

La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud

Health Care Reform and human resources for health

Hernán E. García Cabrera¹, Pedro Díaz Urteaga¹,
Donatila Ávila Chávez¹, María Z. Cuzco Ruiz¹

¹Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud del Perú.

Resumen

La implementación de la Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. En este contexto, el Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos –Registro Nacional de Personal–INFORHUS–, el desarrollo metodológico de la estimación de brechas de personal de salud y el desarrollo de estrategias de reclutamiento y retención del personal, desarrollo de competencias en atención primaria de salud, gestión de servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención, incremento de plazas para el SERUMS, Residentado Médico e Internado en ciencias de la salud, y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos presidió la Comisión Multisectorial que propuso la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas para el personal de salud del sector público, aprobada mediante Decreto Legislativo 1153, cuya finalidad es que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia, y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano.

Palabras clave: Reforma del Sector Salud, Estado de Salud, Estado, Recursos Humanos, Planificación Estratégica, Personal de Salud, Atención Primaria de Salud, Gestión de Servicios de Salud, Internado y Residencia, Sector Público, Equidad en Salud, Eficacia, Eficiencia, Servicios de Salud.

Abstract

The Health Sector Reform in Peru aims to improve the health status of citizens, acknowledging health as a fundamental right. Accordingly, the State guarantees the protection of health for all persons without any discrimination at all stages of life. Within this context, the Ministry of Health placed at the center of interventions addressing the existing problems in the field of human resources. This approach is based on strategic planning, strengthening of information system in human resources (the National Register of Personal – INFORHUS), estimation of health personnel gaps, and development of recruitment and retention strategies. Primary care, skills development in primary health care, health system and services management, increase of SERUMS, residents and internship posts, and reactivation of the National School of Public Health are also key areas to reinforce. The Directorate of the General Management of Human Resources Development chaired the Multisectoral Commission and proposed the Comprehensive Compensation and Economic Delivery for health personnel in the public sector. It was approved by Legislative Decree 1153, which aims to reach greater equity, effectiveness, efficiency, and the effective delivery of quality services in health to all citizens.

Keywords: Health Care Reform, Health Status, State, Human Resources, Strategic Planning, Health Personnel, Primary Health Care, Health Services Administration, Internship and Residency, Public Sector, Equity in Health, Efficacy, Efficiency, Health Services.

An Fac Med. 2015;76:7-26 / doi:10.15381/anales.v76i1.10966

INTRODUCCIÓN

La Reforma del Sector Salud en el Perú se orienta a lograr la universalización de la protección social en salud y la garantía del derecho a la salud de toda la población, para lo cual está implementando acciones en tres ejes complementarios: la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, la protección del usuario para garantizar

la efectividad, oportunidad y seguridad en las prestaciones, y la protección financiera para fortalecer el sistema de financiamiento orientado aminorar el gasto de bolsillo de la población ⁽¹⁾.

En su rol rector del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud ha iniciado el proceso de ejecución de los Lineamientos y medidas de reforma del sector, siendo los recursos humanos en salud actores fundamentales y centro

de las intervenciones; en otras palabras, no son solo parte del problema sino son parte relevante de la solución. El trabajador de salud se constituye en un intermediario privilegiado entre el conocimiento requerido para el logro de los objetivos sanitarios y la población, en el marco de instituciones sectoriales de salud, las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y el desempeño del sistema nacional de salud.

En el presente artículo se reseña la situación y avances en el campo de las políticas de gestión del trabajo y de gestión de capacidades en salud de los recursos humanos en salud del Perú al 2014, que permite conocer la gestión desarrollada, sus aciertos y desafíos; así como contar con elementos para evaluar la política de recursos humanos a la luz de los escenarios cambiantes que hoy vive el sector salud e identificar las oportunidades y retos, con miras a la actualización de los Lineamientos y estrategias de política de recursos humanos en salud, con la consiguiente transformación, reestructuración, reorientación del campo de recursos humanos en salud, en el marco de la Reforma del Sector Salud, de las Políticas de Recursos Humanos y los compromisos internacionales.

Situación de los Recursos Humanos en Salud

Los recursos humanos de salud constituyen un elemento fundamental en la producción de servicios de salud; su contribución a la ejecución efectiva de políticas de salud y a la estructuración de sistemas de salud y de servicios adecuados es ampliamente reconocida como esencial.

En las últimas tres décadas, el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutoria para la atención de salud en el primer nivel, básicamente debido a la escasez de Recursos Humanos en Salud (RHUS) adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia.

Esta situación se ve reflejada en el informe mundial de la salud del año 2006, realizado por la OMS, en donde, en base al indicador Densidad de Recursos Humanos (suma del número de médicos, enfermeras y obstetras por 10 000 habitantes) se cataloga al Perú como uno de los países con déficit crí-

tico de Recursos Humanos en Salud; es decir, con el valor de dicho indicador menor a 25 por 10 000 habitantes ^(2,3).

Este déficit de personal profesional en salud en los diferentes niveles de atención significa para el primer nivel de atención 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 baja calidad y de alto costo, que contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención. Lo cual ocasiona que difícilmente puedan alcanzarse los objetivos sanitarios, ya 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 ⁽⁴⁾.

Adicionalmente al déficit en el número de profesionales, existe una inadecuada distribución de los mismos ⁽⁵⁾, siendo las mayores concentraciones en las zonas de mayores recursos; por lo que se concluye que esta inadecuada distribución no solo es geográfica sino que es también socio-económica.

Brecha de personal de salud en el primer nivel de atención

En las últimas tres décadas, el Ministerio de Salud ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel de atención y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socio-económico. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido persiste el problema de cobertura y de capacidad resolutoria para la atención de salud en el primer nivel, básicamente debido al número insuficiente de Recursos Humanos en Salud (RHUS).

Esta situación se ve reflejada en la brecha estimada en el año 2012, la cual se ha calculado en 69 904 RHUS para el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales ^(6,7). Este déficit de RHUS en el primer nivel de atención, no constituye una barrera de contención para los

otros niveles de atención, y transforma al sistema en su conjunto en ineficiente, de baja calidad y de alto costo, que contribuye a generar una percepción poco favorable y de desconfianza de la población para el uso de los servicios del primer nivel de atención.

Brecha de médicos cirujanos especialistas

El Ministerio de Salud a través del Observatorio de Recursos Humanos ha estimado para el año 2010 una brecha de 5 328 médicos cirujanos especialistas, en base a la cartera mínima de especialidades médicas necesarias para el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) especificadas por la Norma de Categorización vigente, en los establecimientos de salud del I-4 al III-1 del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. En la distribución de brechas a nivel nacional se identifica que los departamentos de Lima, La Libertad, Puno, Ancash, Cusco son los cinco ámbitos de mayor necesidad de médicos cirujanos especialistas, lo que refleja la inequidad en su distribución.

Asimismo, mediante la R.M 632-2012/MINSA y su modificatorias aprobadas por la RM 997-2012/MINSA y RM 062-2013/MINSA, se ha aprobado un Listado Nacional de 748 Establecimientos de Salud Estratégicos en el Marco de las Redes de los Servicios de Salud. En dicho contexto, y en base a la cartera mínima de especialidades médicas necesarias para el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) especificadas por la Norma de Categorización vigente, se ha realizado una estimación preliminar de brecha de médicos cirujanos especialistas de aproximadamente 2 458 de acuerdo a la categorización proyectada de 170 establecimientos de salud.

Tendencia creciente de la emigración de profesionales de la salud

Según el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, la tendencia de migración entre 1994 a 2008 refleja un

flujo creciente entre las profesiones de la salud, siendo el grupo ocupacional de médicos cirujanos el segundo en proporción, representando el 36,1%, aproximadamente 8 925 del total de profesionales de la salud que emigran. Al analizar los países de destino de emigración de los médicos cirujanos, entre 1994 al 2008, son los Estados Unidos, seguido de Bolivia, Chile, Ecuador, España, Brasil y Argentina, los principales países receptores de migración, con 84% del total ⁽⁶⁾.

Programa del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS

El Programa SERUMS fue creado en el año 1981 mediante Ley N° 23330, teniendo como base el Servicio Civil de Graduados - SECIGRA, que funcionó en la década de 1970. El SERUMS es un programa de servicio a la comunidad efectuado por los profesionales de la salud titulados y colegiados Médicos Cirujanos, Odontólogos, Enfermeros, Obstetras, Químicos-Farmacéuticos, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Asistentes Sociales, Biólogos, Psicólogos, Médicos Veterinarios e Ingenieros Sanitarios, en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención del sector.

Participan en el desarrollo del Programa SERUMS, con decisión política y con financiamiento para los profesionales SERUMS, los representantes de las Instituciones Prestadoras de Salud, integrando el Comité Central del SERUMS, órgano de conducción:

- Seguridad Social (EsSalud);
- Sanidades de la Fuerzas Armadas (Ejército, Marina y Fuerza Aérea);
- Policía Nacional del Perú;
- Ministerio de Salud (MINSA)
- Gobiernos Regionales
- Instituciones Privadas con Convenios

El SERUMS tiene por objetivos:

- Contribuir en la atención de salud de la población más vulnerable del país;

- Desarrollar actividades preventivo promocionales en establecimientos de salud del sector, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud.

El Reglamento de la Ley 23330, aprobado por Decreto Supremo N° 005-97-SA, establece en su Artículo 7°. Que los profesionales deben desarrollar las funciones que le sean asignadas por la autoridad competente del establecimiento, o dependencia de salud, donde viene realizando el SERUMS, ya sea como apoyo a los servicios regulares de salud o a las funciones administrativas que le hubieren encomendado para el mejoramiento de la calidad de atención.

Asimismo, deberán desarrollar las siguientes actividades:

- Asistenciales, recuperativas o administrativas;
- Educación para la salud;
- Capacitación continua y permanente;
- Investigación en servicio; y,
- Elaboración de un plan integral de salud local.

El Programa del SERUMS se desarrolla en dos (02) grandes procesos en el período de un año, con lo que se garantiza contar con dos grupos de profesionales que inician el SERUMS en los períodos de mayo y octubre por el lapso de 12 meses.

El SERUMS es requisito indispensable para:

- Ingresar a laborar en los establecimientos del Sector Público en la condición de nombrados, contratados o por servicios no personales.
- Ingresar a los Programas de Segunda Especialización a nivel nacional.
- Recibir del Estado becas u otras ayudas equivalentes para estudio de perfeccionamiento en el País o en el extranjero.

Los requisitos para efectuar el Servicio Rural y Urbano Marginal son los siguientes:

- Ser profesional de la Salud, titulado, colegiado y registrado en la Oficina Ejecutiva de Personal del Ministerio de Salud, o en la Oficina Similar de la Región de Salud o Subregión de Salud correspondiente.
- Acreditar mediante Certificado expedido por una Institución de Salud del Estado de gozar de buena salud física y mental. El Certificado será visado por el Comité Médico.

Las modalidades para el desarrollo del SERUMS son:

- Modalidad Remunerada: los profesionales perciben un pago mensual correspondiente al primer nivel de la carrera profesional al que pertenecen, así como otros beneficios de acuerdo a la normatividad vigente, para lo cual se les realiza un contrato. Los profesionales realizan el servicio en esta modalidad cuando no tienen opción de realizar el servicio en la modalidad remunerada.
- Modalidad de Equivalente (ad honorem): en una entidad pública o no pública previamente determinada por la autoridad competente.
- Modalidad de Acuerdo de Partes: es otra modalidad del servicio, a establecerse mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y las Instituciones no públicas, con el compromiso de estas últimas, de financiar el SERUMS de los profesionales que presten sus servicios por doce ⁽¹²⁾ meses en sus dependencias.

Retorno creciente de médicos cirujanos peruanos graduados en el extranjero para realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUMS

Según lo reportado por el Programa SERUMS, el número de médicos cirujanos peruanos procedentes de universidades del exterior inscritos en los diferentes procesos desde el año 2009

hasta el 2013 tiene una tendencia creciente, llegando a un total 1 375 médicos cirujanos, siendo los tres principales países de retorno Cuba, Bolivia, Rusia; lo cual constituye una oportunidad, al insertarse nuevos profesionales que contribuirán a mejorar la cobertura de atención médica en el país.

Situación del desempeño por competencias

Los procesos claves que contribuyen a desarrollar las competencias y mejorar el desempeño de los recursos humanos son la capacitación, selección y evaluación y gestión del desempeño. Sobre los mecanismos de evaluación de desempeño, el MINSA, lo realiza dos veces al año como un proceso administrativo de cumplimiento obligatorio. Los factores contemplados son subjetivos al estar solamente relacionados a la conducta laboral ⁽⁹⁾; no contempla indicadores de productividad. Asimismo, la incorporación de personal a los servicios de salud se realiza bajo mecanismos de reclutamiento y selección tradicional enfocados básicamente a mecanismos de convocatorias limitadas, análisis de currículum y entrevista no estructuradas, que valoran los títulos de formación académica y no las competencias de los candidatos a un puesto de trabajo.

La Autoridad Nacional del Servicio Civil ha estimado respecto a la capacitación que el Estado gasta (porque no es una inversión) alrededor de S/. 300 millones por año en capacitación en temas alejados de las necesidades de las instituciones, pero, sobre todo, que no van en consonancia con la realidad del país. Uno de los factores que ha determinado la poca calidad de las capacitaciones recibidas por los trabajadores públicos es que, si bien la oferta es amplia, principalmente en temas de salud y educación, la calidad es heterogénea. "El financiamiento de los posgrados son financiados por los propios servidores, en muchos casos en horarios de la noche o sesiones maratónicas de fines de semana".

En salud no se cuenta con un estudio que estime el gasto en capacitación; sin embargo, la realidad de las otras variables analizadas son similares; adicionalmente se puede señalar la excesiva movilidad de personal hace que las capacidades generadas para puestos claves se pierda.

El Ministerio de Salud le encarga a la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en el marco del ROF "Diseñar y mejorar continuamente los perfiles de competencias de los Recursos Humanos de Salud en coordinación con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto" ⁽¹⁰⁾.

Formación de pregrado en salud

Existe un desequilibrio entre el desempeño laboral y las competencias del egresado de los profesionales de las ciencias de la salud y persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad y no en los problemas del primer nivel de atención. Este dimensionamiento, según Juan Arroyo ⁽⁸⁾, se debe:

- En primer lugar, la inadecuación de los profesionales formados en relación con las competencias requeridas, lo que se traduce en la dificultad para ejercer las competencias para el cuidado de la salud en las personas, así como para desarrollar labores de gestión del cuidado y la atención en salud.
- En segundo lugar, el distanciamiento se da en el desarrollo de estrategias insuficientes para el real dimensionamiento de la formación en salud y cómo esta debería adaptarse a las necesidades del sector y no basarse en presupuestos establecidos por los centros de formación con respecto a una realidad del sector muchas veces equivocada.

La Asamblea Nacional de Rectores informa que para el año 2012 hay 137 universidades de los cuales 50 son públicas y 86 privadas, habiéndose incrementado desde el 2010 un 29% ⁽¹¹⁾. En el caso de las Facultades de Medicina,

estas pasaron de 3 en 1960 a 32 en el 2012 y 49 de Enfermería, es decir en 06 años fueron creadas dos facultades más de Medicina y siete de Enfermería. En el año 2012 estaban matriculados 118 955 alumnos de las trece carreras de ciencias de la salud, de las cuales, las cuatro carreras que requieren de mayores recursos de campos clínicos (Medicina, Enfermería, Obstetricia y Odontología) acumulan casi dos tercios del total de matriculados en carreras de ciencias de la salud.

Este desequilibrio ha propiciado el incremento en la demanda de campos clínicos especialmente por parte de las universidades privadas. Al menos para el caso de medicina no cuentan con hospitales docentes propios, haciendo uso extensivo de los establecimientos públicos del Ministerio de Salud, EsSalud y Sanidades. Asimismo, el incremento constante del número de estudiantes de ciencias de la salud ejerce una presión sobre los servicios de salud, lo cual ha devenido en la sobresaturación de los campos de formación y el consecuente conflicto entre las instituciones formadoras y las sedes docentes que compiten por los espacios de práctica en los establecimientos de salud.

En 2012, la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del MINSA recogió información sobre Recursos Humanos a nivel de las DIRESAS; se identificó como situación problemática:

- La saturación de campos clínicos y número excesivo de alumnos para pregrado;
- Débil articulación de las sedes docentes con las instituciones formadoras para la programación y ejecución de actividades de Docencia Asistencial;
- Alta asignación de alumnos por tutor, sin tutoría permanente;
- Inicio de prácticas pre profesionales sin contar con Convenios Marco ni Específicos de Cooperación Docente Asistencial vigentes, y en el caso que tuviesen convenio el incumplimiento

to de los compromisos por parte de las universidades;

- Sedes docentes no cuentan con Programación Conjunta con la Universidad;
- Condiciones mínimas de bioseguridad, ocasionando un alto nivel de insatisfacción en los usuarios.

Además, en ese mismo año, un informe de la Oficina de Defensoría de la Salud y Transparencia señaló la existencia de Problemas en la calidad del servicio brindado a los usuarios, vulnerando a veces su privacidad; por ejemplo divulgando en redes sociales fotografías del proceso de atención a pacientes, mostrando sus rostros con lenguaje ofensivo sobre su condición y el tratamiento recibido (Fuente: Informe de la Oficina de Defensoría de la Salud y Transparencia del MINSA, 2012).

Se reafirma que con esta problemática se pone en riesgo la calidad de la formación y de la atención que brindan los servicios de salud.

Al 2012, solo 6 de 21 (18%) regiones tenían conformado y oficializado su Comité Regional de Pre grado en Salud, lo que dificultaba que el proceso de acreditación de establecimientos de salud como sedes docentes sea concertado, transparente y participativo, con actores del campo de los Recursos Humanos en Salud.

Las Oficinas de Docencia e Investigación en las sedes docentes eran débiles en su organización y conducción de los procesos educativos en servicio en el marco de la Articulación Docente Asistencial. No se habían implementado los subcomités de sedes docentes encargados de la formulación de la Programación Conjunta, generando en los establecimientos de salud la cohabitación (sobreconcentración) de instituciones formadoras.

Estos problemas y su forma de abordaje inviabilizaban una visión estratégica y racional en el desarrollo de la Articulación Docente Asistencial y generaban en el mediano y largo plazo conflictos, al no existir reglas claras al

respecto. Existe un marco normativo que no responde al proceso de descentralización vigente.

La realidad descrita nos plantea uno de los desafíos en la gestión de los recursos humanos en salud: la mejora de la calidad en la formación de los Recursos Humanos en Salud y el respeto a la dignidad de la persona y a los derechos del paciente.

El Decreto Supremo 021-2005-SA que aprueba la Creación del Sistema Nacional de Articulación de Docencia, Servicio e Investigación en Pregrado de Salud se promulgó el 20 de octubre del 2005 ⁽¹²⁾. Desde esa fecha no se ha modificado dicha norma. Teniendo en cuenta que se han producido hechos importantes como la Descentralización en Salud ⁽¹³⁾, determinación de un nuevo Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad y el Aseguramiento Universal en Salud sería conveniente adecuar este Decreto Supremo a los nuevos cambios y desafíos en el Sector Salud.

En el año 2005 mediante Resolución Suprema N° 032-2005-SA se aprobó las Bases para la celebración de Convenios de Cooperación Docente Asistencial entre el Ministerio, los Gobiernos Regionales y las Universidades con Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud. Esta normativa requiere actualizarse al nuevo marco normativo de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, el proceso de descentralización y su consiguiente transferencia de funciones a las DIRESAs y GERESAs de los gobiernos regionales, la nueva ley de los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud, y el permanente fortalecimiento del primer nivel de atención. Del mismo modo, se requiere una normativa que reglamente el actual escenario de los ámbitos geo socio sanitarios, ya que la norma vigente fue diseñada para un contexto de hace más de dos décadas.

Respecto del financiamiento, el Informe País del año 2005 reporta que de un total de 2 340 internos de 10 profesiones de las ciencias de la salud, 627 percibían remuneración financiada por

el MINSA (569 de Medicina Humana y 58 de Odontología), 24 con presupuesto propio de las sedes docentes (Medicina Humana), 01 con otras fuentes de financiamiento (Psicología) y 1 688 ad honorem ⁽¹⁴⁾.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud (MED Salud) aprobado con RM 739-2009/MINSA aplicó el instrumento MED, mediante el cual evaluó el ejercicio de las funciones descentralizadas en salud en el ámbito regional, y en la Función N° 2: Regulación Sectorial de recursos humanos en salud, indicador N° 3: “La Dirección Regional de Salud planifica, administra y controla los programas de internado, SERUMS y segunda especialización”, fue calificado como medio en 04 regiones, como bajo en 11 regiones y como “no realiza” en 2 regiones.

Otra problemática encontrada es la situación de los alumnos procedentes de Universidades del extranjero, la misma que no es contemplada en la normativa legal vigente.

Formación Posgrado, Segunda Especialización y Titulación por competencias

La oferta de la formación posgrado se ha incrementado mucho en los últimos años, adoleciendo de una serie de deficiencias. Según un informe del CONCYTEC, la principal problemática es la siguiente: desadecuación entre la oferta formativa y las necesidades del desarrollo, falta de programas de investigación que sirvan de sustento a los programas de posgrado, escasa producción científica, bajas tasas de graduación en relación con el número de egresados y carencia de un organismo que ofrezca información confiable y que asegure la calidad de los estudios de posgrado.

En relación a la segunda especialización, el MINSA a nivel nacional tiene una oferta total de 6 074 médicos especialistas, de los cuales el 61,5% pertenece a las especialidades clínicas, 33,2% a especialidades quirúrgicas, 4,9% a especialidades de apoyo al diagnóstico y

tratamiento y 0,4% a las especialidades de salud pública. Según la norma de categorización existe una demanda total de 11 176 médicos especialistas y según el perfil epidemiológico y demográfico, de 11 738.

A nivel de región, las brechas son mayores en Loreto, Piura, Puno y Madre de Dios, y en cuanto a especialidad la brecha es mayor en las cuatro especialidades básicas: ginecología-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general. Por lo tanto, existe una gran brecha entre la oferta y la demanda de médicos especialistas a nivel nacional y regional que, de forma agregada, representa aproximadamente el 45% de la oferta actual ^(7,15).

Asimismo se tiene una situación que evidencia:

- Déficit crítico de médicos especialistas en los niveles regionales.
- Escaso financiamiento de plazas para la formación de especialistas.
- Ausencia de campos clínicos autorizados en los niveles regionales.
- Los médicos especialistas formados en el sector público son atraídos para trabajar en el sector privado.
- Ausencia de regulación en el retorno de la inversión que realiza el Estado en la formación de médicos especialistas.
- Insuficiente formación de especialistas en enfermería, odontología y otras profesiones de la salud.
- Ausencia de regulación en la segunda especialización para las otras profesiones de las ciencias de la salud.

Diagnóstico de las remuneraciones del personal de salud

Las remuneraciones del personal de salud están conformadas por componentes que son permanentes y no permanentes (variables) y remunerativos y no remunerativos. Asimismo, tienen un componente de remuneración básica (pensionable) que es mínimo y muchos conceptos de pago en el compo-

nente de remuneración no pensionable y variable, con una variedad de leyes o decretos que definen los montos de pago según componentes de la remuneración (permanentes y variables); por ejemplo: 18 en médicos, 25 en profesionales de la salud y 19 en técnicos asistenciales. Existe 05 niveles de carrera en médicos y profesionales de la salud y 06 en técnicos y auxiliares asistenciales; y se aprecia una diferencia mínima de incremento de las remuneración permanente entre cada uno de ellos. La progresión de un nivel a otro (I al V) es por tiempo de servicio y no se relacionaba con criterios de meritocracia y desempeño ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Situación de los recursos humanos en salud al 2013

El Indicador de Densidad de Recursos Humanos en el Sector Salud, que es número de personal de salud (médico, enfermero y obstetra) que en un determinado año laboran a tiempo completo en establecimiento de salud, expresado en una tasa por cada 10 000 habitantes, para el año 2012 el indicador país fue de 26,1 por 10 000 habitantes. Actualmente se ha incrementado a 27,4 por 10 000 habitantes, habiendo 14 departamentos por encima de lo establecido (25 x 10 000); la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras es a través de diferentes estrategias como el aumento de plazas SERUMS y la contratación de profesionales de la salud por presupuesto por resultados; persiste aún la inequidad en la distribución de recursos humanos en los ámbitos de los Gobiernos Regionales ⁽¹⁹⁾.

Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud

Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención

El Ministerio de Salud mediante R.M. N° 176- 2014/MINSA ⁽²⁰⁾ aprobó la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos

Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención ⁽²¹⁾, la cual tiene como finalidad el promover la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales del primer nivel de atención en el marco de la universalización de la protección social en salud y la descentralización. Se realiza mediante la metodología para la estimación de las brechas de RHUS de los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Su ámbito de aplicación son todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, direcciones de salud (DISAS), direcciones regionales de salud (DIREAS) o gerencias regionales de salud (GERESAS); y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.

El cálculo de la brecha de recursos humanos en salud (RHUS) establecida cuenta con tres momentos metodológicos y ha sido validada con representantes de 26 DIREAS/GERESAS/ DISAS, Direcciones/Oficinas Generales del MINSA (DGSP, OGPP, OGGRH, Oficina Descentralización) y cooperantes (USAID/POLSALUD Y OPS). Como un producto adicional a la formulación de la metodología de cálculo de brechas y considerando variables demográficas, socioeconómicas, geográficas y de acceso a servicios de salud que inciden en la carga de trabajo del personal de salud, especialmente en el primer nivel de atención, se ha formulado el Índice de Dispersión Poblacional Distrital (IDP), el cual permite clasificar por niveles de dispersión los distritos de todo el país, como criterio del ajuste de dotación.

Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

Mediante Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA se aprueba la Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos

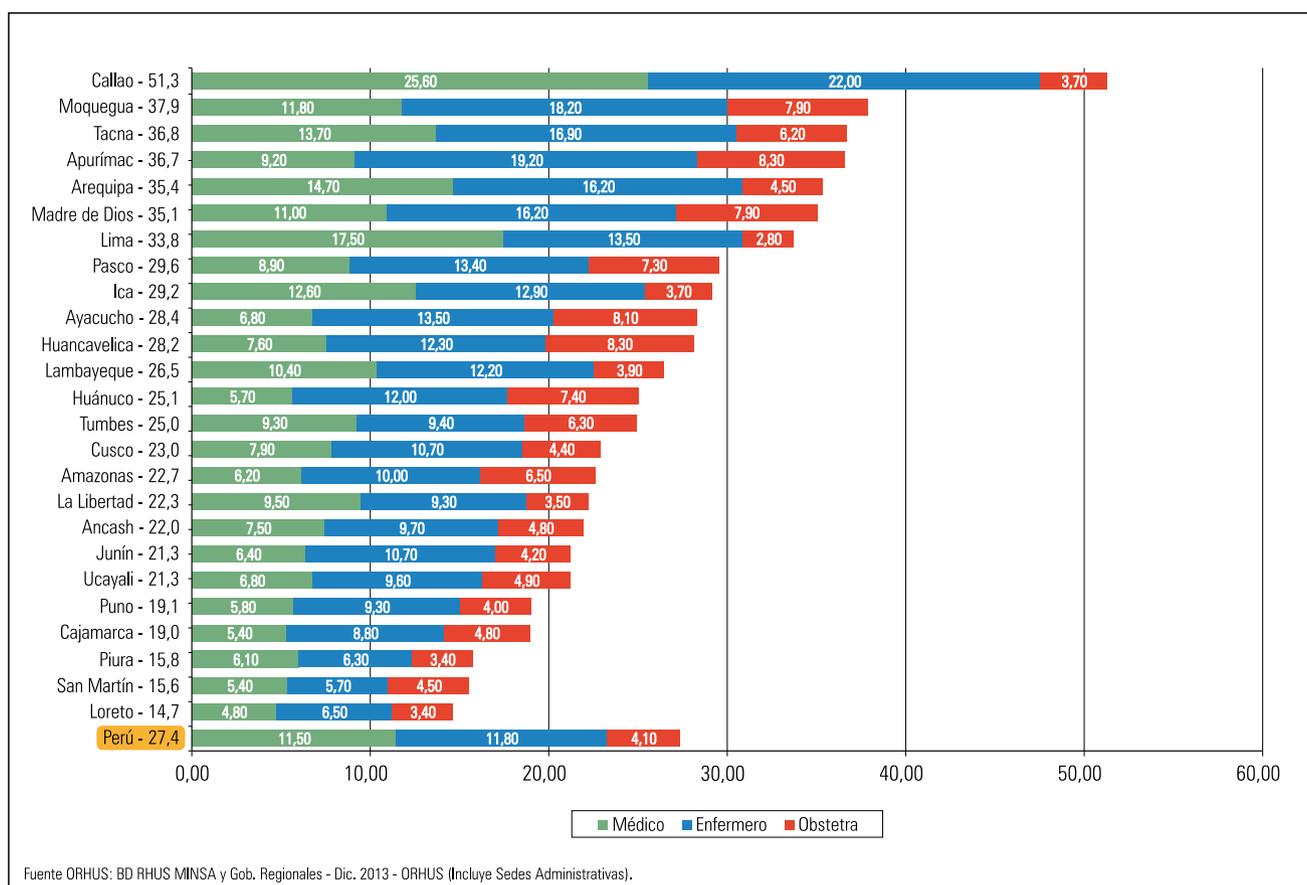


Figura 1. Densidad (por 10 000 hab.) de recursos humanos en el sector salud, por Departamento del Perú – 2013.

Humanos en Salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención que promueva la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización; a través del establecimiento de la Guía Técnica de Metodología para la estimación de las brechas de recursos humanos en salud de los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención, considera la demanda efectiva de prestaciones y la oferta de los servicios de salud; es de aplicación en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs) o la que haga sus veces en el ámbito regional, y podrá ser

de uso referencial para las otras organizaciones del Sector Salud ⁽²²⁾.

La estimación de la brecha de RHUS tiene dos enfoques metodológicos a considerar:

- Identificar la brecha de RHUS que permita responder a la demanda efectiva de las prestaciones de salud, procedente de la población de referencia del establecimiento
- Identificar la brecha de RHUS que permita el funcionamiento de la oferta de servicios de salud existente.

Estrategias de Intervención en gestión y desarrollo de recursos humanos implementadas por el Ministerio de Salud

Reforma en el Sector Salud

Actualmente, el Perú enfrenta un escenario político, económico y social que

hace favorable y viable la implementación de una política de cambios en el sector salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, la mejora en la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el proceso de descentralización que se va afianzando, la creciente expectativa de la ciudadanía por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social.

La Presidencia de la República, mediante Resolución Suprema N° 001-2013-SA, encargó al Consejo Nacional de Salud, un órgano consultivo del sector salud que cuenta con representantes de distintas organizaciones gubernamentales y no guber-

namentales relacionados con la salud del país (MINSA, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, Asamblea de Municipalidades del Perú, Organizaciones de la Sociedad Civil, EsSalud, Sanidades, entre otros), la elaboración de propuestas de Reforma del Sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, conducentes asegurar el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud y la cobertura progresiva de las atenciones de salud, en el marco del derecho a la salud de todos los peruanos.

Asimismo, se ha recogido propuestas de los Consejos Regionales de Salud de todo el país, de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales del Colegio Médico del Perú, y realizado reuniones de intercambio con el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, Gremios Empresariales, Centrales Sindicales [incluyendo la Confederación de Trabajadores del Perú (CGTP) y la Central de Trabajadores del Perú (CTP)] y los Colegios de Profesionales de la Salud.

Los Lineamientos y medidas de la Reforma del Sector Salud se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, 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. La implementación tendrá intervenciones en tres ejes complementarios: la protección de la población frente al riesgo de enfermedad, la protección del usuario para garantizar la efectividad, oportunidad y seguridad en las prestaciones, y la protección financiera para fortalecer el sistema de financiamiento orientado a aminorar el gasto de bolsillo de la población.

Visión de la Reforma en Salud

Que cada vez más población sea cubierta o protegida; que las intervenciones de salud colectiva y los servicios de salud a que se accede sean cada vez mejores cualitativa y cuantitativamente; y que los recursos económicos destinados

para la cobertura sanitaria sean los necesarios y se usen de manera efectiva y eficiente ⁽¹⁾.

Durante los últimos años se ha conseguido mejorar de manera significativa importantes indicadores de salud, habiéndose alcanzado ya el objetivo del milenio para la mortalidad infantil, y a punto de alcanzarlo para la mortalidad neonatal y la desnutrición crónica. Persisten no obstante brechas internas, viejos desafíos y deficiencias, sumados a un escenario de transición demográfica y cambios en el perfil epidemiológico de la población, que hacen evidente una nueva agenda sanitaria acompañada de nuevas demandas de protección en salud pública y de atención de la salud individual. Ello obliga a una respuesta de los componentes del Sistema de salud y del Estado en su conjunto a fin de caminar hacia una Reforma que permita la universalización de la protección en salud. Este es uno de los desafíos más importantes del Estado Peruano, el cual se inscribe, a nivel internacional, en la corriente patrocinada por la Organización Mundial de la Salud para lograr la Cobertura Universal en Salud y, a nivel interno, en la Política de Inclusión Social que impulsa el actual gobierno.

Las propuestas de la Reforma del Sector Salud comprenden las siguientes medidas ⁽¹⁾:

- La protección al ciudadano de los riesgos de enfermar o morir, incluyendo, entre otras: reorganizar el MINSA y fortalecer su rectoría para asegurar una efectiva promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de los principales problemas de salud pública; diseñar e implementar la carrera de “técnicos en salud pública” para asegurar una respuesta de control efectiva y oportuna frente a epidemias y desastres.
- La protección al usuario de servicios de salud, a través de: organizar redes integradas de salud para la atención primaria y secundaria, articuladas en torno a 750 establecimientos estratégicos en todo el país; implementar un programa de mejora de

la gestión hospitalaria; establecer la planificación multisectorial e intergubernamental y la optimización de la gestión de la inversión pública para ampliar la capacidad resolutive de la red de atención primaria y hospitalaria ⁽²³⁾; aplicar esquemas de incentivos monetarios y no monetarios para reclutar y retener al personal que labore en las zonas de menor desarrollo; regular la formación de pregrado y posgrado de recursos humanos en salud para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población.

- La protección financiera en salud, considerando, entre otras: aplicar focalización geográfica en zonas rurales para facilitar la afiliación de población pobre; implementar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud y su orientación al usuario. Asimismo, aminorar los gastos de bolsillo de la población peruana.

Dentro de las normas de implementación de la Reforma 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:

- El Decreto Legislativo 1161, Ley que aprueba la Organización y Funciones del MINSA, para fortalecer el trabajo de Salud Pública, mejorar la gestión de los hospitales de Lima, mejorar la fiscalización en salud y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública ⁽²⁴⁾.
- El Decreto Legislativo 1154 para la continuidad de la prestación de servicios complementarios entre MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, Sanidades de Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.
- El Decreto Legislativo 1166 para la organización y gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud con énfasis en Atención Primaria y Secundaria ⁽²⁵⁾.

- El Decreto Legislativo 1153 de la nueva Política Remunerativa basada en mérito, desempeño y riesgo según el nivel de atención, 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 ⁽²⁶⁾.
- El Decreto Legislativo 1157 para mejorar la inversión pública en salud.
- El Decreto Legislativo 1164 para ampliar gradualmente la cobertura de afiliación al Seguro Integral de Salud.

Dentro de las medidas que ya se han iniciado están:

- La implementación del Plan Esperanza, orientada en reducir las cifras actuales de cánceres avanzados y que se detecte en época temprana para disminuir también la tasa de muerte por este mal. Para ello se han fortalecido 7 500 establecimientos de Atención Primaria; se ha puesto en marcha la atención itinerante, el “Esperanza Móvil” que se hará expansivo en todo el país; y se han establecido los mecanismos para que todo peruano tenga accesos a tamizaje temprano.
- El intercambio prestacional que ya está funcionando en 13 regiones permitiendo, por ejemplo, que los asegurados del SIS se atiendan en Hospitales de EsSalud.
- El funcionamiento del Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL, que ha financiado el trasplante de médula ósea no emparentado a 3 niños en el Jackson Memorial Hospital y Children's Miami Hospital de Miami, por un monto de S/. 4 millones 200 mil nuevos soles.
- La reciente inauguración del Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea en el 2° piso del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.
- Las incorporaciones como afiliadas al SIS de las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen

Único Simplificado (N-RUS) y sus derechohabientes.

- La incorporación en los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima de los “Gestores de la atención digna y de calidad” del Seguro Integral de Salud, para cautelear la gratuidad e integralidad de las prestaciones financiadas en el marco del derecho a la salud y del aseguramiento universal.
- El inicio de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud-SUNASA.

Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas

El Decreto Legislativo N° 1153 regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado, el que tiene por finalidad que el Estado alcance mayores niveles de equidad, eficacia, eficiencia y preste efectivamente servicios de calidad en materia de salud al ciudadano que promueva el desarrollo del personal de la salud al servicio del Estado ⁽²⁶⁾. Se encuentra bajo el alcance de esta norma el personal de salud al servicio del Estado del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos; Ministerio de Defensa; Ministerio del Interior; Ministerio de Educación; Ministerio Público; Gobiernos Regionales y sus Organismos Públicos; Instituto Nacional Penitenciario; y Entidades Públicas cuyo titular es el más alto funcionario público del Poder Ejecutivo, Judicial y Legislativo.

Estructura de la Compensación Económica (Remuneraciones)

La compensación económica que se otorga al personal de la salud, está integrada por ⁽²⁶⁾:

Valorización Principal:

Es el ingreso económico como concepto único de carácter mensual permanente que percibe el personal de salud de acuerdo a la unificación, nivelación

y ajuste de los conceptos que la originaron. Sujeta a la afectación por cargas sociales, impuestos y pensionable ⁽²⁷⁾.

Valorización Ajustada:

Se otorga al puesto que sea ocupado por el personal de la salud, en razón de la entidad, a través de las siguientes bonificaciones y son excluyentes entre sí:

- Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural de Departamento o Servicio.
- Bonificación por Puesto de Responsabilidad Jefatural en establecimientos de salud I-3 y I-4, Microrredes o Redes.
- Bonificación por Puesto Especializado o de dedicación exclusiva en Servicios de Salud Pública.
- Bonificación por Puesto Específico.

Valorización Priorizada:

Se asigna al puesto de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño en el puesto por periodos mayores a un mes. Se restringe al tiempo que permanezcan las condiciones de su asignación:

- Entrega económica por Zonas Alejadas o de Frontera ZAF;
- Entrega económica por Zona de Emergencia VRAEM y Huallaga;
- Entrega económica por Atención Primaria de Salud (I nivel: del I-1 al I-4) ^(28,29);
- Entrega económica por Atención Especializada (Establecimientos Estratégicos en regiones);
- Atención Especializada (Hospitales e Institutos Especializados);
- Atención en Servicios Críticos (Unidad de Quemados, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Emergencia del II y III nivel).

Entrega Económica por zonas alejadas o de frontera:

El otorgamiento de la bonificación mensual para el personal del sector salud que labora en zonas alejadas o de

frontera tiene concordancia con la implementación de la Reforma del Sector Salud y los Lineamientos de Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud; asimismo, permitirá mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS, así como contar con RHUS motivados y comprometidos, logrando un mejor desempeño, mayor acceso de atención de salud con calidad y alcanzar resultados sanitarios.

El listado de Establecimientos de Salud (EESS) en el ámbito de zonas alejadas o de frontera de la jurisdicción de los gobiernos regionales en el marco de la aplicación del D. Leg. 1153 asciende a 2152 EESS, distribuidos a nivel nacional. En el año 2013 y en el marco del artículo 21 de la Ley 29951, Ley de presupuesto del año fiscal 2013 se identificó 1507 EESS en zonas alejadas o de frontera.

La entrega económica es otorgada al personal de salud que labora en forma efectiva en los establecimientos de salud ubicados en estas zonas, que incluye a los profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS, siendo el monto fijado el indicado en la tabla 1.

Entrega Económica por Zona de Emergencia:

Se asigna al puesto ubicado en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM), en tanto se mantenga dicha calidad de acuerdo a la normatividad vigente; así como a los puestos ubicados en las zonas declaradas en emergencia por circunstancias similares a las del VRAEM.

Esta entrega económica debe otorgarse al personal de salud que trabaja y vive en zonas de emergencia, en las cuales la presencia de elementos subversivos, traficantes y/o narcoterroristas, hace que la labor del personal de la salud esté expuesta a sufrir diversas contingencias que puedan afectar su vida y su salud; de acuerdo a lo establecido por la Presidencia del Consejo de Ministros los distritos y provincias

Tabla 1. Bonificación Zonas Alejadas o de Frontera (ZAF).

Personal de Salud	Bonificación Zonas Alejadas o de Frontera (ZAF)
Médicos Cirujanos	1 480.00
Otros profesionales de las ciencias de la salud	1 100.00
Profesionales administrativos, personal técnico y auxiliar asistencial y administrativo	740.00

que se deben tener en cuenta para su otorgamiento son los mostrados en la tabla 2.

Servicio Complementario en Salud

El D. Leg. N° 1154 autoriza a los profesionales de la salud a realizar Servicio Complementario en Salud, en forma voluntaria, que consiste en la realización de un conjunto de actividades y procedimientos asistenciales, en el mismo establecimiento de salud donde labora o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con

las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional, a efectos de mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la reducción de la brecha existente entre la oferta y la demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional ⁽³⁰⁾.

Gestión Eficiente, Eficaz y más Humana Del Programa SERUMS

Se incrementó en 1 200 nuevas plazas para fortalecer los establecimientos estratégicos de las nuevas redes funcionales; de ellos, 300 corresponden a médicos cirujanos y 900 a otros profesionales de la salud (figura 2). Asimismo, permitió la implementación de mecanismos de incentivos (dinerarios y no dinerarios) por zonas geográficas, estrategias de supervisión y control oportunos y eficaces. En el proceso SERUMS 2013, se ofertó como Sector 8 478 plazas para los profesionales de las ciencias de la salud. Con el programa SERUMS, se ha logrado programar plazas en los quintiles de pobreza con un total de 7 283 plazas (98,9%).

La planificación de los profesionales de las ciencias de la salud SERUMS, actualmente se realiza con los siguientes criterios:

Tabla 2. Distritos y provincias que se encuentran declarados en Estado de Emergencia, año 2014.

Ámbito	Estado de Emergencia	Período
Distrito de Echarate, provincia de La Convención del departamento de Cusco.	D.S. 007-2014-PCM	31.01.14 al 31.03.14
	D.S. 021-2014-PCM	01.04.14 al 30.05.14
Provincias de Huanta y La Mar del departamento de Ayacucho; en la Provincia de Tayacaja del Departamento de Huancavelica; en los distritos de Kimbiri, Pichari y Vilcabamba de la Provincia de La Convención del departamento del Cusco; en la provincia de Satipo; en los distritos de Andamarca y Comas, de la provincia de Concepción; y, en los distritos de Santo Domingo de Acobamaba y Pariahuanca, de la Provincia de Huancayo del departamento de Junín.	D.S. 008-2014-PCM	25.01.14 al 25.03.14
	D.S. 020-2014-PCM	26.03.14 al 24.05.14
Distrito de Cholon de la provincia de Maraón, en el distrito de Monzón de la provincia de Huamaling, y en la provincia de Leoncio Prado, circunscripciones ubicadas en el departamento de Huánuco; en la provincia de Tocache del departamento de San Martín; y, en la provincia del Padre Abad del departamento de Ucayali.	D.S. 134-2013-PCM	30.12.13 al 28.02.14
	D.S. 017-2014-PCM	28.02.14 al 28.04.14

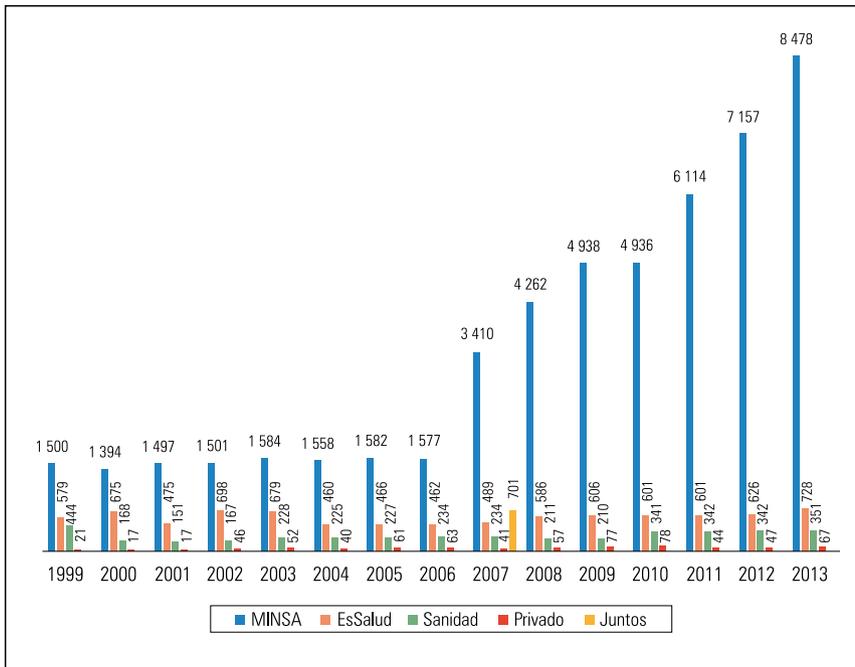


Figura 2. Evolución de la Oferta de Plazas Remuneradas SERUMS, Sector Salud 1990 – 2013.

Identificación del ámbito para la dotación de profesionales:

- Distritos de extrema pobreza, muy pobres o pobres (quintil I, II y III) del total de departamentos del país.

Criterios para la dotación:

Medicina, Enfermería, Obstetricia

- Brecha de Recursos Humanos por Departamento.
- Establecimiento de Salud del 1º nivel de atención.
- Duplicidad de Recursos Humanos en el EESS.

Nutrición

- Departamentos del ámbito de JUNTOS-CRECER.
- Establecimiento de Salud del I-4, o, I-3.
- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Biología

- Departamentos con reportes de alguna enfermedad metaxémica.
- Establecimiento de Salud II-1, o, I-4.

- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Medicina Veterinaria

- Departamentos con algún reporte de Rabia.

- Establecimiento de Salud del I-4, o I-3.

- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Ingeniería Sanitaria

- Departamentos del ámbito CRECER.
- Establecimiento de Salud I-4, o, I-3.
- Existencia o no de Recursos Humanos en el EESS.

Se ha logrado implementar una estrategia Comunicacional: Plataforma Virtual “COMUNÍCATE SERUMS”, que es una página de interacción con los profesionales ANTES-DURANTE-DESPUÉS, de realizar el SERUMS y brinda información interactiva; mediante el componente “CONOCE TU PLAZA”. Le permite al profesional SERUMS tener información completa del establecimiento de salud; esto in-

cluye un acceso geo referencial a través del google-maps que orienta y ayuda a elegir las plazas.

Segunda especialización: Residentado Médico

En el marco de la Reforma del Sector Salud, el Ministerio de Salud, en coordinación con los Gobiernos Regionales, las Direcciones de Salud o sus equivalentes, las Direcciones de Hospitales, los Gobiernos Locales, las Instituciones Formadoras, Colegios Profesionales, viene diseñando e implementado estrategias que permitan ampliar la cobertura y descentralizar la atención especializada en el sistema. Estas estrategias son:

Incremento del número de vacantes en la modalidad libre y cautiva en el Sistema Nacional de Residentado Médico – SINAREME, para la formación de médicos especialistas

Hito histórico en el Sistema Nacional de Residentado Médico, es el Incremento de 600 plazas para la formación de especialistas en medicina humana en la modalidad libre en el Proceso de Admisión al Residentado Médico 2013 financiadas por el Ministerio de Salud. El 49% de las nuevas plazas han sido asignadas a los Gobiernos Regionales (Ancash, Apurímac, Arequipa, Cajamarca, Callao, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Piura, Puno y Tacna); del total de plazas 250 Plazas se financiaron y se ofertaron en la modalidad libre, para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, en el marco de la reforma en salud de lograr un sistema de salud orientado a la APS con enfoque en Salud Familiar y Comunitaria. El incremento de 600 plazas correspondió a una inversión de S/ 14 782 435 Nuevos Soles.

Incorporación de Nuevas Sedes Docentes de formación especialistas en medicina humana

Previo acuerdo con las Universidades y los Gobiernos Regionales y en coherencia con los estándares exigidos por

el Comité Nacional de Residentado Médico ^(31,32), en el año 2013 se inició la formación de médicos especialistas en las Facultades de Medicina de las Universidades Nacional de Cajamarca y Universidad Nacional de Tacna.

Planificación estratégica descentralizada de plazas cautivas

En la Planificación Estratégica Descentralizada de la oferta de plazas en la modalidad cautiva para la formación de los profesionales de ciencias de la salud, se integra las siguientes variables: el perfil epidemiológico regional, necesidades por categoría de establecimientos de salud y disponibilidad de campos clínicos.

Titulación por competencias:

Se ha priorizado las especialidades para la titulación por competencias e Implementación regional progresiva, en el marco de un Nuevo modelo de Titulación por la Modalidad de Evaluación de Competencias, que se está elaborando de manera concertada por el Ministerio de Salud, con las Universidades y los Colegios Profesionales.

Programas breves de titulación:

Formalización de los médicos que habiendo terminado el Residentado no obtuvieron el título y registro correspondiente; en coordinación con las universidades y el Colegio Médico del Perú, se facilitará la titulación y Registro de médicos del sector público del país.

Servicio Complementario en Salud:

Mediante Decreto Legislativo N° 1154 se autoriza a los profesionales de la salud, en forma voluntaria, a realizar un conjunto de actividades y procedimientos asistenciales, en el mismo establecimiento de salud donde labora o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, Convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Financiamiento en Salud o Convenios de Intercambio Prestacional, a efectos de mejorar el acceso a los servicios de salud a través de la reducción de la brecha existente entre la oferta y la demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional ⁽³⁰⁾.

Servicios de Telemedicina:

En forma progresiva, el Perú contará con interconsultas especializadas a través de una plataforma clínica virtual (www.theisaproject.eu) para los médicos del I y II nivel, quienes podrán consultar a través de la Web con especialistas de hospitales regionales y nacionales, así como también con miembros de las sociedades médicas de especialistas. Se tiene un Convenio Internacional con el Hospital Son Espases, Palma de Mallorca, España; está en las instancias administrativas para su revisión técnico/legal.

Dotación de Médicos Especialistas en los Gobiernos Regionales:

Se ha dotado, en el año 2013, 99 Médicos Especialistas de 21 especialidades para cubrir la Atención Especializada en las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno y San Martín (ver tabla 4).

Tabla 3. Oferta de plazas en el Proceso de Admisión al Residentado Médico. Período Años 2008 al 2013.

SINAREME Financiadores	2008				Total 2008	2009				Total 2009	2010					Total 2010
	L	C	D	BI		L	C	D	BI		L	C	D	BI	BN	
Ministerio de Salud	346		173	2	521	313		145	10	468	317	340				657
Gobiernos Regionales	66		28	2	96	65	49		2	116	71		82	3		156
EsSalud	262		110		372	140		110		250	158		157			315
Policía Nacional del Perú	28	10	15		53	28	38	29		95		120				120
Total Sanidades FFAA	29	64	24		117	28	74	15		117	32	70	7			109
Otras instituciones	3		1	2	6	4		3	2	9	10			3	1	14
Total	734	74	351	6	1165	578	161	302	14	1055	588	530	246	6	1	1371

SINAREME Financiadores	2011					Total 2011	2012				Total 2012	2013				Total 2013
	L	C	D	BI	FP		L	D	C	BI		L	D	C	BI	
Ministerio de Salud	312	330				642	592	14	307	0	913	935		311		1246
Gobiernos Regionales	74	63	49	3	9	198	65	52	56	1	174	64	56	75	1	196
EsSalud	158	188	70			416	168	25	159	0	352	659		191		850
Policía Nacional del Perú	28	92			1	121	28	10	84	0	122	28	3	84		115
Total Sanidades FFAA	31	59	1	3	10	104	33	15	60	0	108	36	18	72		126
Otras instituciones	10			2	2	14	25	1	2	2	30	36	12	9	2	59
Total	613	732	120	8	22	1495	911	117	668	3	1699	1758	89	742	3	2592

Modalidad de postulación: L:Libre, C:Cautiva, D:Destaque, BI:Beca internacional, BN:Beca nacional, FP:Financiamiento privado.

Prioridades nacionales de especialidades médicas

Al Ministerio de Salud, en uso de sus atribuciones como ente rector del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Nacional de Residentado Médico SINAREME, le ha correspondido en el año 2012 establecer las 38 prioridades de especialidades y subespecialidades para la formación de médicos especialistas coherente con las necesidades de salud del país, siendo el Ministerio de Salud responsable de la atención del 60% de la población, en especial de las áreas más vulnerables de país. Mediante Resolución Ministerial N° 286-2012/MINSA se estableció como prioritarias las especialidades y subespecialidades para la formación de médicos especialistas en medicina humana a ser considerados en la oferta de plazas en los procesos de admisión al Sistema Nacional de Residentado Médico.

Residentado Odontológico

El Residentado Odontológico tiene como finalidad la formación de profesionales especializados en el campo de la Salud bucal, orientados a brindar servicios odontológicos de la más alta calidad destinados a los sectores más vulnerables; se mejora así la oferta de atención especializada en salud creada Mediante Decreto Supremo Nro. 009-2013-SA, del 11 de julio del 2013. Este es de aplicación en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para la formación de especialistas en Odontología, en el marco de la Ley 27878, Ley del Trabajo del Cirujano Dentista y su Reglamento, contribuyendo al logro de los objetivos del sector señalados en los Objetivos del Milenio, Acuerdo Nacional, Lineamientos de Política Sectorial 2007- 2020 y Plan Nacional Concertado de Salud.

En la actualidad, las estadísticas indican que las enfermedades de la cavi-

dad bucal ocupan el segundo lugar de las principales causas de morbilidad registradas en consulta externa a nivel nacional y, en referencia a la carga de enfermedad, ocupa el puesto 18 de las principales causas de años de vida sanos perdidos. La Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud asumió, en el marco de sus funciones, la construcción de un espacio de regulación en Odontología, en ejercicio de la función rectora de la autoridad nacional sanitaria-MINSA, con la finalidad de regular la formación de los especialistas en Odontología que brindarán servicios especializados en salud en el país.

Asimismo, mediante el Decreto Supremo N° 009-2013-SA se aprueba el Reglamento del Residentado Odontológico que tiene por objeto regular la organización y funcionamiento del Residentado Odontológico, cuyos objetivos entre otros son los siguientes: a) Garantizar la formación especializada de los cirujanos dentistas y que se desarrolle cumpliendo con los estándares óptimos de calidad y de acuerdo a las necesidades del país; b) Promover que tanto las instituciones del Sector Salud como las universidades compartan responsabilidades y planifiquen el uso racional y óptimo de los recursos en la formación de especialistas en Odontología; c) Desarrollar las especialidades de forma integral científica y humanista del cirujano dentista, promoviendo el perfeccionamiento continuo de sus conocimientos, destrezas y actitudes; d) Promover que el cirujano dentista residente desarrolle una disposición de compromiso con la comunidad y respeto a la dignidad de la persona humana; e) Desarrollar actividades de Docencia, Servicio e Investigación en los servicios de salud, incluidas las Clínicas Docentes Asistenciales Universitarias.

Comité Nacional de Pregrado en Salud - CONAPRES

El Comité Nacional de Pregrado de Salud, CONAPRES, es creado por Decreto Supremo N° 021-2005-SA como la máxima instancia del Sistema Nacional

Tabla 4. Médicos Especialistas contratados modalidad CAS por Región.

Región	Anatomía patológica	Anestesiología	Cardiología	Cirugía General	Endocrinología	Gastroenterología	Geriatría	Gineco-Obstetricia	Enfermed. Infecc. y Trop.	Med. Fam. y Comunitaria	Med. de Emerg. y Desast.	Medicina Intensiva	Medicina Interna	Neurología	Oftalmología	Ortopedia y Traumat.	Otorrinolaringología	Patología Clínica	Pediatría	Psiquiatría	Urología	Total general	
Amazonas				1									1					1	2				5
Apurímac		1				1	1			4			1		1					1			10
Ayacucho		2	1	1	1			1		2			3	1								1	13
Cajamarca	1	1		1															1				4
Cusco		2																					2
Huancavelica	1		1										1							1			4
Ica		2		2				2											1				7
Junín		1		2									1							2			6
La Libertad		2		3				1													1		7
Lambayeque		1						1	1	3			2				1						9
Loreto		3						1															4
Madre de Dios		1																					1
Moquegua				1												1							2
Pasco		2		2				2												1			7
Piura		1						2	1														4
Puno		2		1				1				1	1										6
San Martín		1		2					1						1								5
Total	1	23	1	17	1	1	1	11	0	9	3	1	10	1	2	1	1	1	1	8	2	1	96

de Articulación en Docencia – Servicio e investigación de Pregrado de Salud, SINAPRES. Se encarga de coordinar y regular el SINAPRES para el logro de sus objetivos. Tiene por funciones, entre otras, asumir la responsabilidad por el seguimiento, supervisión y evaluación del Sistema, en coordinación con los Comités Regionales de Pregrado de Salud. El CONAPRES es presidido en forma alternada, durante un año, por: a) El Jefe del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos; actualmente es la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Decreto Supremo N° 011-2008-SA; y, b) El Presidente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM). El Presidente cuenta con voto dirimente.

Entre otras actividades realizadas: brindar conformidad con opinión favorable a Convenios Específicos; conformación de Comités Regionales de Pregrado de Salud COREPRES y Subcomités de Sede Docentes; funcionamiento de las Comisiones Permanentes del CONAPRES (Planificación, Ética y Deontología, Monitoreo, Supervisión y Evaluación y Acreditación de Sedes Docentes). Actividades pendientes: Presentación de la propuesta de estándares para la acreditación de Hospitales como Sedes Docentes; Elaborar propuesta de Directiva Administrativa de Convenios y Documento Normativo que regule y planifique las plazas de invernado en ciencias de la salud.

Competencias del personal de salud

A nivel país se tiene el marco normativo regulada por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) del país, cumpliendo con una de sus funciones de planificar y formular las políticas nacionales del Sistema de Recursos Humanos. Ha incorporado el enfoque de competencias en los sub sistemas de selección, capacitación y evaluación del desempeño. Los Lineamientos de Política Nacional de Recursos Humanos aprobados por el Consejo Nacional de Salud (CNS) en setiembre del 2005 y por RM 1007-2005 del 30 de diciembre del 2005, hacen referencia explícita al

tema de competencias ⁽³³⁾. En el Lineamiento N° 6 se señala el “Impulso de un nuevo marco normativo laboral integral que considere el ingreso en base a perfiles ocupacionales por competencias y que aplique la promoción en la carrera pública, los beneficios e incentivos laborales teniendo en cuenta el mérito y criterios de justicia y equidad”. El Plan Nacional Concertado de Salud aprobado en julio del 2007 también incorporó el tema de competencias.

El sexto lineamiento del Plan en relación con el desarrollo de los recursos humanos presenta el objetivo estratégico de “Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población”. Dentro de las metas del Plan para el año 2011 se consideró “La implementación en las regiones del modelo de gestión por competencias.

Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional

Mediante Resolución Ministerial N° 251-2014/MINSA se aprobó la Guía de Identificación, Estandarización y Elaboración de Instrumentos para la Evaluación de Competencias con el Enfoque Funcional, cuyo objetivo es el de establecer el proceso metodológico para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional ⁽³³⁾.

Evaluación de Competencias en Infecciones Respiratorias Agudas IRAS, en los médicos cirujanos

Se han evaluado a 109 Médicos del Primer Nivel de Atención con competencias en Atención de IRAS, de los ámbitos de la DISA Lima Este, DIRESA Puno, DIRESA Loreto, logrando mejorar el desempeño en la atención de IRAS en niños menores de 5 años; esta experiencia incluye:

- 109 Médicos Evaluados (Lima Este 29, DIRESA Puno 67, DIRESA Loreto 13);
- 8 Centros Operadores Acreditados para la Atención de IRAS: DIRESA Puno (C.S Vallecito, C.S José Antonio Encinas, C.S Revolución, C.S Santa Adriana) DIRESA Loreto (C.S San Juan de Miraflores, C.S Moronacocha) DISA Lima Este (C.S Nochetto, C.S Caja de Agua);
- 6 Médicos Evaluadores de Competencias.

Esta es la primera experiencia realizada por el MINSA respecto al proceso de evaluación de competencias con fines de certificación en personal de salud del primer nivel de atención que incide positivamente en la calidad de la atención y, consecuentemente, contribuye a la reducción de los índices de morbi-mortalidad por este daño.

Selección, formación y dotación de gerentes de servicios de salud

Para el fortalecimiento de la gestión hospitalaria, la Autoridad del Servicio Civil SERVIR realizó la convocatoria al proceso de selección y formación de los Gerentes de Servicios de Salud que se ejecutó durante el período del 28 de octubre al 21 de diciembre de 2012, buscando cubrir las vacantes al cargo de Gerentes de Servicios de Salud para Hospitales públicos regionales, y al cargo de Gerentes de Centros Asistenciales de EsSalud en el ámbito de Lima y Callao en un total de cien (100); luego del lanzamiento de la convocatoria, se registraron un total de 3 786 postulaciones, de las cuales quedaron 77 profesionales seleccionados; de ellos, 65 (84%) corresponden a los Gobiernos Regionales y 12 a EsSalud (16%).

Los seleccionados ingresaron al Primer Programa Breve de Formación a cargo de la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) de SERVIR, con una duración de 03 meses calendarios, los profesionales de la salud seleccionados fueron capacitados en habilidades y competencias, así como

en herramientas de gestión pública que les permite gerenciar y dirigir los servicios de salud a nivel regional.

El MINSA, a través del Equipo de Rendimiento y Competencias de la DGGDRH, contribuyó con el proceso de selección en las siguientes actividades:

- Elaboración del Perfil del Puesto, validado con Expertos en Gestión Hospitalaria y Directores Regionales de Salud y posteriormente en la CIGS;
- Se difundió y se convocó a 3 786 postulantes para 130 plazas (100 MINSA y 30 EsSalud). Finalmente, quedaron seleccionados un total de 77 candidatos (65 para el MINSA y los Gobiernos Regionales) y 12 para EsSalud.
- Se elaboraron instrumentos de evaluación (cuestionario de conocimientos y casos)
- Se conformó el Jurado Evaluador.

Este es un hecho trascendente para el sistema de salud y especialmente en la gestión de recursos humanos que, consecuentemente con la necesidad de modernizar la gestión hospitalaria, promueve que los Hospitales del país cuenten con los profesionales más competentes seleccionados a través de un proceso técnicamente riguroso, transparente y objetivo a través de SERVIR, siendo incorporados por primera vez al Cuerpo de Gerentes Públicos, lo cual redundará en servicios de salud más eficientes, eficaces y de calidad, con impacto positivo en la salud de la población.

720 Profesionales de la Salud de los niveles regionales se formaron en el Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud y en el Diplomado de Gestión de la Información de las Intervenciones Sanitarias (DGIS)

El Ministerio de Salud y la Universidad Central POMPEU FABRA de Barcelona desarrollaron el Programa de Es-

pecialización en Gobierno y Gerencia en Salud, en el que se capacitaron 360 Profesionales de la Salud de Amazonas, Apurímac I, Andahuaylas, Cajamarca, Ayacucho, Huancavelica, Cusco, Puno, Huánuco y Ucayali. Asimismo, 360 profesionales de la salud se capacitaron en el Diplomado de Gestión de la Información de las Intervenciones Sanitarias (DGIS), de Amazonas, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Puno y Ucayali.

Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM

Mediante la RM 589-2009/MINSA, se conforma la Comisión Sectorial encargada de diseñar y gestionar la implementación de un Programa de Formación en Salud Familiar para los profesionales de la salud del primer nivel de atención en las Direcciones de Salud de Lima-Este, Lima-Sur, Lima-Ciudad y otras. La misma estuvo conformada por los representantes de las siguientes Direcciones Generales del Ministerios de Salud: Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, quien la presidirá, Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección General de Promoción de la Salud. En su artículo 2º, establece que la Comisión Sectorial para el cumplimiento de sus funciones coordinará con los representantes de las siguientes instituciones: Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeros del Perú, Colegio de Obstetras del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería y Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia.

Desde enero de 2009 a abril de 2011, la Comisión Sectorial convocó a un conjunto de actores claves del campo de Recursos Humanos del país, además de las señaladas en la RM precitada, a otras instituciones como la Asamblea Nacional del Rectores, el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Peruana Cayetano Heredia del Perú, Universidad

San Luis Gonzaga de Ica, Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud, con la finalidad de construir de manera participativa y consensuada. Producto del mismo, se formuló el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de Salud y la Embajada de Italia en Perú. El público objetivo está constituido por los equipos básicos de salud (EBS) compuestos por profesionales de la salud de medicina, enfermería, obstetricia y técnicos de enfermería del primer nivel de atención. Eventualmente, en relación a necesidades específicas, se podrá incluir a otros profesionales de la salud.

El PROFAM tiene 3 etapas de formación:

- Fase 1: Diplomatura de Atención Integral con enfoque en Salud Familiar dirigido al EBS: médicos, enfermeros, obstetras y técnicos de enfermería D-PROFAM
- Fase 2: Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria dirigido a enfermeros y obstetras.
- Fase 3: Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria dirigido a médicos.

Diplomatura de Atención Integral en el Marco de la Atención Primaria De Salud (D-PROFAM)

El D-PROFAM, tiene como objetivo general el Fortalecimiento y desarrollo de capacidades del personal de salud del primer nivel de atención para la atención integral e integrada de la persona, la familia y la comunidad; el Plan Curricular está integrado por los siguientes módulos:

- Módulo I: Características de la población y sus determinantes económicos, culturales y sociales
- Módulo II: Participación social y comunitaria
- Módulo III: Organización y Gestión de los Servicios para el Trabajo Intramural y Extramural

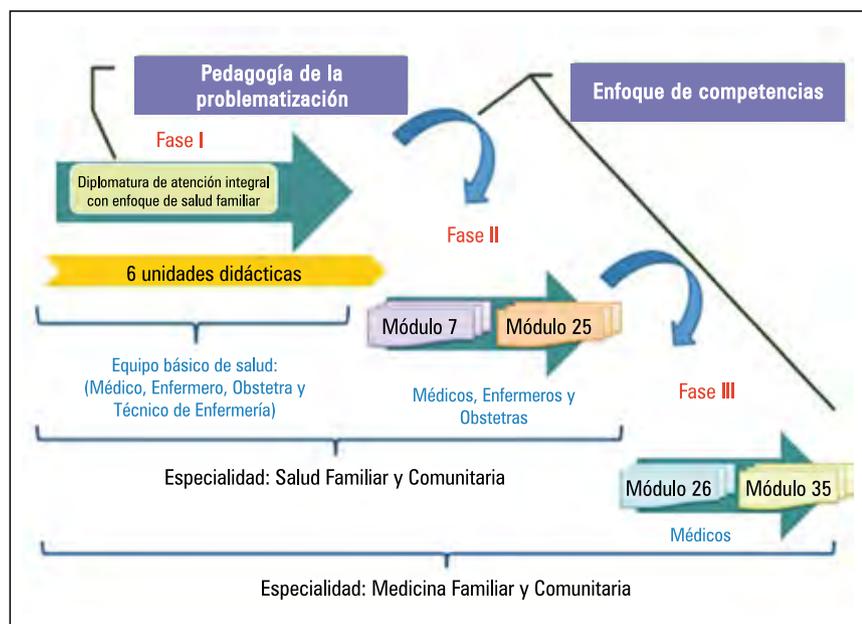


Figura 3. Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.

- Módulo IV: Atención Integral de Salud a la Familia
- Módulo V: Atención Integral de Salud a la Persona I y II.

El D-PROFAM, tiene una duración de 08 meses y cada módulo por un período de 4 de 5 semanas y 1 de 10 semanas y 24 créditos.

La DGGDRH ha iniciado la ejecución del D-PROFAM, con una meta de 50 000 trabajadores nombrados (profesionales y técnicos/auxiliares) en un período de 05 años y a los que se les dará una entrega económica por intervenciones en atención primaria. La DGGDRH ha incluido en la capacitación al personal contratado en las Micro Redes seleccionadas.

En el mes de abril se incorporaron 43 profesionales de la salud Cubanos en el marco del memorándum de entendimiento entre MINSAL y MINSAP, de los cuales 25 recibieron una inducción de dos meses para que desarrollen la función de tutores en los ámbitos Regionales. Estos asesores fueron asignados a las Regiones que solicitaron asistencia técnica de estos profesionales.

Observatorio de Recursos Humanos – Información de Recursos Humanos- INFORHUS

Asimismo, en el Decreto Legislativo N° 1153, en su Décima Primera Disposición Complementaria Final, crea el “Registro Nacional del Personal de la Salud, a cargo del Ministerio de la Salud con el objeto de contar con información detallada y actualizada de los recursos humanos”. Este instrumento es parte del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, que es una instancia interinstitucional que tiene como propósito generar y compartir información para la toma de decisiones y formulación de políticas en materia de RHUS. Son integrantes del ORHUS: el Ministerio de Salud, OPS, Seguro Social, Asociaciones de Facultades de Salud, Colegios Profesionales, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, SUNASA y la Asociación de Clínicas Privadas.

El ORHUS está encargado de Identificar y medir Indicadores sobre el campo de RHUS y Generar evidencias, estudios e investigaciones en el campo del trabajo y educación en salud. Tiene información de recursos humanos ac-

tualizada del sector salud y la ha difundido mediante publicaciones, boletines electrónicos y mediante aplicativos informáticos.

Fortalecimiento de Capacidades para las Especialidades vinculadas a Pediatría y Oncología

El “Convenio N° 352 de Colaboración Interinstitucional para la Implementación de Becas entre el MINEDU y MINSAL”, firmado el 13 de agosto del 2013 y el “Convenio Específico N° 037 de Cooperación Interinstitucional para la Implementación de Becas entre el MINEDU y MINSAL”, para el año 2014, firmado el 14 abril del 2014; establece como objetivo el Fortalecimiento de capacidades para las especialidades vinculadas a pediatría y oncología: anestesia, analgesia y reanimación, anestesiología, cardiología, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica y cardiovascular en pediatría, cuidado materno infantil en neonatología, cuidados cardiovasculares, cuidados intensivos, cuidados intensivos neonatales, enfermería en cuidados intensivos, enfermería pediátrica, hematología, neurocirugía, radiología, ginecología oncológica, enfermería pediátrica, hematología, neurocirugía, radiología, ginecología oncológica, oncología médica, mamas, urología oncológica, radioterapia, radiodiagnóstico, patología oncológica, medicina nuclear, pediatría oncológica, enfermería oncológica, cirugía oncoplástica, trasplante de progenitores hematopoyéticos, endoscopia terapéutica, cirugía urológica, cirugía de mama, cirugía de cabeza y cuello, radiología pediátrica, quemados, perfusión en cirugía cardiovascular, radiología oncológica, neuroradiología oncológica, oncología médica, electromedicina e ingeniería clínica, laboratorio de histocompatibilidad y crío-oncología, ingeniería de tejidos, medicina oncológica y radioterapia.

Asimismo, el fortalecimiento de capacidades para los profesionales vinculados a procesos de gestión del equipamiento (tecnología y gestión del equipamiento, técnicas de operación y

Tabla 5. Beneficiarios para la I Etapa 2014.

Institución	Número de becarios	Sedes docentes	
		Idioma Castellano	Idioma Extranjero
INEN	68	España (16)	EEUU (10)
IREN SUR	06	México (12)	Brasil (13)
IREN NORTE	06	Chile (15) Argentina (14)	
INSNSB	80	Chile (8) España (21) Argentina (25) Colombia (12)	Italia (2) Inglaterra (2) EEUU (8) Brasil (2)
DGIEM	40	México (10) Argentina (10) España (7)	Brasil (10) Italia (3)

funcionamiento, protocolos de funcionamiento, mantenimiento previo, ecoeficiencia, seguridad), mantenimiento (innovación tecnológica, pre instalación de equipos, suministros, sistemas tecnológicos) e infraestructura (diseño arquitectónico, diseño estructural, instalaciones, información y data).

Los beneficiarios para la I Etapa 2014 son 200 becarios, con un presupuesto de S/. 8 409 000 nuevos soles (tabla 5).

La salida de los becarios aptos será a partir del mes de septiembre, de acuerdo a las cartas de aceptación de las sedes docentes de cada instancia participantes (INEN, INSNSB, DGIEM).

Los beneficiarios Para la II Etapa 2015: 300 becarios, a partir del 2015, con un promedio de presupuesto por becario de S/. 42 000, total S/. 12 600 000. Se propone la incorporación de profesionales de otros Institutos especializados, Hospitales Nacionales y Regionales.

Sedes de Pasantías

- 100% a nivel internacional en los países suscritos en el cuadro adjunto, que pueden ser modificados de acuerdo a aceptación de plazas de las sedes docentes internacionales.
- Consolidado de pasantes por países priorizados por su calidad de aten-

ción especializada en oncología, pediatría y equipamiento e infraestructura:

- España : 44
- México : 22
- Chile : 23
- Argentina : 49
- Colombia : 12
- EE UU : 18
- Brasil : 25
- Italia : 05
- Inglaterra : 02

Escuela Nacional de Salud Pública

La Ley de Organización y Funciones del MINSA, aprobado con el Decreto Legislativo N° 1161, determina y regula el ámbito de competencias, las funciones y la estructura orgánica básica del MINSA, así como sus relaciones de articulación y coordinación con otras entidades ⁽²⁴⁾. Es así, que en la Disposición Complementaria Final Cuarta se establece la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP, responsable de proponer y generar políticas en materia de formación de recursos humanos en salud, con autonomía académica, económica y administrativa.

Desde su creación en 1964 con el D.S. N° 35/64-DGS, se crea la Escuela de Salud Pública del Perú como un

“Centro de Enseñanza a nivel superior y de categoría universitaria”, cambiando su denominación de ENSAP a Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH en el 2002, asumiendo funciones como un Organismo Público Descentralizado, aprobado por Ley N° 27657. Luego, en el 2007 se fusiona al MINSA, aprobado por el D.S. N° 003-2007/SA, y en el 2011 se crea la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos aprobado por D.S. N° 011; y actualmente por D. Leg. N° 1161 se decreta la Reactivación de la ENSAP.

El Ministerio de Salud tiene un rol de liderazgo en el Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos de la Unión Suramericana de Naciones – UNASUR SALUD (GT RHUS UNASUR SALUD)

El Ministerio de Salud del Perú, a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en su rol de Coordinador Titular del Grupo Técnico de Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos en Salud de UNASUR Salud, organizó la II y III Reunión del GT RHUS UNASUR Salud, en la ciudad de Lima, en el año 2010 y 2012. Participaron representantes de los 12 países del UNASUR -Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela- y los representantes de las Redes Estructurantes -Red de Institutos Nacionales de Salud, Red de Técnicos en Salud, Red de Escuelas Nacionales de Salud Pública, Red de Institutos Nacionales del Cáncer, Red de Gestión de Riesgos y Desastres, Instituto Suramericano de Gobernanza en Salud-, así como representantes de OPS, ORAS-CONHU y del Ministerio de Salud del Brasil.

Los productos que se lograron por el Grupo Técnico de Recursos Humanos han sido: Recomendaciones al CSS para la creación del ISAGS ⁽³⁴⁾ y de las Redes Estructurantes; Implementación de la Agenda Convergente (GT RHUS, ORAS – CONHU y OPS/OMS).

Cooperación Sur Sur

La DGGDRH, en el campo de los recursos humanos, está implementando la estrategia de Cooperación Sur Sur hacia los países hermanos de la Región. Se ha tenido sesiones elluminate con los siguientes países: Colombia en el tema del residentado médico, Ecuador, Costa Rica y la nueva gestión de Chile, en el tema de implementación de las políticas de recursos humanos. Asimismo, se ha recibido una delegación de expertos en RRHH provenientes de los países de Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela, del 30 de junio al 04 de julio, en la pasantía internacional Experiencia del Perú en el Abordaje de Las Brechas de Recursos Humanos en Salud: Retos para la Dotación Estratégica, la cual tuvo como objetivo Socializar la experiencia del Ministerio de Salud de Perú en la planificación estratégica de RHUS, así como intercambiar las experiencias de desarrollo de estrategias e instrumentos para abordar el déficit y la inequidad en la distribución del personal de salud, entre los responsables de planificación de RHUS de los Ministerios de Salud.

El equipo técnico de la DGGDRH-MINSA indicó que los especialistas en RRHH participaron en el desarrollo de tres líneas estrategias en el campo de los recursos humanos: A – Gestión Estratégica de la Información de los RHUS, B – Metodología de Cálculo de Brechas de RHUS y, C - Estrategias de Dotación de RHUS.

Producto de las sesiones se consensuaron los siguientes acuerdos: Integrar las metodologías de cálculo de brechas RHUS en los sistemas informáticos de los Ministerios de salud, Definir y estandarizar indicadores subregionales de ajuste sobre ruralidad, dispersión y condición económica, así como establecer variables e indicadores para los ejercicios de planificación RHUS en la sub – región.

Al finalizar la pasantía los participantes mostraron su satisfacción y manifestaron su agradecimiento al Ministerio de Salud del Perú.

Propuesta de Reforma en la Formación de Pregrado y Posgrado

Propuesta de Regulación de la Formación Pregrado:

En los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud se establece en la propuesta de mandato de Política 2.5.- “La Regulación de la formación de pregrado de recursos humanos en salud para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población” ⁽¹⁾. Entre otros, el MINSA propondrá que el Poder Ejecutivo promueva la aprobación de una Ley que regule la formación de pregrado de recursos humanos en salud, para adecuar la oferta de RRHH a las necesidades de salud del país; asimismo, implementará un Registro de las instituciones formadoras creadas y acreditadas, así como de las sedes docentes acreditadas; campos clínicos; alumnos matriculados, alumnos egresados y docentes por institución formadora y sede docente, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA.

Implementar el Sistema de Seguimiento y Evaluación del cumplimiento de las normas que regulan la formación de pregrado de los RRHH en salud, así como del cumplimiento de los convenios de cooperación docente asistencial, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA, para asegurar que la acreditación y la formación estén orientadas a la APS y a las necesidades de salud de la población.

Se deberá definir con la instancia coordinadora de las universidades los requerimientos cuantitativos de formación de recursos humanos en salud y definir las competencias críticas en Atención Primaria de Salud que serán incorporadas en los currículos de formación y constituirán un requisito en el proceso de Acreditación; así mismo, coordinar para establecer una distribución adecuada entre las universidades públicas y privadas.

Regulación de la Formación Posgrado:

En los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud se establece

en la propuesta de mandato de Política 2.6.- “La Regulación de la formación de posgrado de los recursos humanos en salud para adecuar la oferta de recursos humanos a las necesidades de salud del país”, entre otros, el MINSA propondrá que el Poder Ejecutivo promueva la aprobación de una Ley regule la formación de posgrado de todas las profesiones de las ciencias de la salud, para adecuar la oferta de RRHH a las necesidades de salud del país; deberá implementar un sistema de registro y seguimiento de profesionales especialistas, que estará a cargo de la dependencia especializada del MINSA.

En el marco del nuevo sistema nacional de residentado médico, el MINSA deberá promover la conformación de los Concejos Macro Regionales de Residentado Médico – COMACRO-REME para asegurar la adecuada ponderación y distribución de especialistas en el territorio nacional; los gobiernos regionales y el sub sector privado financiarán las plazas de segunda especialización en el marco normativo del nuevo Sistema Nacional de formación de Segunda Especialización.

Sistema Nacional de Garantía de la Calidad:

En la propuesta de mandato de Política 2.6.- “Implementación del sistema nacional de garantía de calidad en los establecimientos públicos y privados del sector” ⁽¹⁾, entre otros, el MINSA diseñará una política integral de recursos humanos, que involucra no solamente aspectos remunerativos sino también de incentivos no monetarios vinculados a la mejora del desempeño organizacional; incorporará en las intervenciones de mejora de la calidad un componente de adecuación cultural de los servicios públicos y el desarrollo de competencias en el personal de salud para este fin.

Desafíos

- Culminar la implementación del Decreto Legislativo 1153.

- Implementar los mandatos 2.5 y 2.6 establecidos en los Lineamientos y Medidas de la Reforma del Sector Salud.
- Reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública.
- Propuesta de Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico.
- Aprobación del Reglamento del Residentado Odontológico.
- Aprobación del Residentado del Químico Farmacéutico y su Reglamento.
- Implementación de la segunda y tercera fase del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria.
- Ejecutar el Diplomado en Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario a una PEA de 50 000 personas al 2018.
- Nuevo Programa Nacional de Pregrado en Salud-PRONAPRES.
- Aprobación del Anteproyecto de Ley de Carrera Pública Sanitaria en el Perú.
- Aprobación del Proyecto de Modificación del Reglamento de la Ley de SERUMS propuesto por el Ministerio de Salud.
- Desarrollo de plataforma virtual de seguimiento, supervisión y monitoreo al Programa SERUMS.
- Creación de nuevas sedes docentes de Residentado Médico: Huánuco, Ucayali y Lima Región.
- Servicio Civil de Atención Especializada en Salud al término de la formación.
- El 100% de gerentes de servicios de salud asignados a los hospitales públicos regionales.
- Incremento anual de 500 plazas para la formación de médicos especialistas en la modalidad libre e incremento de 300 plazas en la modalidad cautiva.
- Incremento anual de 1 000 plazas para el Programa SERUMS.
- Incremento de 1 000 vacantes para el internado de las profesiones de las ciencias de la salud.
- Cerrar las brechas del déficit de Médicos Especialistas a nivel nacional.
- Nombramiento gradual de personal de salud, priorizando las zonas más alejadas del país.
- Propuesta de Documento Técnico “Competencias Específicas para el Personal de Salud del Primer Nivel de Atención” elaborado.
- Propuesta Técnica del Perfil de Competencias del Médico Cirujano, Enfermero(a), Obstetra y Técnico(a) de enfermería.

CONCLUSIONES

Los recursos humanos son las personas claves para construir e implementar el sistema nacional de salud orientado hacia la atención primaria de salud y a reconocer el derecho a la salud para todos. En la presente gestión ministerial estamos fortaleciendo la gestión de los recursos humanos, destacando importantes áreas en las que se ha avanzado:

- En los últimos años el sector salud ha incrementado la disponibilidad de médicos, enfermeras y obstetras principalmente en el primer nivel de atención, a través de diferentes estrategias, como el aumento de plazas por el Servicio Urbano Marginal en Salud – SERUMS y contratación de profesionales de la salud por presupuesto por Resultados.
- El Ministerio de Salud está implementando en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado; con la finalidad de mejorar los mecanismos de reclutamiento, retención y permanencia de los RHUS en los establecimientos de salud, especialmente en zonas

alejadas o de frontera y zonas de emergencias. Asimismo, podemos expresar que se está avanzado en la reducción del empleo precario de la fuerza de trabajo en salud.

- Se ha logrado contar con metodologías de estimación de brechas de recursos humanos para el I, II y III nivel de atención, que está siendo utilizada para conocer la disponibilidad de los RHUS, determinación de brechas para implementar estrategias de dotación con personal competente en los lugares adecuados, priorizar zonas de pobreza y riesgo social, que permitan alcanzar la universalidad de la prestación de la atención de salud; así como para establecer las compensaciones y entregas económicas al personal al servicio del Estado.
- La DGGDRH, a través del Observatorio de RHUS, está mejorando los procesos de recolección de datos de RHUS, mediante el sistema nacional de información de recursos humanos INFORHUS. Asimismo, se está fortaleciendo los procesos de planificación estratégica de los RHUS.
- El Ministerio de Salud está implementado el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria D-PROFAM, dirigida a los equipos básicos de salud, con la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención orientado al desarrollo de capacidades en atención primaria de salud y llevar adelante la implementación de las reformas sanitarias. En el 2013 en el marco de la reforma del sector salud se aplicará este programa por fases a los equipos básicos de salud del primer nivel de atención. Se tiene una meta de 50 000 personas a capacitar en el D-PROFAM, al 2018.
- El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud está fortaleciendo su rol rector en el campo de los recursos humanos en salud en los espacios de articulación con las diferentes instituciones

que conforman el sector salud y el sector educación, CONAREME, CONAPRES.

- La Autoridad Civil SERVIR, en coordinación con el MINSA, ha diseñado perfiles de competencias para los gerentes de servicios de salud y capacita profesionales para ocupar cargos de directores de hospitales, profesionalizándose la conducción de los servicios de salud, para lograr mayor eficiencia en la gestión.
- Fortalecimiento del Programa del Servicio Rural Urbano Marginal en Salud SERUMS, vinculado a la política de salud y evaluarlo con los indicadores sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Reforma del Sector Salud: Lineamientos y medidas de la Reforma, Consejo Nacional de Salud. Consejo Nacional de Salud. Lima, julio 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. 1ra edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
3. Organización Panamericana de la Salud. (2005). Dotación de recursos humanos en salud. Nuevas perspectivas de análisis. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, D.C.
4. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the crisis. 1ra edición. Washington D.C.: Harvard University; 2004.
5. Schweiger A, Álvarez T. Integración regional, necesidades de salud de la población y dotación de recursos humanos en sistemas y servicios de salud: aproximación al concepto de estimación de brecha. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23 Sup 2:S202-S213.
6. Resolución Ministerial 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". Ministerio de Salud, Perú, 16 de julio de 2011.
7. Zevallos L, Balabarca O, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Necesidad de médicos especialistas en establecimientos de salud del sector salud, Perú 2010. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
8. Arroyo J, Hertz J, Lau M. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
9. Resolución Ministerial 626-2008/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa 142-MINSA/OGGRH-V.01 "Normas y Procedimientos para el Proceso de Evaluación del Desempeño y Conducta Laboral". Ministerio de Salud, Perú, 11 de setiembre de 2008.
10. Decreto Supremo 011-2008-SA. Modifica el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA para crear la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.
11. Asamblea Nacional de Rectores. Directorio Universitario 2012. 1ra edición. Lima: Asamblea Nacional de Rectores; 2012.
12. Decreto Supremo 021-2005-SA, que crea al Comité Nacional de Pregrado de Salud, CONAPRES.
13. Ministerio de Salud Perú. Guía Técnica "Operativización del Modelo de Atención Integral en Salud". Lima 2006.
14. Arroyo J, Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud. Gobernabilidad y desempeño en desarrollo humano. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
15. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: Brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Rev Per Med Exp Salud Publica*. 2011;28(2):177-85.
16. Pardo K, Andía M, Rodríguez A, Observatorio Nacional de Recurso Humanos en Salud. Análisis de remuneraciones, honorarios, bonificaciones e incentivos en MINSA y EsSalud 2009. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
17. Decreto Legislativo 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. Congreso de la Republica, Perú, 24 de marzo de 1984.
18. Decreto Supremo 005-90-PCM, Reglamento de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones. Presidencia del Consejo de Ministros, Perú, 18 de enero de 1990.
19. García H, Chilca M, Perez W. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del Sector Salud, Perú-2013. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
20. Resolución Ministerial 176-2014/MINSA, Aprobar la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud, para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.
21. García H, Cuzco M, Peralta F. Guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención. 1ra edición. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
22. Nuñez M, Cuzco M, Peralta F. Guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención. 1ra edición. Lima: Ministerio de salud; 2014.
23. Resolución Ministerial 1007-2005/MINSA que aprueba el Documento Normativo "Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud". Ministerio de Salud, Perú, 30 de diciembre de 2005.
24. Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
25. Decreto Legislativo 1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud.
26. Decreto Legislativo 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
27. Decreto Supremo 223-2013-EF, que aprueba los montos de la valorización principal, y priorizada por APS y AE y la bonificación por guardias hospitalarias para los profesionales de la salud a que se refiere el Decreto Legislativo 1153.
28. Decreto Supremo 013-2013-SA, que aprueba el perfil para la percepción de la valorización priorizada por APS para el personal de la salud técnico y auxiliar asistencial.
29. Decreto Supremo 102-3014-EF, que autoriza transferencias de partidas para APS, Atención Especializada y Servicios de Guardias.
30. Decreto Supremo 01-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud.
31. Resolución Suprema 002-2006-SA, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico.
32. Decreto Supremo 008-88-SA; que aprueba las Normas Básicas del Sistema Nacional de Residentado Médico.
33. Resolución Directoral 002-2011-EF/63.01, que aprueba las Guías Metodológicas para Proyectos de Inversión Pública y el Anexo SNIP 25 de la Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública. Ministerio de Economía y Finanzas, Perú, 23 de junio de 2011.
34. Decreto Legislativo 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Conflictos de interés:

Hernán E. García Cabrera participó de la elaboración del D. Leg. 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado Peruano. Pedro Díaz Urteaga, Donatila Ávila Chávez, María Z. Cuzco Ruiz participaron de la elaboración de las normas que hacen posible la implementación del D. Leg. 1153.

Correspondencia:

Dr. Pedro Díaz Urteaga
Correo electrónico: pdiaz@minsa.gob.pe