SRFSM, Simas KBF, Gonçalves AA. Desafios da retenção de médicos: percepção dos gestores do SUS carioca. Concilium [Internet]. 2023 [citado el 16 jul 2020]; 23(17):786-96. Disponible en: <https://clium.org/index.php/edicoes/article/view/2182/1421>
27. Amaral P, Carvalho LR, Luz L, Barbosa ACQ. Estrutura espacial e provisão de atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. Rev Bras Estud Urbanos Reg. [Internet]. 2021 [citado el 17 jul 2020]; 23:e202110. Disponible en: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/6437/5362>
28. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2023 [citado el 27 ene

2021]; 28(3):821-36. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/x7NR8bChCmSydSSjQXqK34c/?format=pdf&lang=pt>

29. Lopes LS, Toyoshima SH. Evidências do impacto da corrupção sobre a eficiência das políticas de saúde e educação nos estados brasileiros. *Planej Polít Públicas* [Internet]. 2013 [citado el 17 jul 2020]; (41):199-228. Disponible en: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/265/313>

**Editor Asociado:** Rafael Gomes Ditterich

**Conflicto de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses

**Financiación:** Fundación de Apoyo a la Investigación de Piauí (FAPEPI)/Programa de Investigación para el SUS: Gestión Compartida de la Salud (PPSUS)

**Contribuciones:**

Conceptualización – Andrade CS, Carvalho MF

Investigación – Carvalho MF

Redacción - primer ensayo– Andrade CS, Carvalho MF

Redacción - revisión y edición - Andrade CS, Carvalho MF

**Como citar este artículo (Vancouver)**

Carvalho MF, Andrade CS. Entre la cruz y la espada: dilemas en la gestión de los recursos humanos de atención primaria. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2024 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 12(2):e7574. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7574>.

**Como citar este artículo (ABNT)**

CARVALHO, M. F. de; ANDRADE, C. S. Entre la cruz y la espada: dilemas en la gestión de los recursos humanos de atención primaria. **Revista Família, Ciclos Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 12, n. 2, e7574, 2024. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7574>. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

**Como citar este artículo (APA)**

Carvalho, M. F., & Andrade, C. S. (2024). Entre la cruz y la espada: dilemas en la gestión de los recursos humanos de atención primaria. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 12(2), e7574. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7574>.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons