



Foro de la
Sociedad Civil
en Salud

Derecho a la Salud para todas y todos los peruanos

Documento TÉCNICO y
GUÍA DE INCIDENCIA
para el Desarrollo de Políticas
con RECURSOS HUMANOS
competentes y comprometidos

www.forosalud.org.pe

DERECHO A LA SALUD PARA TODAS Y TODOS LOS PERUANOS

Documento TÉCNICO y
GUÍA DE INCIDENCIA para el
Desarrollo de Políticas con RECURSOS
HUMANOS competentes y comprometidos

DERECHO A LA SALUD PARA TODAS Y TODOS LOS PERUANOS
Documento Técnico y Guía de Incidencia para el Desarrollo de Políticas con
Recursos Humanos competentes y comprometidos.

© Foro de la Sociedad Civil en Salud - ForoSalud
Av. 6 de agosto 763, Jesús María - Lima - Perú
Telf.: (51-1) 332 4242 / 423 5226
[http:// forosaludnacional@gmail.com](http://forosaludnacional@gmail.com)
www.forosalud.org.pe
Primera edición, 2013
Tiraje: 1,000 unidades

FORMULACIÓN:

Foro de la Sociedad Civil en Salud - ForoSalud

CONSULTOR:

Manuel Núñez Vergara

CON EL APOYO DE LOS PROYECTOS

“Más y Mejores Personas trabajando por la Salud en el Perú”

Conducido por CARE Perú – ForoSalud

Financiado por la Unión Europea

“Sumando fuerzas y voluntades para cerrar las brechas en SSR en el Perú: Mejorando la inversión y la capacidad de respuesta de los servicios de SSR y promoviendo una mayor gobernabilidad en salud”

Conducción: CARE Perú

Financiación: Fondo de Población de las Naciones Unidad - UNFPA

DISEÑO E IMPRESIÓN

Publimagen ABC sac

Calle Collasuyo 125, Lima 28

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2013-13065

CONSEJO DIRECTIVO DE FOROSALUD

Coordinación Nacional

Ariel Frisancho Arroyo / Coordinador Nacional
María Luisa Vásquez Atoche / Coordinadora Nacional Adjunta
Irma Barbaran Pinedo / Coordinadora Nacional Adjunta
César Martín Amaro Suárez / Tesorero
Lleshi Encinas Rojas / Secretaria

Coordinadores/as Macro Regionales

Roy Nogueira Guerra / Macro Región Oriente
Luz Estrada Alarcón / Macro Región Sur
Wilson Guevara Ventura / Macro Región Norte
Elsa Riveros Bujaico / Macro Región Centro
César Ramírez Salinas / Macro Región Lima y Callao

Coordinadores/as Regionales

Amazonas / Clementina Bazán Collantes
Ancash / Sonia Girón Luciano
Ayacucho / Rosa Condori Castillo
Callao / Karina Santana Vera
Cajamarca / Nilda Rojas Vergaray
Cusco / Gladis Rojas Salas
Huancavelica / Doris Zubilete
Huánuco / María Villavicencio Guardia
Junín / Edinson Espíritu Espíritu
La Libertad / Ericka Urdaniga Lezcano
Lambayeque / María Lucía Chanamé de Hernández
Lima / Julián Esquía Alcázar
Loreto / Eva Lucía Matute Panaifo
Moquegua / Juan Huatta Parillo
Pasco / Nelly Hilario Porras

Piura / María Córdoba Granda
Puno / Modesto Cutipa
San Martín / Simy Cohen Grandez
Tacna / Luzmila Roque Mamaní
Tumbes / Víctor Herrera Sunción
Ucayali / Ilter Paredes Paredes

Representantes individuales

Nilda Satalaya Pashanase / Macro Región Oriente
Yris Silva Orbegozo / Macro Región Oriente
María Elena Guillén Núñez / Macro Región Sur
Eva Flores Apaza / Macro Región Sur
Julia Alvarado Salazar / Macro Región Centro
Jessenia Quintanilla Calderón / Macro Región Centro
Lidia Saavedra Calderón / Macro Región Norte
Juan Díaz Callirgos / Macro Región Norte
Marco Alegre Romero / Macro Región Lima y Callao
Carlos García Zavaleta / Macro Región Lima y Callao
Mario Ríos Barrientos / Past Coordinador Nacional

“Trabajo decente en el sector salud con cobertura frente a accidentes, enfermedades y riesgos como base de una carrera pública sanitaria contemplando remuneraciones justas, generando incentivos y reconocimientos al esfuerzo, con evaluación y monitoreo para el desarrollo de capacidades, permitiendo fortalecer y ampliar la cobertura, particularmente en las zonas más pobres del país. Desde la función rectora trabajar en conjunto con las entidades formadoras y certificadoras de las competencias de trabajadores de la salud”

PRONUNCIAMIENTO DE FOROSALUD

15 de Mayo de 2011

Salud: Prioridad Nacional

La Agenda de Salud no debe ser
dejada de lado una vez más

Índice

PRESENTACIÓN	9
¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS?	11
1. ¿Es importante el personal de salud?	11
2. ¿Quiénes son los Recursos Humanos en Salud?	12
3. ¿Cuáles son los principales problemas existentes en el campo de los Recursos Humanos	13
3.1. Problemas relacionados con la rectoría	14
3.2. Problemas relacionados con el trabajo.....	18
a) Recursos Ordinarios	20
b) Presupuesto por Resultados	20
c) Seguro Integral de Salud (SIS)	21
d) Proyectos Internacionales - EUROPAN.....	21
e) Trabajo Decente en Salud y Carrera Sanitaria.....	22
3.3. Problemas relacionados con las competencias de los Recursos Humanos	23
¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO DESDE EL ESTADO?.....	25
1. Rectoría	25
2. Trabajo	27
3. Desarrollo de capacidades	297
ACCIONES A DESARROLLAR DESDE LA SOCIEDAD CIVIL.....	29
1. Políticas regionales en el campo de los Recursos Humanos.....	29
2. Desprecarizar el empleo en salud	30
3. Desarrollar capacidades del personal en salud	31
GUÍA DE INCIDENCIA DESDE LA SOCIEDAD CIVIL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	33
PRESENTACIÓN.....	34
Política pública	35
Problemas centrales a enfrentar	36
Ordenando los problemas: ¿Cómo organizar las propuestas?	37
Flujograma para la incidencia en política regional: Una propuesta	38
Fase I: Sensibilización y socialización.....	38
Fase II: Despliegue del proceso	39
¿Cuáles son los principios orientados de la política en Recursos Humanos?	40
¿Qué políticas proponer?	43

PRESENTACIÓN

Posiblemente no exista un tema que hoy tenga más vigencia en el campo de la salud, al menos entre los actores relevantes, que aquel referido al personal de salud o a los “recursos humanos”. Y aunque reconocemos que esta denominación de “recursos humanos”, no valora en toda su dimensión el papel que desempeñan, lo real es que se torna urgente el abordar los problemas que existen en este campo, no solo por el justo pedido de los trabajadores, sino porque avanzar en la solución de éstos, es condición ineludible para construir un sistema de salud justo y solidario, que garantice el derecho a la salud para todos por igual.

Son múltiples los problemas que se afrontan, especialmente en el Perú. Se ha señalado un grave déficit de recursos humanos - de acuerdo a los datos del Ministerio de Salud - en la mayoría de las regiones del país, que se expresa en la incapacidad para brindar atención de calidad y cobertura necesaria, especialmente a las poblaciones que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad. Este déficit se torna crítico en puestos y centros de salud, pero también en hospitales e institutos, y particularmente en aquellas zonas de mayor pobreza, delineando una relación inversa entre necesidades de salud y dotación de recursos humanos. A esto podríamos sumar la precariedad laboral existente, el desfase entre las competencias con que se forman y las que se requieren en los servicios, la ausencia de evaluaciones e incentivos al desempeño y otros problemas.

Desde la perspectiva de la sociedad civil son igual o más importantes problemas como el respeto al usuario/a, en sus creencias, costumbres y cultura, así como su reconocimiento como ciudadano/a, con derechos y responsabilidades, y de la participación ciudadana como un componente esencial de la gestión de salud; sin lo cual, es imposible avanzar de manera efectiva y sostenible en el logro de objetivos sanitarios.

El presente documento se estructura en dos partes: una primera que sintetiza la situación y las perspectivas con respecto a los problemas existentes y una segunda que brinda elementos para pasar a la acción.

Es importante resaltar que los retos y problemas que se presentan en la agenda de recursos humanos se expresan finalmente en la muerte de niños

y madres, en partos no atendidos, en niños desprotegidos por no haber sido vacunados, en enfermedades no controladas, etcétera. Estas representan en última instancia el dolor y sufrimiento concreto sobre todo de las personas pobres y excluidas.

Por todo ello, el presente documento no se constituye en un documento “técnicamente neutro”. Parte de principios y tiene una direccionalidad política, entendiendo “política” como la suma de procesos sociales capaces de sumar voluntades, encontrar los caminos y pasar a la acción. Por lo tanto, está construido para dotar a los actores de la sociedad civil con la información y orientaciones básicas u en un lenguaje sencillo para quienes son necesariamente profesionales de la salud, pero pretenden contribuir de manera significativa ser protagonistas en el proceso de construir la salud en nuestro país, una salud que esté marcada por la equidad, la igualdad en el ejercicio de derechos y la calidad de los servicios. Para lograrlo, el abordaje de los retos de los recursos humanos, desde su perspectiva y derechos, pero también desde la perspectiva y derechos de las personas usuarias y no usuarias de los servicios de salud, se constituye en un desafío fundamental.

Desde el ForoSalud, reconocemos que los retos de las políticas y la gestión del personal de salud no son los únicos existentes. Sin embargo, no será posible avanzar en el logro de objetivos sanitarios, si como país no dignificamos el empleo en salud, dotando de adecuadas condiciones de trabajo y de oportunidades de desarrollo personal y profesional a quienes laboran en salud, pero vinculando y alineando esto al desempeño laboral con el respeto integral del usuario, como parte de un modelo de atención, financiamiento y gestión que armónicamente tengan como finalidad el construir un derecho a la salud para todos los peruanos.

Ariel Frisancho Arroyo
Coordinador Nacional
Foro de la Sociedad Civil en Salud - ForoSalud

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS RECURSOS HUMANOS?

La Salud es un derecho humano inalienable, que forma parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos suscrita por los estados miembros en la Asamblea de las Naciones Unidas en su resolución 217 del 10 de Diciembre de 1948¹. El Perú como país firmante de esta declaración asume el compromiso ético-moral de crear las condiciones políticas, sociales, económicas y legales para garantizar este derecho².

**Salud:
Derecho fundamental**

**Personas
que atienden Personas**

La respuesta que el Estado organiza con el fin de garantizar el derecho a la salud, como también es el caso de la educación, se caracteriza por ser fundamentalmente de **servicios**, es decir como señalaba el lema del Ministerio de Salud, se trata de **personas atendiendo personas**. Estos trabajadores personifican y expresan los valores del sistema de salud: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos³.

En tal sentido, es fundamental la forma y la calidad con que se presta este servicio, por lo cual no es solamente conocimiento lo requerido, sino, y en muchos casos hasta más importante, la actitud, la motivación y la disposición con que se presta este servicio.

1. ¿ES IMPORTANTE EL PERSONAL DE SALUD?

Vivimos épocas con un enorme progreso en el bienestar humano, que converge con grandes avances tecnológicos, incluyendo por ejemplo en salud, el desarrollo de nuevos medicamentos y métodos diagnósticos. Sin embargo estos avances coexisten con privaciones extremas. Más aun, es posible reconocer que en muchos países, particularmente africanos, se está retrocediendo, particularmente en el campo de la salud, como muestran los datos de esperanza de vida al nacer⁴. En otros no logramos avanzar, especialmente en algunas

¹ Art. 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

² MINSA. "Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006, p. 17.

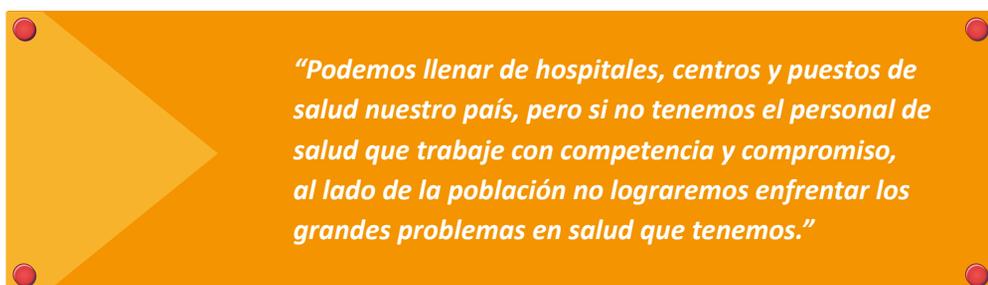
³ Colaboremos en Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Organización Mundial de la Salud.

⁴ *Idem*.

¿Cuál es la Situación Actual de los Recursos Humanos?

regiones del país, a la velocidad que se requiere o esperaría. En este contexto, es reconocido que los recursos humanos⁵ son el elemento esencial de los servicios de salud y un factor clave en los procesos de reforma y transformación sectorial⁶.

Más aun, la clave de toda política social no la constituyen los procedimientos, metodologías y sistemas operativos, sino los recursos humanos capaces de formularlos y ejecutarlos⁷.



Diversos estudios han documentado la importancia del personal de salud en los resultados sanitarios. En la siguiente figura encontramos la relación entre el número de trabajadores (Densidad de Trabajadores Sanitarios)⁸ y la supervivencia de madres y niños.



2. ¿QUIENES SON LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD?

De una u otra manera, todos contribuimos a la salud, y podríamos entender que somos entonces recursos humanos en salud. Sin embargo, y con el fin de operacionalizar las acciones

⁵ Recurso humano puede no dar cuenta exacta de la referencia a un personal, que no es tan solo un mero recurso, sino es protagonista y actor fundamental en la acción sanitaria, es decir piensa, planifica, ejecuta la acción sanitaria. Por convencionalismo emplearemos los términos "recurso humano", "personal de salud" y "trabajador de salud", indistintamente y con esta atingencia.

⁶ Bases para la Orientación de la Gestión Descentralizada de los Recursos Humanos. Ministerio de Salud – Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. 2ª Edición – Lima, p. 11.

⁷ MINSA. "Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006, p. 17

⁸ Densidad de Trabajadores Sanitarios es un indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud que contabiliza el número de médico, enfermeras y obstetrices por 10,000 habitantes.

(lo cual no deja de ser por tanto arbitrario), se considera como personal de salud a los siguientes grupos laborales:

Son 13 las profesiones en ciencias de la salud

Los trabajadores de salud salvan vidas

- **Profesionales de la salud:** que requieren una formación en una universidad entre 5 y 7 años (medicina) para lograr un título profesional. En el Perú se reconoce 13 profesiones de ciencias de la salud: aquellos que han recibido título profesional en medicina, enfermería, obstetricia, tecnología médica, nutrición humana, psicología, farmacia y bioquímica, ingeniería sanitaria, odontología, trabajo social, biología, medicina veterinaria y químicos. Es importante señalar que estos profesionales pueden desarrollar estudios de especialización (o llamados también segunda especialización) que duran dos años para la enfermera (culminando como enfermera en cuidados intensivos, por ejemplo) o generalmente 3 años para el médico (culminando como pediatra u oftalmólogo, por ejemplo)
- **Técnicos en salud:** que requieren 3 años de estudios para alcanzar el título por ejemplo de técnico de enfermería, que son los más numerosos. En algunos documentos se les denomina también “profesionales no universitarios”. Los estudios los realizan en los Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs). Estos institutos públicos y privados dependen del Ministerio de Educación, y a pesar de formar un importante contingente del sector salud, este no tiene prácticamente injerencia.
- **Personal Administrativo:** que incluye a aquel personal que se desempeña en las áreas administrativas y no estrictamente asistenciales; por lo tanto incluye a profesionales que no pertenecen a las 13 carreras antes señaladas (p.e. abogados, economistas, ingenieros, administradores, etc.) o técnicos no asistenciales (técnicos en computación, choferes, guardianes, etc.). Sin embargo, consideremos que este es un esquema, que puede no reflejar siempre exactamente la realidad. Así es posible encontrar profesionales de la salud o técnicos asistenciales, ocupando responsabilidades administrativas.

“Una discusión que aún no ha sido resuelta en este campo de “recursos humanos” es si se debe considerar a los promotores de salud como parte de los equipos de salud, quienes tienen un muy importante papel en el cuidado de la salud.”

3. ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS EXISTENTES EN EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS?

En el año 2005, el Consejo Nacional de Salud⁹ aprobó los *Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud*¹⁰, en el que se hizo un diagnóstico de la situación de los recursos humanos. Los problemas identificados en un campo tan complejo como el de los recursos humanos fueron agrupados en 3 grandes grupos:

⁹ El Consejo Nacional de Salud recibió la propuesta de Lineamientos de su Comité de Recursos Humanos que tiene como denominación exacta el de Comité Nacional de Articulación, Docencia Atención de Salud e Investigación – CONADASI. El documento fue aprobado por el CNS, con la participación de ForoSalud.

¹⁰ Documento que fue refrendado a través de la Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA.



3.1 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RECTORÍA

En gran parte como herencia de los años 90s, el Estado – incluyendo el Ministerio de Salud – abdicó en gran medida de su responsabilidad de conducir los componentes del sistema de salud hacia objetivos nacionales. Más aun en el campo de los recursos humanos, se debilitó de manera sustancial la capacidad de conducción y regulación. Se generó una legislación fragmentada para cada profesión, se estableció la autoregulación profesional (a falta de regulación profesional), se mantuvo y en muchos casos se acentuó la distribución inversa entre recursos humanos y necesidades de salud, profundizando el centralismo y la inequidad; y se contempló inerte como egresaban profesionales de universidades muy pobremente preparados para afrontar los problemas de salud.

En los años siguientes, se trato de revertir esta situación, lo que generó fuertes resistencias de algunos grupos interesados, que apostando por el libre mercado no aceptaban ningún tipo de regulación. Esto llevaría al cierre del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH (antes Escuela Nacional de Salud Pública). Sin embargo en los siguientes años el Estado constituiría el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa - SINEACE, con la finalidad de garantizar la calidad formativa que en varias universidades se veía comprometida. Actualmente este Sistema aun está en construcción.



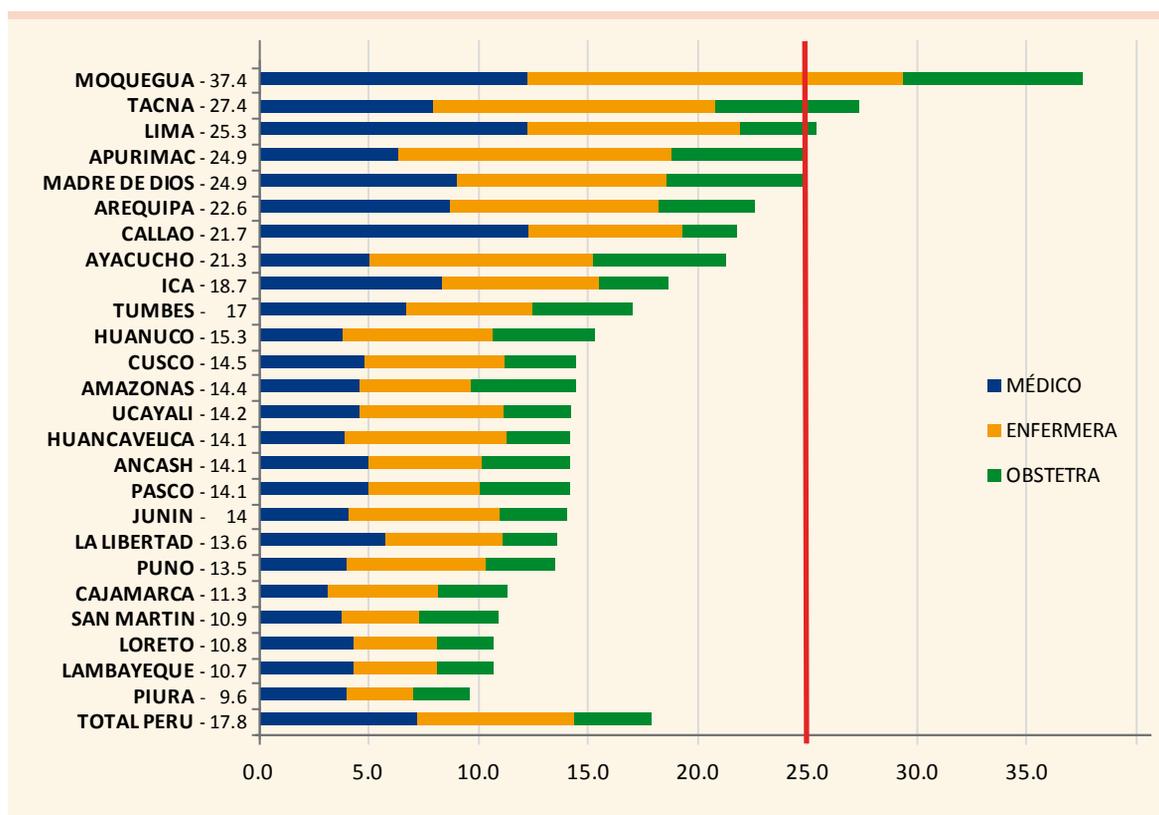
Hace cuatro años, el Ministerio de Salud formaría la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos (DGRH), sobre los “restos” del IDREH, con el mandato de estructurar políticas y estrategias con alcance nacional y sectorial (Ministerio de Salud, EsSalud, instituciones formadoras, etc.) en el campo de los recursos humanos. Sin embargo, aun cuando se ha logrado avanzar, el proceso no ha sido sencillo, más aun en un escenario en el que el Estado usualmente ha servido a grupos de interés y no necesariamente a las grandes mayorías.

Un componente básico de la rectoría en el sector salud, es el de **la planificación, particularmente de la dotación de recursos humanos**. En estas figuras se muestra la Densidad de Recursos Humanos (médicos, enfermeras y obstetras por 10,000 hab.) por departamento para el año 2009¹¹.



¿Cuál es la Situación Actual de los Recursos Humanos?

La Organización Mundial de la Salud ha establecido en 25 el número mínimo crítico de profesionales que se requieren para alcanzar los objetivos sanitarios esenciales, aun cuando los países desarrollados, así como Argentina, Uruguay o Cuba, tienen cifras mayores a 50 profesionales por 10,000 hab. Observamos que departamentos como Cajamarca o San Martín tienen cifras sumamente bajas (inferiores inclusive al promedio de países africanos), lo que explica en gran medida los graves problemas que enfrentan. Más aun, notemos que las cifras mostradas son de nivel regional, pero al interior de cada región (p.e. provincias altas de Tacna o Arequipa) se presenta una escasez de personal de salud. En este escenario **la rectoría no es una opción, sino una obligación del Estado para enfrentar la inequidad que recorre prácticamente todo el país.**



Densidad (médicos, enfermeras y obstetras) x 10,000 habitantes. La línea roja señala la densidad mínimamente recomendado. Observatorio Nacional de Recursos Humanos. 2009.

De esta manera, se estima que existe un grave déficit de personal de salud a nivel nacional, particularmente de profesionales. Si se emplea el indicador de Densidad de Recursos Humanos afrontábamos para el año 2009 un déficit de 7,535 médicos, 5,487 enfermeras, 5,180 obstetras y 25,562 odontólogos, tal como se observa a continuación¹²:

¹¹ Datos extraídos de "Recursos Humanos en el Sector Salud 2009 – Información Básica", de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud – Perú, 2011.

¹² Datos extraídos de "Recursos Humanos en el Sector Salud 2009 – Información Básica", de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud – Perú, 2011.

Disponibilidad, necesidad y brecha de personal de salud

Departamentos	DISPONIBILIDAD				Población 2009	NECESIDAD				BRECHA			
	Médico	Enfermero	Obstetra	Odontólogo		Médico	Enfermero	Obstetra	Odontólogo	Médico	Enfermero	Obstetra	Odontólogo
Amazonas	234	234	194	42	424,283	424	424	212	424	200	186	16	382
Ancash	695	689	406	89	1'185,078	1,135	1,185	548	1,135	442	446	163	1,046
Apurímac	332	574	264	101	452,550	453	453	226	453	121	-121	-38	352
Arequipa	1,578	1,706	535	309	1'225,346	1,255	1,215	608	1,215	-358	-490	21	906
Ayacucho	368	691	399	139	674,864	675	675	337	675	307	-16	-62	545
Cajamarca	511	780	447	39	1'502,190	1,502	1,502	751	1,502	991	722	304	1,429
Cusco	789	990	404	138	1'755,438	1,255	5,255	678	1,255	468	765	224	1,137
Huancavelica	214	364	135	57	452,508	493	493	246	493	279	124	111	436
Huánuco	369	434	145	16	425,476	821	821	412	821	452	187	26	763
Ica	759	681	204	147	751,325	751	751	376	751	-8	70	173	584
Junín	669	1,064	390	106	1'513,992	1,534	1,534	652	1,554	645	250	267	1,306
La Libertad	1,254	1,399	398	93	1'717,319	1,717	1,717	859	1,757	863	518	461	1,424
Lambayeque	348	974	344	308	1'574,662	1,180	1,540	590	1,180	292	206	246	1,080
Lima	15,820	18,325	2,958	1,511	9'761,080	9,761	9,761	4,881	9,761	-5,259	-5,504	1,925	8,258
Loreto	423	507	346	68	951,274	951	951	476	951	528	444	230	883
Madre de Dios	112	115	67	34	136,457	136	516	58	156	4	1	-9	92
Moquegua	207	280	118	57	170,836	171	171	85	171	-36	-109	-33	134
Pasco	202	255	116	45	299,648	300	300	150	300	98	45	14	255
Piura	918	808	432	111	1'781,304	3,781	1,781	891	1,781	863	973	459	1,678
Puno	631	962	422	142	1'362,700	1,963	5,363	681	1,361	752	381	259	1,221
San Martín	346	334	774	48	717,664	778	778	389	778	452	864	115	780
Tacna	339	447	181	79	304,490	304	304	152	304	-15	-179	-29	291
Tumbes	159	136	92	23	211,528	211	211	306	211	12	75	14	188
Ucayali	292	330	146	37	458,976	859	459	229	459	277	129	88	422
Total	27,282	28,117	9,535	1,570	25'182,013	25,132	29,1232	14,336	29,132	7,585	5,487	1,180	25,562

Disponibilidad, necesidad y brecha de personal de salud. Datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, 2009.

Este es un escenario grave, que se presenta en prácticamente todo el país. El abordaje del mismo, requiere voluntad política con el ejercicio de la rectoría por parte del Ministerio de Salud en el nivel nacional y de los gobiernos regionales en cada departamento, que permita el desarrollo de políticas y estrategias para afrontar en el corto, mediano y largo plazo esta situación.

Recientes datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, presentados pero aun no publicados, muestran que aun cuando se ha progresado, todavía la mayoría de las regiones presentan un importante déficit de profesionales de la salud. Así de acuerdo a estos datos, las regiones que presentan este déficit son Loreto (mayor déficit), Piura, San Martín, Cajamarca, Huánuco, Puno, Ancash, Junín, La Libertad, Ucayali, Tumbes, Lambayeque, Cusco, Amazonas e Ica. Sin embargo, es importante señalar que este número mínimo de profesionales recomendado por OMS (25 profesionales por 10,000 habitantes) es un referente para el logro de intervenciones esenciales (atención de partos por personal calificado e inmunización a sarampión) y no cubre necesariamente muchas otras actividades que el personal de salud debe desarrollar (actividades preventivo-promocionales y atención de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, por ejemplo)

Una situación análoga es la que se presenta con los especialistas. Existen hospitales y se están construyendo nuevos hospitales en el país; sin embargo, el número actual de especialistas es completamente insuficiente para las necesidades existentes.

Un problema vinculado a este tema, ha sido el hecho de la creciente **migración de profesionales al extranjero**. Se estima en **miles los profesionales** que han emigrado estos últimos años, especialmente a España e Italia, por no encontrar oportunidades de desarrollo personal y profesional en su país. Este problema, grave de por sí, no ha logrado encontrar una respuesta articulada desde el Estado, evidenciando aun los graves déficits en el ámbito de la rectoría.

3.2 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TRABAJO

Un segundo grupo de problemas está vinculado al de los aspectos laborales, que no son sino resultante nuevamente de lo sucedió en décadas pasadas, situación que se vio profundizada particularmente en los 90s por un dogma de eficiencia laboral, llevada al extremo, que implicaba mayor producción (de servicios, es decir consultas por ejemplo) con menores gastos (léase inversión en recursos humanos). Arribamos así a un escenario que está marcado por amplios y profundos niveles de precarización laboral, con remuneraciones bajas y diferenciadas entre las instituciones, subempleo importante, insatisfacción laboral y elevados niveles de conflictividad laboral¹³.

Hoy nos parecería posiblemente increíble, pero hasta no hace mucho miles de trabajadores laboraban bajo la modalidad de “Servicios No Personales”, expresando la voluntad del Estado de no generar una relación laboral y no asumir ninguna responsabilidad social. Así, estos trabajadores estaban privados de protección en salud, vacaciones, licencias por enfermedad o maternidad, pensiones, etc. y mucho menos estabilidad. Fue la precarización llevada al extremo, y que si bien ha sido parcialmente revertida por el Régimen Especial de “Contrato de Administración de Servicios – CAS o RECAS”, aun no llega a generar las condiciones de lo que se denomina por la Organización Internacional del Trabajo como “Trabajo Decente” como veremos más adelante.

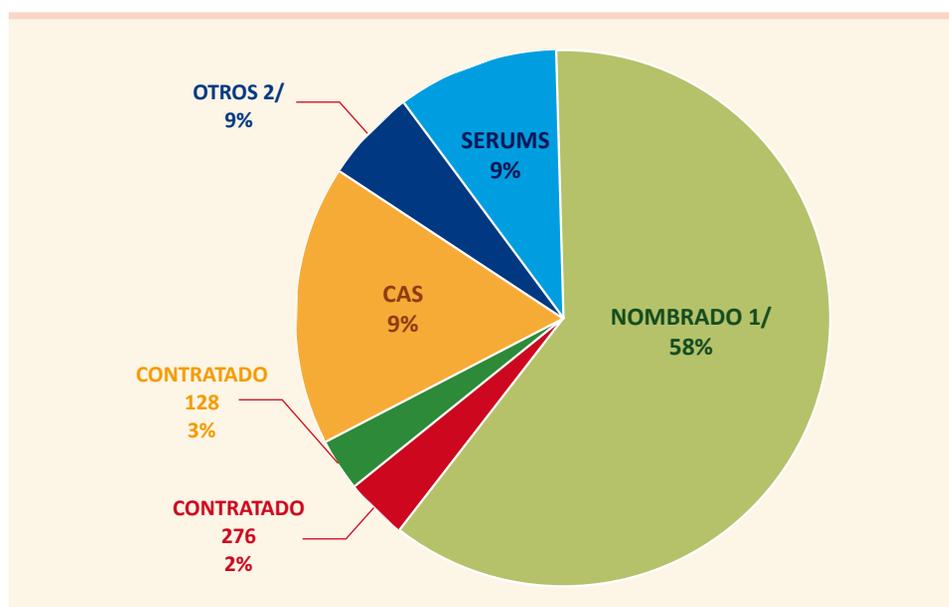
¹³ Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud – Consejo Nacional de Salud, Perú 2005, p. 16; refrendado por R.M. N° 1007-2005/MINSA.

En el Perú existen fundamentalmente 3 regímenes laborales:

- Decreto Legislativo 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa (nombrados y contratados 276);
- Decreto Legislativo 728 – Ley de Productividad y Competitividad Laboral; y
- Decreto Legislativo 1057 – Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS o RECAS)¹⁴.

Profesión	Nombrado 1/	Contratado 276	Contratado 728	CAS	Otros 2/	Serums
Médico	11,454	506	148	2,585	856	1,449
Enfermera	5,640	249	571	4,853	229	1,585
Obstetra	3,916	82	436	2,790	261	745
Odontólogo	1,253	44	129	528	82	285
Biólogo	378	9	20	141	64	76
Ing. Sanitario	2	0	0	12	1	0
Nutricionista	476	17	2	190	17	87
Psicólogo	557	15	5	201	46	168
Químico Farmaceutico	489	25	4	585	30	52
Tecnólogo Médico	845	25	5	487	25	14
Veterinario	84	4	0	21	4	15
Trabajadora Social	1,001	25	11	252	15	37
Químico	12	0	0	47	0	0
TOTAL	30,108	1,041	1,389	12,855	1,686	4,571

Relación laboral de los profesionales de salud. Datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, 2009.



¹⁴ Carrera Sanitaria en el Perú – Fundamentos Técnicos para su Desarrollo, Arroyo J, y Echegaray C. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 8. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud. Lima – Perú, 2009.

Con los datos del año 2009, los últimos disponibles, el personal de salud se distribuye de la siguiente manera¹⁵:

Es importante distinguir los regímenes laborales de las fuentes de financiamiento de las plazas en que se labora. Como hemos señalado anteriormente, existen estos 3 regímenes laborales, sin embargo las fuentes de financiamiento son múltiples:

Artículo 6°.- De los ingresos del personal

6.1 Prohíbese en las entidades del Gobierno Nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales, el reajuste o incremento de remuneraciones, bonificaciones, dietas, asignaciones, retribuciones, estímulos, incentivos y beneficios de toda índole, cualquiera sea su forma, modalidad, periodicidad, mecanismo y fuente de financiamiento. Asimismo, queda prohibida la aprobación de nuevas bonificaciones, asignaciones, incentivos, estímulos, retribuciones, dietas y beneficios de toda índole con las mismas características señaladas anteriormente. Los arbitrajes en materia laboral se sujetan a las limitaciones legales establecidas por la presente norma y disposiciones legales vigentes. La prohibición incluye el incremento de remuneraciones que pudiera efectuarse dentro del rango o tope fijado para cada cargo en las escalas remunerativas respectivas.

Artículo 8°.- Medidas en materia de personal

8.1 Prohíbese el ingreso de personal en el sector público por servicios personales y el nombramiento, salvo en los supuestos siguientes:

c) El nombramiento de hasta el 55% del número de los profesionales no médicos cirujanos y del personal técnico asistencial y administrativo, personal de servicios y auxiliar asistencial, respectivamente, en el marco del nombramiento gradual a que se refieren las Leyes 28498 y 28560, sus normas modificatorias y complementarias.

d) El nombramiento de los profesionales médicos cirujanos contratados en el VRAEM y hasta el 25% del número de los profesionales médicos cirujanos, comprendidos en la Ley 29682. Para dicho nombramiento, el profesional médico debe encontrarse prestando servicios en la condición de contratado por el Ministerio de Salud, sus organismos públicos y los gobiernos regionales.

a. Recursos Ordinarios.

El número de plazas, y el consiguiente financiamiento, es aprobado a través del Presupuesto General de la República cada año. Este número ha sido generalmente restringido, aprobándose eventualmente nuevo financiamiento, especialmente para los procesos de nombramiento. El presupuesto es canalizado a través de las Unidades Ejecutoras, que no pueden exceder el límite autorizado. Los siguientes artículos dan muestra de estas restricciones¹⁶:

b. Presupuesto por Resultados:

El gobierno nacional viene orientando crecientemente el financiamiento público a través de una serie de programas orientados a lograr resultados sociales, incluyendo los de salud. En el caso de salud, los programas estratégicos aprobados en el presupuesto 2013 fueron:

¹⁵ Datos extraídos de "Recursos Humanos en el Sector Salud 2009 – Información Básica", de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Salud – Perú, 2011.

¹⁶ Ley de Presupuesto 2013. Congreso de la República, Perú 2013.

- a. Ministerio de Salud
 - i. Articulado Nutricional
 - ii. Salud Materno Neonatal
 - iii. Enfermedades Metaxénicas y Zoonosis
 - iv. Enfermedades No Transmisibles
 - v. Prevención y Control de la Tuberculosis y el VIH-SIDA
- b. Instituto de Enfermedades Neoplásicas
 - i. Prevención y Control del Cáncer

Es importante anotar que estos presupuestos fueron transferidos al inicio del año 2013 a los gobiernos regionales, con el fin de ser ejecutados. Como parte de la programación de este presupuesto, se contempla la contratación de personal de salud (régimen 1057 – CAS), lo que permite una mayor capacidad para atender la brecha existente¹⁷.

c. Seguro Integral de Salud (SIS)

Si bien, el Seguro Integral de Salud por sí mismo no contrata, con los recursos que se transfieren a las unidades ejecutoras, si se mantiene el contrato y realiza nuevos contratos. El SIS ha estado imponiendo límites al porcentaje que se puede emplear de las transferencias realizadas para el contrato de personal (régimen 1057-CAS). Asimismo existen deudas de años anteriores, que varían según cada región, que incorporan una dificultad para mantener y ampliar los contratos del personal asistencial, brecha que en gran medida ha sido revertida según datos del Ministerio de Salud. Un problema que se ha percibido, especialmente en años anteriores, fue que en varios casos este presupuesto transferido ha estado siendo empleado para el contrato de personal que no está vinculado directamente a la actividad asistencial (asesores, secretarías, etc.) desfinanciando y debilitando a los establecimientos de salud.

d. Proyectos Internacionales – EUROPAN

EUROPAN es un programa de apoyo presupuestario al Perú aprobado por la Comisión Europea con la finalidad de contribuir en los esfuerzos para reducir la desnutrición crónica infantil en zonas prioritarias, a través del Programa Estratégico Articulado Nutricional, ejecutado en el marco del Presupuesto por Resultados. El apoyo presupuestario para la ejecución del EUROPAN asciende a 60,8 millones de euros, para un periodo de 4 años y medio. Las metas están referidas a incrementos de cobertura en los niveles de vacunación de niños, controles de crecimiento y desarrollo en niños (CRED), provisión de suplemento de hierro y vitamina A a niños y provisión de suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes. El logro de estas metas es clave para la reducción de la desnutrición crónica infantil. El ámbito de EUROPAN es Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Con el fin de alcanzar las metas previstas, se ha incrementado la dotación de personal de salud, lo que forma parte de la programación que se realiza anualmente.

Es importante anotar que existen otras fuentes de financiamiento (municipios, parroquias, por ejemplo) que en gran medida dependen de la capacidad de gestión y el compromiso político de la autoridad regional o local.

¹⁷ El discutir lo apropiado de esta forma de canalizar el presupuesto público excede los alcances de este trabajo, aun cuando una preocupación es la integralidad a las intervenciones en salud.

e. Trabajo Decente en Salud y Carrera Sanitaria

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) propuso el concepto de “Trabajo Decente”, como respuesta a la situación de creciente desprotección de los trabajadores y de inseguridad que afrontan¹⁸. Las dimensiones de este concepto abarcan el trabajo propiamente dicho, los derechos fundamentales en el trabajo, la seguridad que debe existir, y finalmente el dialogo social y la representación.

En un análisis sobre Trabajo Decente en el Sector Salud en el Perú¹⁹ realizado en el año 2009, se encontró que aquellos que se encontraban en el del D.L.276, alcanzaban 13 puntos sobre una escala de 15 puntos, mientras que aquellos que se encontraban en el ámbito del D.L. 1057 – Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios – CAS, alcanzaban tan solo 4 puntos, evidenciando los importantes niveles de precariedad laboral de este régimen.

ÍNDICE DE TRABAJO DECENTE

(sobre un total de 15 puntos)

- Régimen 276: 13 puntos
- Régimen CAS: 4 puntos

En este escenario de precariedad laboral y remuneraciones insuficientes, los gremios de trabajadores respondieron reclamando formas “extraordinarias” de compensación (AETAs, incentivos, productividades, canastas, etc.) que aun cuando legítimas en un escenario marcado por la precariedad laboral, **terminó desnaturalizando cualquier atisbo de carrera sanitaria**²⁰ que pudiese existir. De esta manera, el conjunto de la gestión del trabajo se concentró en administrar los recursos humanos, sin garantizar un encuentro entre los intereses legítimos de los trabajadores, con aquellos igualmente legítimos de los usuarios y gestores de los servicios de salud. Lo poco que existía de carrera fue perforado y se produjo un caldo propicio para la corrupción (en los concursos o en la autorización de desplazamientos, por ejemplo).

Hacemos nuestra aquella definición que entiende a la “Carrera Sanitaria” como a un sistema integrado y armonizado jurídico y administrativo del Estado, aplicado a todos los trabajadores de la salud, del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto su principal propósito es regular y normas los aspectos relacionados con la incorporación, permanencia y retiro de los trabajadores de salud. Una carrera brindará oportunidades de ascenso y expectativas de progreso a los trabajadores de salud, conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad . Sin embargo, es importante no perder de perspectiva que esta Carrera Sanitaria se debe constituir en un instrumento que se articule y alinee a un Modelo de Atención y a un Sistema de Gestión, que tienen a su vez como objetivos garantizar la cobertura, el acceso y la calidad en salud y como finalidad última hacer realidad el pleno derecho a la salud y la construcción de ciudadanía.

En estos días se ha promulgado la Ley N° 30057 - Ley del Servicio Civil, así como se ha comprometido la implementación de una nueva política integral de remuneraciones. Ambos aspectos están aun en curso, y la sociedad civil ha de analizar las implicancias de ambas normas en el derecho a la salud.

¹⁸ OIT. Memoria del Director General. Conferencia Internacional del Trabajo. 87ª reunión 1999. OIT, Ginebra 1999.

¹⁹ Desafíos del Empleo en Salud: Trabajo Decente, Políticas de Salud y Seguridad Laboral. Reátegui R. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 9. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud. Lima – Perú, 2009.

²⁰ Carrera Sanitaria en el Perú – Fundamentos Técnicos para su Desarrollo, Arroyo J, y Echegaray C. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 8. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos – Ministerio de Salud. Lima – Perú, 2009.

3.3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS

Un tercer grupo de problemas es aquel vinculado con las capacidades que el personal de salud debe tener para afrontar la atención de salud. Como señalamos anteriormente, el personal de salud cuenta con un importante nivel de formación en instituciones que tienen la misión de desarrollar en sus alumnos las competencias que requerirán en el campo laboral.

Sin embargo, como se señalara por el IDREH los campos de la salud y los de la educación se encuentran dislocados. La oferta educativa, en términos cuantitativos y cualitativos, no responde a las necesidades nacionales, y se orientan en muchos casos por criterios de mercado o intereses internos. Así lo que se ha producido es una oferta masiva de formación en pregrado en salud con menoscabo de la calidad educativa, con debilidad en la capacidad de regulación por parte de los colegios profesionales. A esto debemos sumar un debilitamiento de la capacitación en servicio, en particular en los últimos años.

Especialmente en medicina, pero también en las otras carreras, los profesionales formados, egresan con fuertes debilidades para resolver los desafíos que enfrentarán en su ejercicio profesional. Son formados en ambientes hospitalarios, sin entrenamiento mayor en los centros y puestos de salud. Los enfoques de género, derecho e interculturalidad están ausentes en la mayoría de los casos durante esta formación, lo que explica las dificultades que afrontan en el desarrollo de sus actividades.

ÍNDICE DE TRABAJO DECENTE

(sobre un total de 15 puntos)

- Régimen 276: 13 puntos
- Régimen CAS: 4 puntos

¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO DESDE EL ESTADO?

1 RECTORÍA

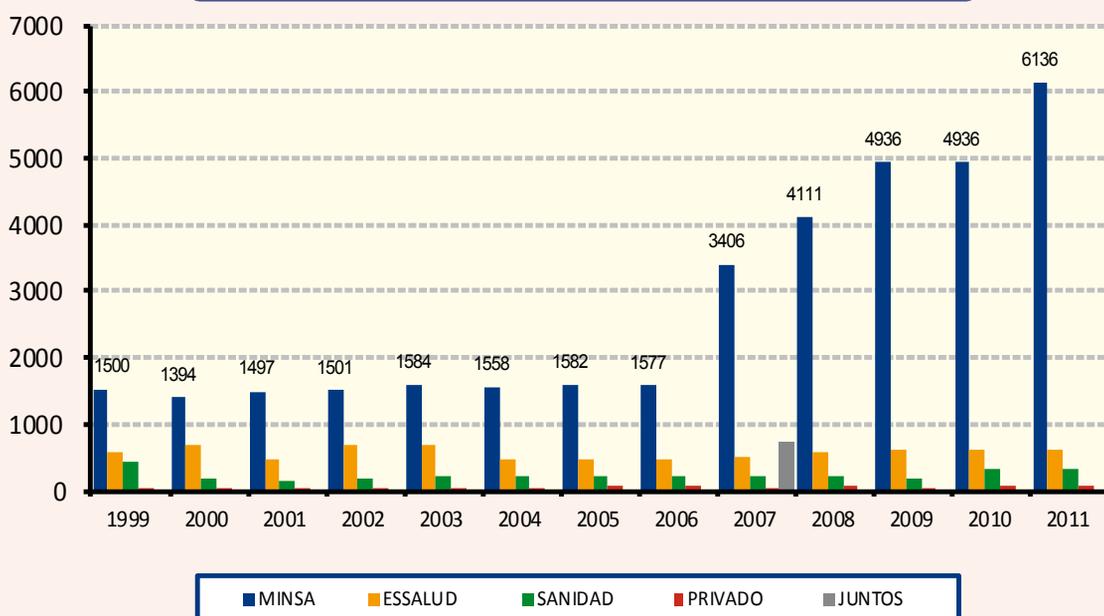
La respuesta organizada desde el Estado se organiza en un contexto de importante descentralización de las funciones, particularmente en salud. La amplia mayoría de funciones en recursos humanos (gestión de personal, planificación, articulación con las instituciones formadoras, etc.) están en manos del gobierno regional. Sin embargo, existe un marco de normas legales nacionales que limita la capacidad de gestión de estas funciones, en particular aquellas referidas a presupuesto público y leyes laborales.

Sin menoscabo de lo anterior, destacamos las siguientes acciones:

- a) El Ministerio de Salud, como señaláramos anteriormente, ha conformado la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos que ve aquellos aspectos de planificación estratégica y desarrollo de capacidades a nivel nacional. Es importante diferenciar esta Dirección de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, la cual perteneciendo también al Ministerio, está encargada de las acciones del personal del propio Ministerio (selección, control de asistencia y permanencia, escalafón, remuneraciones), asumiendo tareas administrativas principalmente locales.
- b) Una de las principales estrategias nacionales para enfrentar el déficit de recursos humanos en los últimos años ha sido la ampliación del programa SERUMS, como se aprecia en el siguiente gráfico en términos de incremento de plazas ofertadas a profesionales²³:

²³ El SERUMS, es un servicio que dura un año y es brindado por los profesionales de la salud, constituyéndose en requisito para poder laborar en el sector público. – Ley 23330. Se presta por un año en un proceso con reglas y cronogramas coordinado nacionalmente.

Evolución de la oferta de plazas remuneradas SERUMS Sector Salud, año 1999 2011



Este número de plazas ha continuado incrementándose en los años 2012 y 2013...

Sin embargo es importante considerar que estos profesionales que brindan el servicio, y por lo cual reciben una remuneración, no tienen mayor experiencia profesional. Si bien han permitido avanzar en el tema de cobertura, sobre todo en el área rural, al ser programados en los establecimientos de menor complejidad (no menos importantes) es decir del I-1 al I-3, en los cuales no han sido formados, enfrentan serios problemas

“Lo más importante a señalar es que la Autoridad Regional es quien define donde se ubican las plazas de SERUMS, antes de cada proceso, en base a criterios nacionales, lo cual convierte al SERUMS en un valioso instrumento para buscar la equidad en salud.”

- c) Se ha reorientado la formación de especialistas hacia aquellas especialidades que son prioritarias, financiando básicamente especialidades como Pediatría, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, etc. En total son 37 las especialidades que se requieren de manera urgente²⁴. Esto ha ocasionado problemas con las universidades, en particular

²⁴ El Ministerio de Salud estableció 25 especialidades y subespecialidades prioritarias a través de la Resolución Ministerial N° 167-2009-MINSA, con base en un estudio técnico que involucro la opinión de hospitales y Direcciones Regionales de Salud, posteriormente este numero esta incrementando. El Sistema Nacional de Residentado Médico tiene registradas un total de 79 especialidades y subespecialidades.

algunas privadas, que orientan su oferta (que es financiada por el tesoro público) hacia aquellas que demanda el mercado (cirugía plástica o dermatología, por ejemplo), pero que no están entre las más requeridas. Sin embargo, aun cuando el número de plazas ofertadas se ha incrementado significativamente en los años 2012 y 2013, el número de especialistas que se forma aún es insuficiente, y los resultados se ven luego de 3 años (que es lo que dura la formación normalmente de un especialista). Se ha iniciado la formación, no sin problemas aun, en Ayacucho, Iquitos, Huancayo, , Puno, Cajamarca y Abancay, que se suman a Lima, Trujillo, Arequipa, Chiclayo, Cusco e Ica como ciudades en que se forma a los especialistas.

En el año 2012 se produjo un importante incremento de plazas (270) para la formación de especialistas, la mayoría de ellas programadas en las regiones del país. Es importante señalar que este esfuerzo requiere ser mantenido e incrementado en los siguientes años para cerrar la brecha de médicos especialistas.

Paralelamente el país requiere la formación de especialistas en otras profesiones de las ciencias de la salud, como por ejemplo enfermería, odontología y obstetricia. En contraposición a lo que sucede con los médicos, esto no se planifica en lo más mínimo, y mucho menos se apoya desde el Estado. Esta es una deuda pendiente con estas profesiones, pero más importante aún, una necesidad imperiosa del sistema de salud.

TRABAJO

- a) En los aspectos referidos al trabajo, estos como los anteriores están restringidos por aspectos laborales. Se ha desarrollado en estos años el **proceso de nombramiento** de los médicos (total hasta el 2004, y una nueva Ley que se viene implementando) y el del personal restante profesional y administrativo (por tramos).
- b) Siendo un problema central la ausencia de carrera sanitaria, el V Encuentro Nacional de Recursos Humanos, con la participación de ForoSALUD aprobó **promover la construcción de una carrera sanitaria en el Perú**, sobre lo cual se han avanzado algunos elementos técnicos de la propuesta. El gobierno nacional ha manifestado su voluntad de avanzar en este tema crucial.
- c) Un avance importante, pero parcialmente implementado, ha sido el permitir que médicos especialistas puedan laborar en dos instituciones públicas (a través de convenios suscritos entre ellas) o ser contratados (aquellos nombrados), con el fin de evitar la paradoja de tener en un prestador (p.e. EsSalud) un médico intensivista que no puede trabajar en el Ministerio de Salud, a pesar de vivir en la misma ciudad, o requerirse con urgencia.
- d) El régimen CAS (Decreto Legislativo 1057), reemplazó al de los Servicios No Personales (SNPs), y si bien representó un avance, esto es aun insuficiente y conserva varios elementos de precariedad laboral (como se señaló antes).

DESARROLLO DE CAPACIDADES

- a) El Ministerio de Salud aprobó el documento que lleva por nombre: **Plan sectorial concertado y descentralizado para el desarrollo de capacidades en salud - PLANSALUD**. El objetivo de este Plan es el superar la amplia dispersión que existe en los esfuerzos de capacitación del personal. Este Plan define 3 líneas estratégicas para el desarrollo de capacidades:

- i) Gestión y Gobierno
- ii) Atención Integral
- iii) Gestión de Recursos Humanos

En particular la segunda línea fue implementada en años recientes en varias regiones y en la ciudad de Lima, a través del Programa Nacional de Salud Familiar - PROFAM, el cual con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Cooperación Italiana, procura incorporar un enfoque familiar, comunitario e intercultural en los servicios

- b) Se ha constituido por Ley del Congreso, el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa – SINEACE. Todos los profesionales de la salud y todas las instituciones formadoras deben pasar una evaluación de calidad a cargo de organismos evaluadores. Asimismo médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, y todos los demás profesionales deberán demostrar que mantienen sus competencias a través de proceso de recertificación periódica, a cargo de colegios profesionales. Sin embargo, estos procesos han caminado muy lentamente, dándose los primeros pasos concretos en estos meses.

Estos son algunos de los esfuerzos desplegados desde el Estado, mostrando importante avances, pero aun también importantes desafíos, en particular afrontar el grave déficit de personal de salud, la generación de trabajo digno con reconocimiento al esfuerzo del personal de salud, y el desarrollo de competencias desde la formación con un enfoque de derecho, género e interculturalidad.

ACCIONES A DESARROLLAR DESDE LA SOCIEDAD CIVIL

Proponemos que son las siguientes, las líneas que los representantes de la Sociedad Civil deberían promover:

1. POLÍTICAS REGIONALES EN EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS

La magnitud de los problemas, requiere la estructuración de políticas que logren articular al conjunto de instituciones y actores tras objetivos comunes. Estas políticas en recursos humanos deben ser construidas participativamente, y alineadas a los objetivos en salud que se establecen en cada región.

Igualmente, estas políticas deben incluir objetivos claramente definidos, estrategias, metas y responsables, recursos financieros necesarios y actividades a desarrollar. La política regional tiene que tener la virtud de poder articular los intereses y justas aspiraciones de trabajadores, gestores y usuarios de los servicios de salud.

Políticas que articulan los intereses y justas aspiraciones de trabajadores, gestores y usuarios de los servicios de salud

Las instituciones y actores que requieren ser convocadas incluyen a los colegios profesionales y gremios de los trabajadores, universidades e institutos tecnológicos, así como autoridades locales y regionales, y representantes de la sociedad civil.

Los componentes que deberían abordar estas políticas, acorde a lo antes señalados son:

- a) rectoría y planificación de recursos humanos, incluyendo estrategias para el cierre de las brechas en recursos humanos; incorporando a las universidades e institutos en este tema;

- b) Desarrollo de capacidades en el personal de salud, incorporando enfoques de salud familiar y comunitaria, de género, derecho e interculturalidad; y
- c) Trabajo en Salud, enfrentando la precarización que existe, y promoviendo una cultura de diálogo en el sector. Desarrollamos estos últimos dos puntos a continuación:

2. DESPRECARIZAR EL EMPLEO EN SALUD

El empleo precario, no es solo injusto para el trabajador, sino también para la comunidad. El trabajo precario, con bajas remuneraciones, reglas injustas y concursos apañados, genera desmotivación y falta de compromiso en el trabajador.

Es responsabilidad de la sociedad civil el promover que los procesos de gestión del trabajo tales como el reclutamiento y selección, la asignación de plazas y las escalas remunerativas que se establezcan sean transparentes, claros y justos.

Aun cuando existen restricciones legales para quienes conducen la gestión en salud, sin embargo, la autoridad regional tiene las atribuciones para establecer que quienes son contratados lo hagan a través de concursos transparentes; aquel que es contratado para trabajar en condiciones más difíciles, muchas veces en los lugares más lejanos, sea mejor remunerado que aquel que laborará en un establecimiento en la ciudad. En algunas regiones, la autoridad de salud ha establecido escalas en función de las condiciones propias como accesibilidad, niveles de pobreza, u otros en que se presta el servicio, para los nuevos contratos.

Un elemento específico en este tema es la acción de destaque²⁵, que se gestiona de manera muchas veces irregular, y generalmente en perjuicio de las poblaciones más pobres. Si bien este es un derecho legítimo del trabajador, ha sido fuente de corrupción al no manejarse de manera regular el procedimiento respectivo.

La construcción de la carrera sanitaria es de alcance nacional, sin embargo, es posible avanzar en niveles de desprecuarización, dentro de los márgenes que tiene la autoridad regional.

Un elemento adicional, pero no menos importante, es el de impulsar las Mesas entre Autoridades – Gestores, Gremios y Sociedad Civil, para abordar y trazar derroteros comunes en el abordaje de los problemas. El sector salud es altamente conflictivo, y generalmente el conflicto termina afectando a las poblaciones más vulnerables.

Más aun, las Mesas Paritarias que se establecen generalmente no consideran a los representantes de la sociedad civil, y por lo tanto se negocia muchas veces al margen de los intereses de los usuarios.

Sin embargo, estos esfuerzos no pueden hacerse sin desmedro del nivel de exigencia en términos de desempeño y calidad en la prestación del servicio, lo cual debe ser reconocido a través de incentivos, y aunque los económicos están sumamente restringidos, pueden ser no económicos, los cuales en muchos casos pueden ser hasta más estimulantes (oportunidades de capacitación y formación, reconocimientos honoríficos, facilidades para el desplazamiento, etc.)

²⁵ El Destaque es una Acción de Personal, que constituye un derecho del trabajador de poder desplazarse a otro lugar, invocando razones como unidad familiar, enfermedad u otros.

3. DESARROLLAR CAPACIDADES DEL PERSONAL EN SALUD

- a) Las políticas en recursos humanos, requieren partir del hecho que gran parte del personal de salud no ha sido formado para desenvolverse en los establecimientos en que laboran, especialmente del primer nivel de atención. Sin embargo, y seguramente por la necesidad y la voluntad de prestar un mejor servicio, el personal de salud es ávido en buscar oportunidades de capacitación y formación, creciendo profesionalmente.
- b) Por ello, y porque tenemos como objetivo el construir un sistema más justo, eficiente y equitativo, la estructuración de un Plan de Desarrollo de Capacidades debe incorporar enfoques de derecho, género, interculturalidad y de salud familiar y comunitaria. La Atención Primaria de Salud, en la que no se forma a los profesionales, debe atravesar todas las experiencias de capacitación y formación, siendo congruentes con un Modelo de Atención Integral.
- c) Estas actividades, cuando alcanzan niveles mayores de complejidad, suelen estar a cargo de las universidades, lo cual puede constituirse en una valiosa oportunidad para incrementar la vinculación de ésta con las necesidades regionales.

Desarrollar capacidades incorporando enfoques de derecho, género, interculturalidad y de salud familiar y comunitaria.

“Los representantes de la Sociedad Civil tienen un rol fundamental en el abordaje de la agenda de recursos humanos, por representar la justa demanda de los usuarios por contar con servicios y trabajadores que los respeten, los ayuden, los escuchen y los comprendan, y estén dispuestos a integrarse en ese gran colectivo que trabaja por hacer de la salud un derecho para todos los peruanos.”



**Guía de Incidencia desde
la Sociedad Civil
para la Construcción de la
Política de Recursos Humanos**

Presentación

La presente Guía tiene como objetivo brindar instrumentos a actores de la sociedad civil en salud, que contribuyan con elementos básicos para la incidencia y promoción de políticas del personal de salud (Recursos Humanos) especialmente en las regiones de nuestro país, contribuyendo a enfrentar los retos existentes en lo que refiere a su disponibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de la población.

La noción con la que surge esta guía parte de la convicción que es necesario inscribir la agenda de recursos humanos, como parte de la gran agenda de salud, que con equidad (camino a la igualdad en el ejercicio de derechos), calidad, oportunidad y solidaridad, debe contribuir a enfrentar los graves retos y problemas de salud que atraviesa nuestro país y que afectan fundamentalmente a las poblaciones más pobres, con mayores condiciones de vulnerabilidad y exclusión. Esta agenda a su vez se inscribe en una agenda de construcción de políticas públicas y fundamentalmente de ciudadanía que tiene en los enfoques de género, derechos e interculturalidad sus pilares fundamentales.

Esta Guía aspira así a formar parte de los instrumentos que ha de tener la sociedad civil para contribuir de la mejor manera en un esfuerzo nacional por hacer realidad el ejercicio del derecho a la salud por todas y todos por igual. Sus contenidos han de orientarse y enriquecerse con las experiencias que se desarrollen.

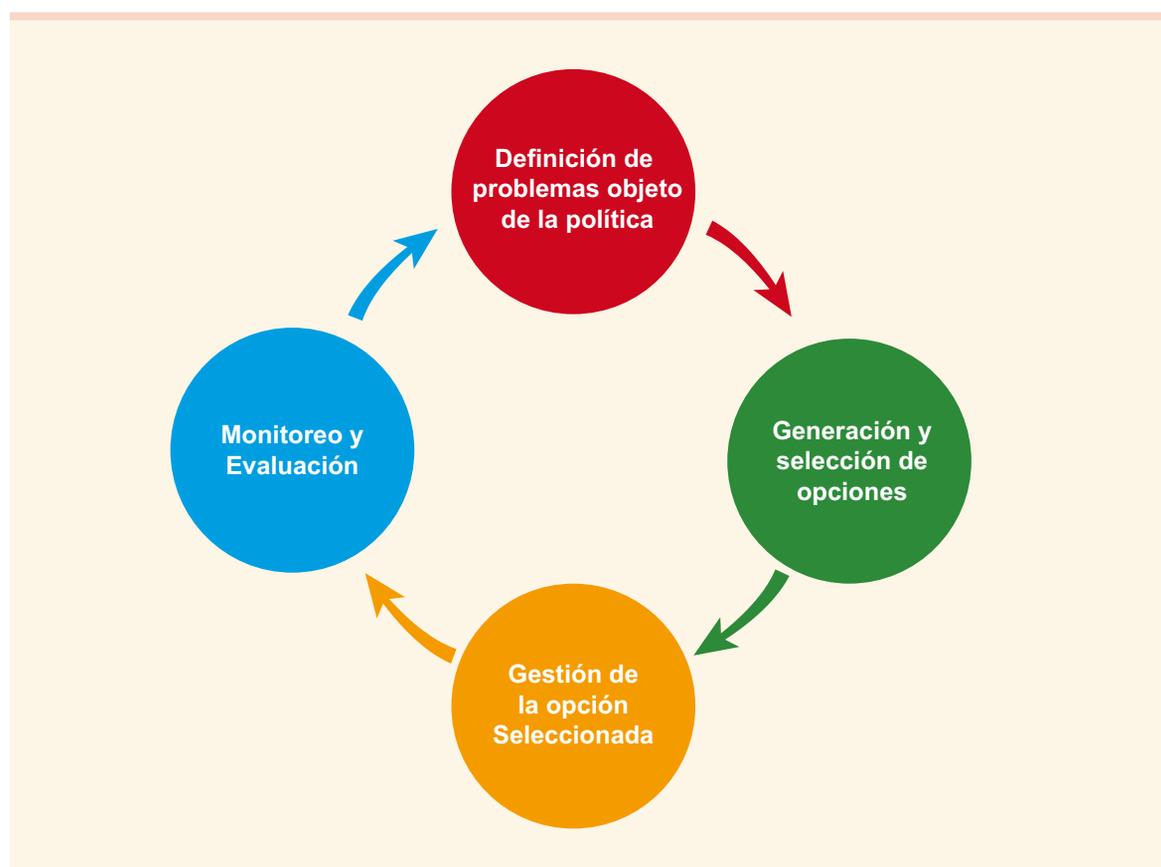
Ariel Frisancho Arroyo
Coordinador Nacional
Foro de la Sociedad Civil en Salud - ForoSalud

POLÍTICA PÚBLICA

Ciclo de formación

En primer lugar es importante anotar que toda política en salud, es fundamentalmente una política pública. Kraft y Furlong (2006) plantean que “una política pública es un curso de acción o de inacción gubernamental, en respuesta a problemas públicos”²⁶. Es decir expresa en última instancia la voluntad y la prioridad que el Estado asigna a la solución de los problemas, incorporando a la base de este enfoque una visión de los problemas que asume como prioritarios. Detrás de esta visión hay fundamentalmente valores sobre la situación actual. Pero a la vez esta perspectiva de política pública dota de integralidad a la política, en tanto le permite un enfoque intersectorial y transectorial, interinstitucional e intergubernamental (nacional, regional y local).

Una política pública tiene cuatro momentos en su proceso de formulación y despliegue, los cuales siendo dinámicos y complejos, pueden esquematizarse de la siguiente manera:



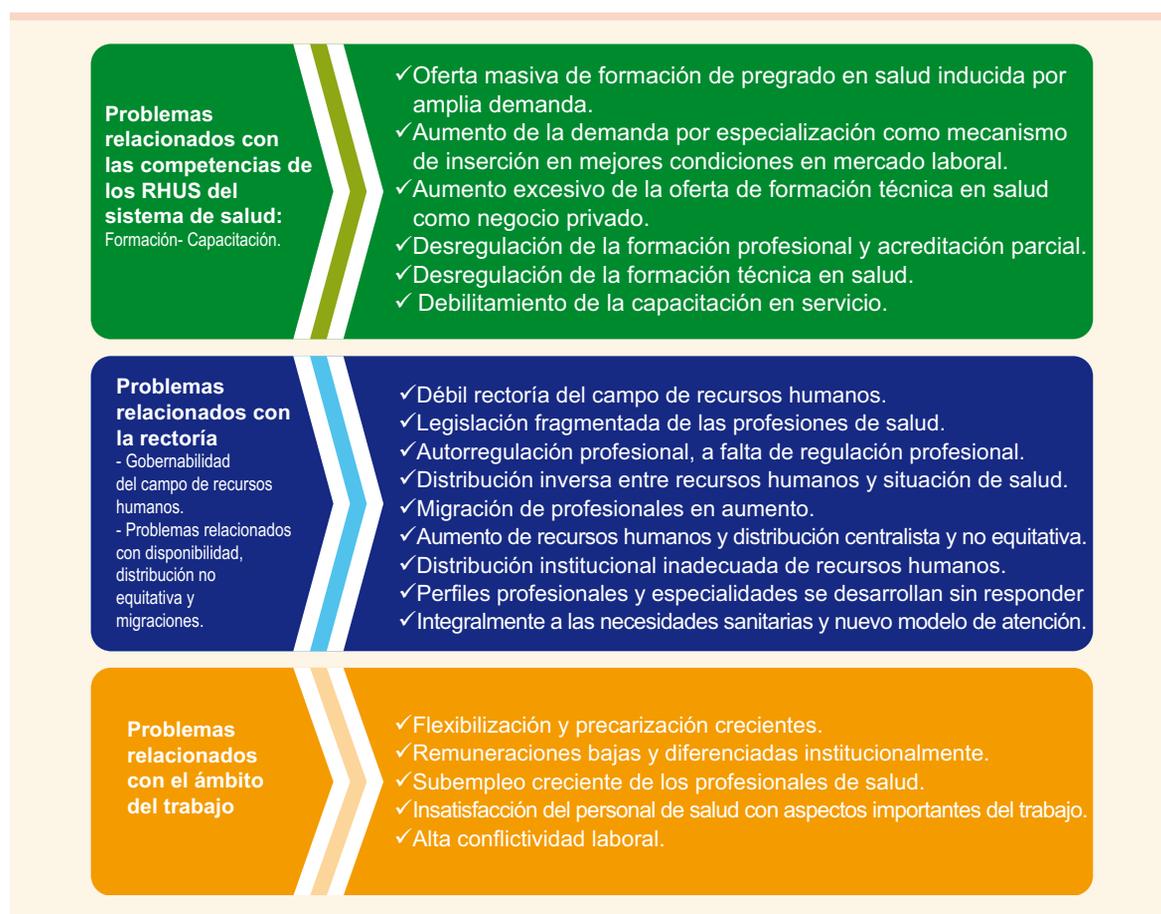
²⁶ Kraft, Michael; Furlong, Scott (2006): “Public Policy: Politics, Analysis and Alternatives”, 2nd ed., CQ Press, Washington, DC.

PROBLEMAS CENTRALES A ENFRENTAR

Aun cuando hay diversos problemas en salud, y en particular en recursos humanos, como viéramos en las páginas anteriores, se requiere identificarlos con claridad, con el fin de permitir un abordaje preciso y efectivo.

Sin embargo, en el momento de pasar a la acción, el ejercicio puede no ser sencillo, especialmente porque la valoración de estos puede variar significativamente según el actor que se involucre. Así las perspectivas de usuarios, gestores, trabajadores, universidades, colegios profesionales, puede variar ampliamente. Más aún, sobre todo en el momento de priorizarlos, si no se generan condiciones para una discusión y negociación, puede ser muy difícil lograr un consenso real, más allá de las declaraciones.

Conforme a lo dicho anteriormente, proponemos con mayor precisión los problemas existentes. Si bien es posible y necesario un abordaje nacional, también es necesario el analizar el escenario regional, e identificar las particularidades de éste. Somos un país hermoso y rico en su gente, pero a la vez complejo, diverso y en gran parte injusto, y estas diferencias requieren ser entendidas para el abordaje de la agenda de recursos humanos. Desde una perspectiva nacional, el Ministerio de Salud en el año 2005, los definió de la siguiente manera:



Visto en retrospectiva, y a la luz de los esfuerzos desplegados en estos años en varias regiones, esta identificación de problemas se constata insuficiente, al no considerar en gran medida la mirada de los usuarios, por una atención por parte del personal de salud a través de un trato digno, y de respeto a la identidad de uno, con sus creencias, costumbres y cultura. Este es un tema en el que ForoSalud viene contribuyendo.

ORDENANDO LOS PROBLEMAS: ¿CÓMO ORGANIZAR LAS PROPUESTAS?

Una forma de acercarse a los problemas, con el fin de definir, organizar la respuesta a los problemas, es a través de desafíos. Una perspectiva internacional es aquella aprobada en Toronto que agrupa en 5 los desafíos en recursos humanos, y aprobados posteriormente por la Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud:

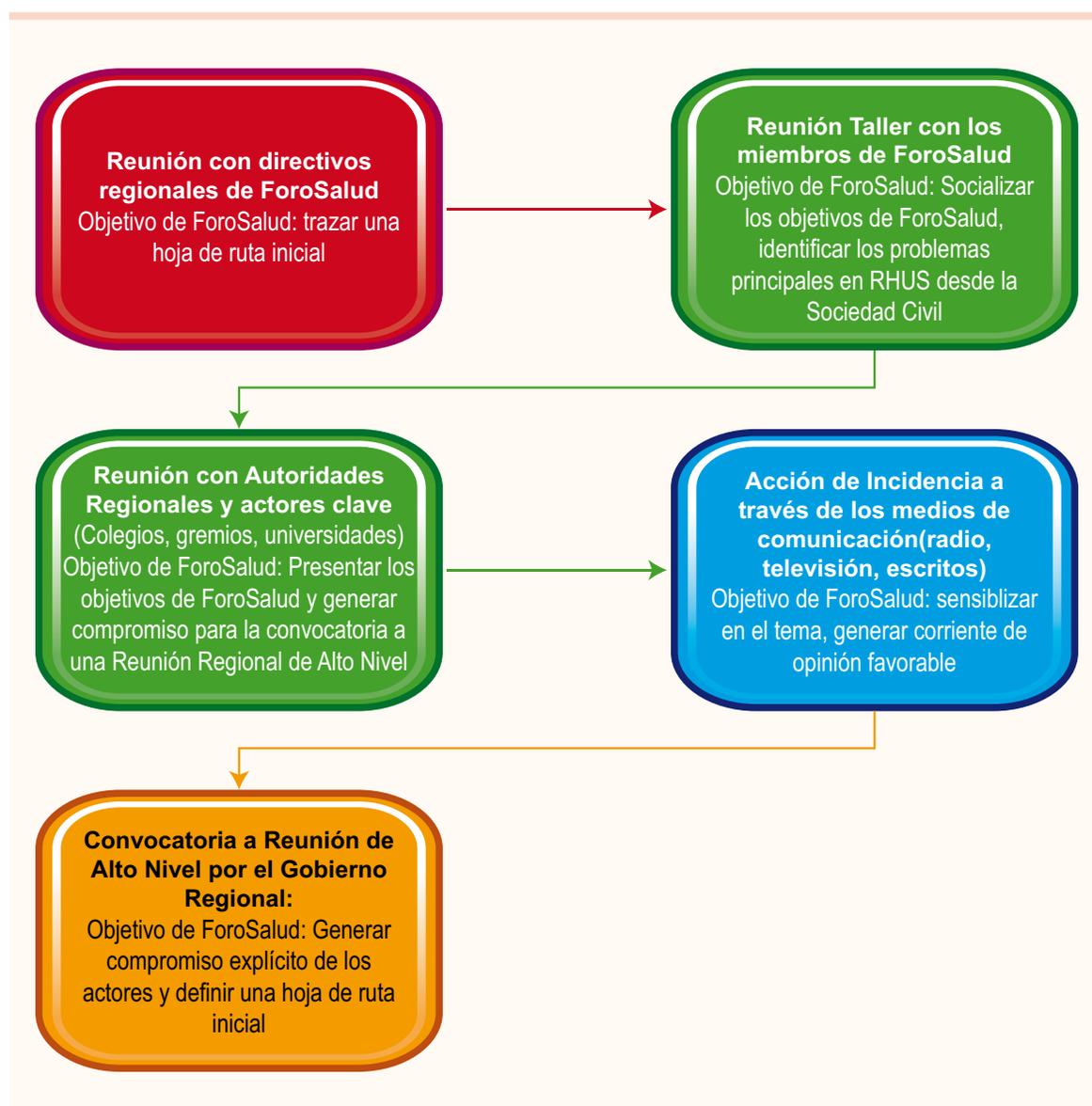


Nuevamente y fraseando a nuestro Coordinador Nacional, un sexto desafío que emerge como ausente, es el de el involucramiento de la sociedad civil, como parte activa de la construcción de su salud y el desarrollo de la agenda de recursos humanos.

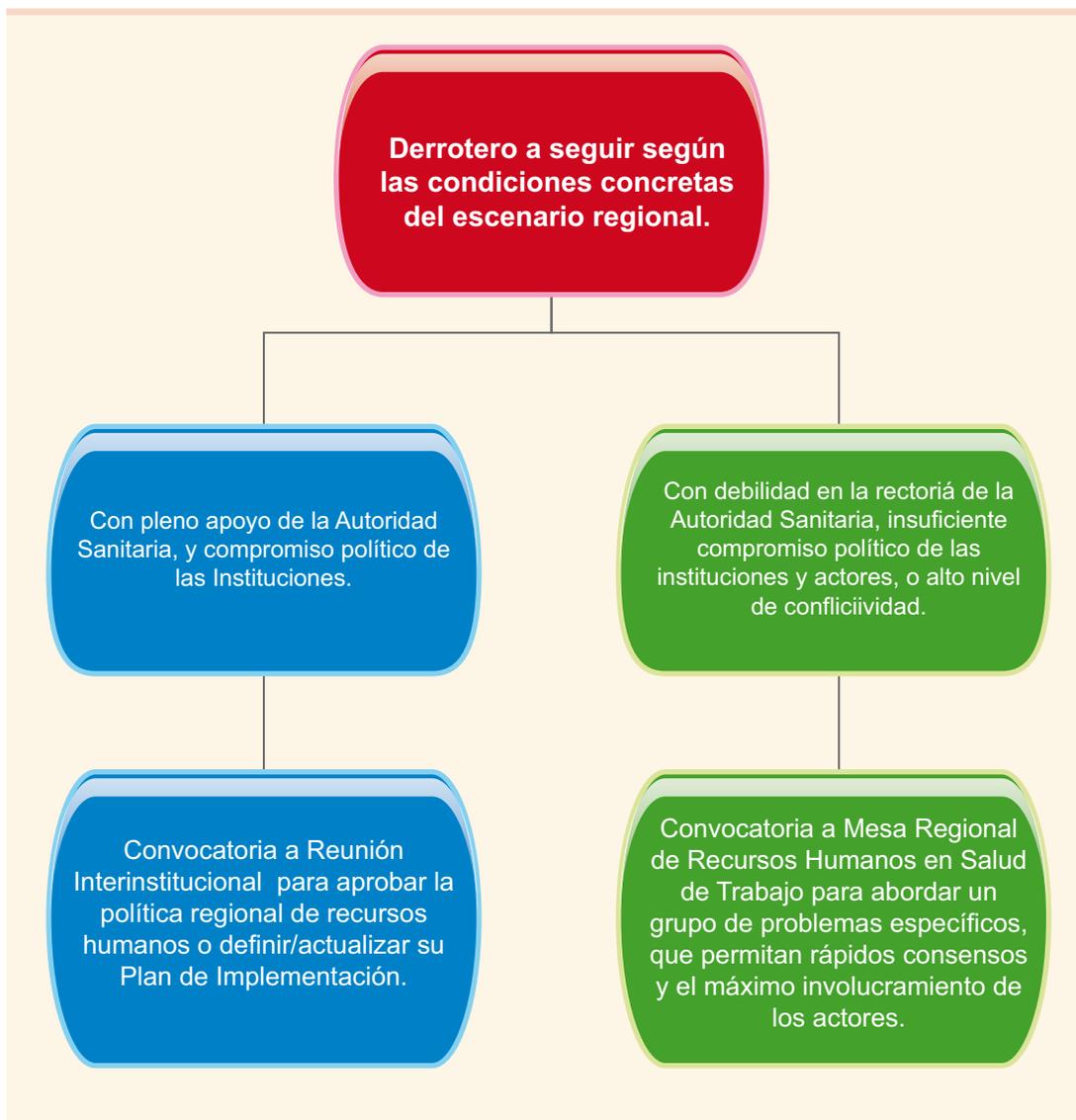
FLUJOGRAMA PARA LA INCIDENCIA EN POLÍTICA REGIONAL: UNA PROPUESTA

En el marco del desarrollo del trabajo, se vienen implementando una serie de acciones, que estructuradas en un flujograma, van validándose por la propia experiencia, avances y dificultades encontradas. Este flujograma propuesto es el siguiente:

FASE I: SENSIBILIZACIÓN Y SOCIALIZACIÓN



FASE II: DESPLIEGUE DEL PROCESO



Es importante señalar que paralelo a este proceso de alcance estratégico, se requiere concordar acciones en las Mesas Regionales, que generen acciones en el corto plazo, que visibilicen la voluntad política, amalgamen a los actores en acciones concretas y permitan afrontar problemas que requieren un abordaje para el corto (y muchas veces inmediato) plazo.

Es importante que la Mesa Regional de cuentas a alguna instancia (el Consejo Regional, el Consejo Regional de Salud, la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, etc.) dependiendo del nivel de legitimidad de estas instancias. Asimismo debe considerarse la emisión de una norma que legalice este espacio de participación y encuentre en la Sociedad Civil un actor protagónico.

Entre los actores que deben ser convocados está el propio Ministerio de Salud, en la medida en que como institución rectora requiere asumir un rol protagónico en este espacio de participación, permitiendo un nivel de coordinación entre el nivel nacional y el regional en el desarrollo de estrategias e iniciativas. Otros actores que pueden ser incorporados son las organizaciones cooperantes (la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, CARE Perú, etc.) así como instituciones como la Defensoría del Pueblo, etc.

► ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA EN RECURSOS HUMANOS?

Los principios que deben orientar la política regional y las estrategias que se desarrollen surgen de la propia realidad regional, de los valores que orientan el accionar de actores e instituciones, y en última instancia han de conducir las prioridades que se asignen en el momento de enfrentar los problemas. Estas políticas y estrategias requieren enmarcarse en los procesos conducidos por las instancias nacionales, pero requieren impregnarse y adecuarse de la realidad regional.

Con fines de orientación enunciaremos aquellos definidos por la Política Nacional de Recursos Humanos :

SOLIDARIDAD	Principio fundamental y condición indispensable para la vigencia de los demás principios de la atención sanitaria. Sin solidaridad no hay universalidad, equidad ni integridad de la atención.
HUMANISMO	Todo ser humano, sin importar su condición social, edad, nivel educativo o visión del mundo, es valioso en sí mismo y puede aportar, tanto para la edificación propia como para la sociedad.
INTEGRIDAD	Entendiendo el trabajo en salud, de manera integral, desde dos dimensiones, integradas e indivisibles, la dimensión humana y la dimensión técnica o laboral.
UNIVERSALIDAD	El campo de los recursos humanos abarca a todo el personal del sector salud, sin exclusión alguna.
EQUIDAD	Priorizando aquellos grupos de población vulnerables y excluidos.
CALIDAD	El desarrollo de recursos humanos incluye la idoneidad en la competencia técnica del personal de salud (conocimientos, actitudes, aptitudes y habilidades), así como las condiciones para un trabajo decente.
EFICIENCIA	Valor fundamental para optimizar la productividad de los recursos humanos, y dotar de racionalidad a los recursos financieros y logísticos que siempre son escasos.
ÉTICA	Con valores que sustenten un irrestricto respeto a la vida, a la dignidad del ser humano y a los derechos humanos, sin distinción de edad, raza, sexo, estado socioeconómico, diversidad cultural o de otra índole.
TRANSPARENCIA	Compromiso con la construcción y consolidación de una cultura de rendición de cuentas a la sociedad civil.
CIUDADANÍA	Participación abierta y decidida del personal de salud como condición básica para andar el camino de la democracia.

²⁷ Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud, 2005. Perú.

¿QUÉ POLÍTICAS PROPONER?

Las políticas requieren surgir desde el máximo nivel de consenso alcanzado a nivel regional. Con fines de orientación se presenta aquellas delineadas a nivel nacional:

1

Formación de recursos humanos en salud basado en el modelo de atención integral de salud, el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico de la población, tomando en cuenta las particularidades regionales y locales.

2

Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el sociocultural y epidemiológico, así como las necesidades de salud de la población, particularmente de la más excluida.

3

Gestión descentralizada de recursos humanos en salud como parte de la gestión de los servicios de salud, reconociendo la centralidad e integralidad de los recursos humanos en el desarrollo organizacional.

4

Gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades del personal de salud, a fin de contribuir a la mejora de su desempeño y de la atención de salud de la población.

5

Valoración de los agentes comunitarios de salud como recursos humanos relevantes del sistema de salud, así como la apreciación de su contribución a la salud y desarrollo, tanto en el ámbito local, regional y nacional.

6

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.

7

Mejoramiento de las condiciones de trabajo y promoción de la motivación y compromiso del trabajador, que contribuyan a una renovada cultura organizacional y aseguren la entrega de servicios de salud de calidad.

8

Impulso de procesos de concertación y negociación en las relaciones laborales, basados en el respeto y dignidad del trabajador para el logro de la misión institucional.

Estas son algunas de las propuestas, pero pueden surgir varias más y de ellas han de desprenderse las propias estrategias.

De esta manera, el espacio fundamental sobre el cual construir políticas es el de un espacio participativo, pero con claros objetivos. La autoridad sanitaria debe asumir su rol como garante de la salud de la población en el ámbito de su territorio, y movilizar todas las capacidades regionales, articulándose con el nivel nacional. El papel de la sociedad civil con ForoSalud es el ser la voz de los usuarios, incorporando el derecho a la salud, el respeto a la diversidad, a las costumbres y culturas, y a la condición de ciudadano como ejes centrales de las políticas y estrategias a desarrollar, en este caso en el campo de los recursos humanos.

No podremos alcanzar nuestros objetivos sino nos encontramos con personal suficiente, adecuadamente distribuido y recompensado, competente y comprometido en este gran esfuerzo, todos juntos por hacer realidad el derecho a la salud para todos los peruanos y peruanas.

