



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE GESTION DEL DESARROLLO DE LOS  
RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

**DOCUMENTO DE TRABAJO**

**PLAN PARA UNA DÉCADA DEL DESARROLLO DE LOS  
RECURSOS HUMANOS DE SALUD: PROPUESTA  
CONCERTADA PARA LA ACCIÓN**

**2006-2015**

**LIMA PERU**

**MAYO 2006**

# INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Nº</b>
Introducción	
EL PANORAMA DE LA FUERZA LABORAL EN EL MUNDO	6
DETERMINANTES DE LA FUERZA LABORAL	7
PANORAMA DEL CAMPO DE LOS RHUS EN LAS AMÉRICAS	8
PANORAMA DEL CAMPO DE LOS RHUS EN EL PERÚ	9
EL ESTADO DE SITUACIÓN: AGENDA DE PROBLEMAS EN EL PERÚ.	10
UNA PROPUESTA DE CAMBIO EN EL CAMPO DE LOS RHUS	20
MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LÓGICO	24

**INTEGRANTES DE LAS MESAS DE TRABAJO**

MESA 1		MESA2		MESA 3	
NOMBRES	INSTITUCION/OFCINA	NOMBRES	INSTITUCION/OFCINA		INSTITUCION/OFCINA
Dra. Donatila Avila Chávez	Directora Ejecutiva de Gestión y Desarrollo RRHH Disa Lima Ciudad	Lic. Estela Hernández	Representante AMARES	Sr. Roberto Trujillo Torres	Jefe de la Oficina de DRRHH DISA Lima Norte
Dr. Francisco Chunga Olivos	Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo RRHH Disa Lima Norte	Dr. Raúl Nalvarte Tambini	Director de Desarrollo RRHH DISA Lima Ciudad	CPC.Juan Manuel Mendoza Ochoa	Director Ejecutivo RRHH DIRESA Arequipa
Lic. Elizabeth Yovanni Soto Montejo	Directora Ejecutiva de Gestión y Desarrollo RRHH Disa Lima Este	Sra. María Luisa Urqueaga Reyna	Equipo Técnico de RRHH DISA Lima Norte	Dr. Luis Deza Navarrete	Director General DIRESA Lambayeque
Dr. Angel Iribari Poicón	Director General DIRESA La Libertad	Dr. Miguel Angeles Pomareda	Representante Colegio Químico Farmac.	Sra.Melvi Herencia Zapana	Directora de RRHH Cusco
Dr. Rodolfo Gonzáles Ramírez	Director General DIRESA Piura	Obst. Rosa Elena Lara Valderrama.	Decana del Colegio de Obstetrices	Sr.Oscar Cubas Fernandez	Hospital Loayza - Jefe del Area de Selección de Personal
Dr. Anderson Sánchez Sotomayor	Director General DIRESA San Martín	Lic. Carlos Cajo Senccho	Representante del Colegio Psicólogos	Sr. José Pérez P.	Representante ESSALUD
Dr. Orlando Martín Clendenes Alvarado	Director General DIRESA Amazonas	Lic.Eva Miranda Ramón	Especialista en RRHH PARSALUD	Sr. Sergio Requena Villavicencio	Secretario Nacional FENUTSA
Eco. Ciro Echegaray Peña	Director General de Gestión RRHH - MINSAs	Dra. Ada Pastor Goyzueta	Representante PHR PLUS	Sr. Lider Córdova Moncada	Secretario General IDREH
Dra. Aida Palacios Enriquez	Direcc. Ejecutiva de Servicios de Salud-MINSAs	Lic. July Mamani Solis	Representante Capacitación Lima Ciudad	Sra. Graciela Ferrer Tagle	Representante de ASPEFOBST
Dr. Richar Ruiz Moreno	Asesor de la Dirección General de Promoción de la Salud	Sra. María Teresa Mimbela Cubillas	Representante de ASPEFOBST	Lic. Santos Caballero Zavala	Director Ejecutivo de Adm.RRHH MINSAs
Dra. Luz Loo Palomino	Directora Ejecutiva de la Direc. Eje. De Gestion Sanitaria DGSP	Sra. Ruth Seminario Rivas	Representante de ASPEFEEN	Lic.Alfredo Sernaque	Consultor RRHH MINSAs
Lic. Mercedes Arévalo Guzmán	Directora Ejecutiva de Educación para la Salud-DGPROMS	Dr. Wilfredo Oswaldo Pino Chávez	Director General DIRESA Arequipa	Lic. Arturo Gonzales Sanchez	Director Ejecutivo OGPE -MINSAs

MESA 1		MESA2		MESA 3	
NOMBRES	INSTITUCION/OFICINA	NOMBRES	INSTITUCION/OFICINA		INSTITUCION/OFICINA
Dra. Ariela Luna Flores	Coordinadora Técnica PARSALUD	Lic. Gladys Suárez Ballarte	Encargada de Desarrollo de RRHH DISA Lima Sur	Dra. Luisa Hidalgo	Representante PATHFINDER
Dra. Mónica Padilla	Representante OPS	Dr. Carlos Salcedo Espinoza	Director General Formación y Perfeccionamiento	Dr. Leo Nederveen	Representante de AMARES
Dra. Betsy Mscoso Rojas	Directora Oficina General de Información Estratégica RRHH	Dra. Nelida Chavez de Lock	Decana del Colegio de Enfermeros	Lic. María Casas Sulca	Representante AMARES
Dr. Lizardo Huamán Angulo	Director General de Políticas, Gestión RRHH	Dra. Isabel Chaw Ortega	Directora Ejecutiva - Direc. Ejecutiva De Calidad en Salud - DGSP	Sr. Ricardo Velásquez Quiroz	Secretario Nacional FENUTSA
Dra. Nancy Olivares Marcos	Representante CNS	Dr. Isaías Peñaloza Rodríguez	Decano del Colegio Médico del Perú	Sr. Néstor Salas Cordero	Secretario Nacional FENUTSA
Dra. Mercedes Saravia Bartra	SubGerente ESSALUD	Lic. Rosa Merino Cáceres	Directora Ejecutiva de DRRHH MINSA	Lic. Luis Cáceres Cervantes	Secretario General del Federación CUT ESSALUD
Lic. Madelaine Sánchez Velarde	Representante DISA IV Lima Este	Lic. Luz Lugo Olivos	Direcc. Ejecutiva Atención Integral DGSP	Dr. Víctor Loza Becerra	Presidente de la Federación Médica
Lic. Vilma Scarzi	Representante Of. General de Planeamiento Estratégico	Dr. Benjamín Castañeda Castañeda	Representación del Decano Frank Lizarazo –Facultad Medicina USMP	Lic. Margarita Perez Silva	Presidenta (e) de la Federación de Obstetras
Lic. Ricardo Walter Saavedra López	Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo RRHH Disa Callao- Relator de la Mesa N° 1	Dr. Luis German Quinto Cesare	Decano de Facultad de Medicina Hipólito Unanue de la UNFV	Dr. Pedro Díaz Urteaga	Sub Jefe IDREH
Dr. Luis Alberto Huamani Palomino	Director General DIRESA Junín- Secretario de la Mesa N° 1	Dr. Alejandro Llanos Cuentas	Hospital Cayetano Heredia	Dra. Carmela Quevedo Gallo	Directora General Investigación Académica
Dra. Marisol Egúsqiza Ortega	Representante Hospital Loayza- Presidente de Mesa N° 1	Dr. Victor Cuba Ore	Decano de la Facultad Salud Pública Universidad Peruana Cayetano Heredia	Dr. Ricardo Zuñiga Cárdenas	Asesor IDREH

MESA 1		MESA2		MESA 3	
NOMBRES	INSTITUCION/OFICINA	NOMBRES	INSTITUCION/OFICINA		INSTITUCION/OFICINA
Sr. Guillermo Molinari Palomino	Director de la Dirección Nacional de Educación Secundaria y Superior Técnica	Lic. Gladys Zarate	Representante OPS	Lic. Nilda Solis	Representante Sindicato Nacional de Enfermeros del MINSA
Dr. Julio Castro Gómez	Representante de FORO SALUD	Lic. Lindaura Liendo Lucano	Directora Ejecutiva Políticas	Dr. Victor Raul García Torres	SECCOR - CNS
Dra. María Valcarcel Saldaña	Representante ASPEFAM* Of. 178-2006 -ASPEFAM -P.	Lic. Ena Llamosas Félix	Equipo Técnico RRHH	Dr. Jaime Moya	Director de Servicios Básicos DGSP
Dr. Victor Raul García Torres	Representante CNS	Dra. Merida Aliaga Santa María	Representante CONADASI	Dra. Rosi Castellanosdel Portal	Representante de ASPEFAM
		Dr. Luis Caravedo Reyes	Representante de UPCH	Lic. Luis Cáceres C.	Representante FE-CUT-ESSALUD
		Dr. Robert Palomino de la Gala	Representante CONAREME	Lic. Eduardo Saldaña Goicochea	Representante FE-CUT-ESSALUD
		Sra. Victoria Otarola	Representante de la Dirección Nacional de Educación Superior Técnica		
		Raúl Choque Larrauri Inés Vaccari	Representante de la DGPS		
		Lic. María del Socorro Millones Olaya	Jefe de la Unidad de GCRH - EsSalud		
		Nelson Morales Soto	Representante de la Facultad de Medicina UNMSM		
		Dr. Pedro Mendoza Arana	Representante de ASPEFAM		
		Dr. Manuel Nuñez Vergara	Equipo Técnico PRGDH		



## I. INTRODUCCIÓN

En estos instantes millones de personas en el mundo se encuentran en la primera línea de batalla por la supervivencia humana. Son los trabajadores de salud que se preparan para quizá una de las últimas oportunidades que el hombre tiene para revertir una crisis de salud sin precedentes en su historia, crisis cuya característica principal es la coexistencia de brechas inaceptables: en la primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas, nuevos medicamentos y tecnologías versus esperanza de vida de países enteros desplomados a la mitad del nivel de los países de altos ingresos. Paradójicamente, estos ilustres combatientes vienen de un siglo en el que han compartido el podio de los laureles con los avances médicos y sanitarios más espectaculares de la corta historia humana.

En ese contexto, los trabajadores de Salud, son una especie de ejército de mujeres y hombres que se encuentran en real desventaja frente a sus viejos y nuevos enemigos: el deterioro de la salud de las poblaciones, el pavor de las nuevas epidemias, la malnutrición y el desmedro creciente del medio ambiente. Pero al parecer están perdiendo la batalla. Muchos de ellos se notan estresados, sobrecargados de tareas, que no cuentan con el respaldo necesario y cuyo número es absolutamente insuficiente para enfrentar los drásticos retrocesos en la salud de nuestros días. Muchos caen víctimas de tensión, otros por infecciones adquiridas en el ejercicio de sus tareas y demasiados migran hacia naciones más ricas buscando mejores horizontes y no precisamente para encontrarlos: todos sabemos que la inmensa mayoría de ellos realiza trabajos de menor jerarquía técnica que para los que han sido formados.

Este año, la celebración del Día Mundial de La Salud honró a los trabajadores de salud, considerando que eran los recursos más valiosos que tenemos para nuestra salud, esta conmemoración, siendo de carácter universal, en nuestras Américas se ha constituido en un hito de inicio de lo que sería una Década centrada en los esfuerzos de los países de la Región por mejorar las condiciones y competencias de la fuerza laboral, así como su distribución y ubicación en los lugares adecuados. En la Reunión Regional de los Observatorios de los Recursos Humanos en Salud, realizada en Octubre del 2005 en Toronto, Canadá, se hizo el un “Llamado a la Acción” para que la próxima década sea de movilización de actores nacionales e internacionales del ámbito de la Salud, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS), que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de las prioridades nacionales de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas para el 2015.

Se trata de que en los próximos diez años, gobiernos y actores sociales hagan del desarrollo de los recursos humanos en salud una prioridad de sus estrategias, de manera que comprometan voluntad política, actuaciones públicas y recursos financieros para que los trabajadores de salud puedan ejercer realmente bien sus funciones con los instrumentos que les son más necesarios: desarrollo de sus competencias, compensación adecuada, Buenas condiciones de trabajo y políticas de apoyo.

El Ministerio de Salud, en consonancia con sus compromisos internacionales en materia de salud, el compromiso asumido en la reunión de Toronto, sus lineamientos de política sectorial y los ocho Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, ha decidido desplegar todos sus esfuerzos para ello, en ese sentido, este II encuentro de gestores de recursos humanos de salud, busca ser el inicio de un diálogo nacional para el desarrollo de una plataforma amplia de acción basada en la concertación de esfuerzos de actores políticos, sociales, e institucionales, relacionados con el Campo de los RHUS y que permita que el plan para la década de desarrollo de los RHUS sea viable y sostenible en el tiempo.

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) como instancia para la conducción del Campo de los RHUS, viene desarrollando un importante esfuerzo por revalorar el tema dentro de los procesos de reforma emprendidos en los últimos años. La estrategia que se utilizó para el

cumplimiento de sus funciones fue el afianzamiento de espacios de concertación preexistentes o la promoción de otros, tratando de generar un liderazgo basado en la convocatoria amplia y democrática, la búsqueda de consensos y los acuerdos compartidos entre los múltiples actores del Campo. De ese modo se logró la aprobación de los ocho Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS, para cuyo proceso de implementación se continuó con la misma estrategia, es decir construyendo un proceso participativo y concertado por lo que se instalaron Mesas de Trabajo, multiinstitucionales y con participación de expertos con este propósito.

en el campo de los recursos humanos de salud. Dentro de sus atribuciones ha formulado, como parte de un proceso de trabajo concertado con múltiples actores de esta campo, ocho **Lineamientos de Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud**. Dichas políticas han sido recientemente aprobadas mediante la Resolución Ministerial N° 1007-2005/MINSA.

En ese marco, al que se suma el relacionado al proceso de descentralización en el que se encuentra nuestro país, el IDREH a través de su Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, ha creído conveniente, desarrollar un proceso de difusión e implementación de dichas políticas, para lo cual ha promovido la conformación de Mesas de Trabajo de implementación de Políticas de Recursos Humanos. Dichas mesas, en cuya conformación participan los actores sociales mas relevantes del amplio campo de los recursos humanos en salud del país, se han formado de la siguiente manera:

- a. Mesa de Trabajo 1.- Intervenciones referidas al fortalecimiento de la Rectoría, el Planeamiento estratégico y la Gestión Descentralizada de Recursos Humanos en Salud. Lineamientos involucrados: 2, 3 y 5.
- b. Mesa de Trabajo 2.- Intervenciones referidas al Desarrollo de las Competencias de los Recursos Humanos en Salud. Lineamientos involucrados: 1 y 4.
- c. Mesa de Trabajo 3.- Intervenciones referidas a la Gestión del Trabajo: Lineamientos involucrados: 6,7 y 8.

Considerando la complejidad y dimensión de las acciones requeridas para el desarrollo de los recursos humanos en salud, se busca que a través de las mesas de trabajo, los actores sociales que participan en cada una de ellas, reflexione sobre la problemática de recursos humanos y plantee alternativas de intervención, priorizando las acciones y estableciendo un plan de trabajo a ejecutar.

En ese espacio de encuentro múltiple, se concordó formular el plan de implementación a través del enfoque del marco lógico, de tal manera que los lineamientos de política se transformaran en propósitos y a partir de allí se organice la jerarquía de objetivos y los indicadores correspondientes.

Este plan de implementación inicialmente no tenía una temporalidad establecida, pero era patente que era de largo aliento. Luego de la Reunión de Toronto, se incorporó la idea del Plan Decenal, que no solo traía el aliento temporal para el plan, sino una serie de desafíos que, con la concepción de formación de política pública interactiva e iterativa a la cual nos adherimos, es decir, aquella política que conversa con múltiples actores y a la vez siempre regresa al inicio para ser revisada, creemos indispensable incorporarlos como parte del “hacia donde” queremos caminar en el Campo de los RHUS.

## II. EL PANORAMA DE LA FUERZA LABORAL EN EL MUNDO

Todos nosotros en algún momento, trabajamos para la salud: la madre que cuida de su bebé, el hijo que acompaña a sus padres al hospital o el curandero que recurre al saber ancestral para atender y confortar; por lo tanto, consideramos que “son trabajadores sanitarios todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud”<sup>1</sup>. Según la OMS, en el

---

<sup>1</sup> COLABOREMOS POR LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2006. OMS.



mundo existen unos 59,2 millones de trabajadores remunerados a jornada completa; los proveedores de servicios de salud constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial y el tercio restante está constituido por personal administrativo auxiliar<sup>2</sup>.

De manera global, todos los países, sean pobres o ricos, sufren de desajustes y desequilibrios numéricos, geográficos y de especialidades en su fuerza laboral de salud de manera más estratégica; desequilibrios que podrían resumirse como<sup>3</sup>:

- a. Déficit global.- Existe una inmensa escasez global de trabajadores de salud. Estimaciones, todavía algo generales, permiten calcular que son necesarios más de cuatro millones de trabajadores. Los países de África Subsahariana tienen que casi triplicar el número actual de trabajadores, a través de acciones de retención, reclutamiento y entrenamiento, si pretenden lograr los Objetivos Del Milenio (ODM) para salud.
- b. Desajustes en las habilidades.- Casi todas las naciones sufren marcadas desigualdades en las habilidades de sus trabajadores de salud. En algunos la mezcla de habilidades está inclinada hacia médicos y los especialistas. En muchos se posterga el logro de una combinación donde la salud pública basada en la población sea lo prioritario. Muchos países deben renovar sus planes de salud hacia una fuerza de trabajo que refleje mejor sus necesidades, especialmente promoviendo el desarrollo de trabajadores comunitarios y auxiliares del trabajo sanitario.
- c. Malas distribuciones.- Casi todos los países sufren de una mala distribución de sus trabajadores de salud, agravada por migraciones no planificadas. Asimismo, la concentración urbana de los trabajadores es un problema generalizado. Mejorar la equidad al interior de los países requiere incorporarlos a comunidades rurales y marginales, así como retenerlos en estos lugares. En muchas naciones existe además una mala distribución entre los sectores públicos y privados. La inequidad internacional se ve agravada por la migración internacional no planificada, con la consiguiente pérdida de enfermeras y médicos, lo que debilita aun más la situación en naciones pobres que exportan profesionales.
- d. Ambientes de trabajo inadecuados.- Casi todos los países deben mejorar sus ambientes de trabajo dándole mayor relevancia a las buenas prácticas en salud con respecto al manejo apropiado de los recursos existentes, disponibilidad de insumos y existencia de equipos adecuados. Al mismo tiempo deben establecerse tanto incentivos monetarios como no financieros para retener y motivar a los trabajadores de salud. Las voces de los trabajadores de salud deben ser escuchadas.
- e. Conocimiento limitado.- Una débil base de conocimiento sobre la fuerza laboral en salud impide la planificación, adecuadas políticas de promoción de la misma y la efectiva operación de programas de salud. Información dispersa e insuficiente, datos fragmentados y pocas investigaciones, son deficiencias que deben ser remediadas.

Sin embargo, las evidencias confirman que la fuerza laboral mejora el desempeño de los sistemas de salud, cuando cuenta con estrategias efectivas. Ello puede ocurrir inclusive bajo circunstancias difíciles. El camino fundamental para alcanzar los ODM es a través de los trabajadores; no hay atajos. Los trabajadores, por su puesto, no son la panacea. Construir una fuerza de trabajo con un alto desempeño requiere de un esfuerzo enorme, consistente y sostenido en el tiempo. Para que los trabajadores sean efectivos en su quehacer, deben contar con medicamentos y equipos. Y para que puedan usar eficientemente los mismos deben estar motivados, calificados y debidamente apoyados.

La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas de salud, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores de

---

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Informe Estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud. Noviembre del 2004 ([www.globalhealthtrust.org](http://www.globalhealthtrust.org))

salud están efectivamente relacionados con las coberturas de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector salud<sup>4</sup>.

En los sistemas de salud, los trabajadores de salud funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o no de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros. De ellos depende la profundidad de los cambios y en que condiciones se darán los servicios ya que son, en última instancia, los que deciden el tipo de cuidado que brindará, la calidad, intensidad y continuidad de la misma. No hay ninguna máquina o sistema monitor que tenga la capacidad de dar virajes y producir ajustes en los procesos según estos lo requieran, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovación.

### III. DETERMINANTES DE LA FUERZA LABORAL

En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores por que han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas, algunas antiguas y otras nuevas. A estas fuerzas se denomina “determinantes” y pueden agruparse como:

- a. Determinantes relacionadas con las necesidades sanitarias: transiciones demográficas y epidemiológicas que inducen cambios en las amenazas para la salud de la población y a cuyos cambios el personal debe responder.
- b. Determinantes relacionados con los Sistemas de Salud: las políticas de financiamiento, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores pueden modificar radicalmente lo que se les exige a los trabajadores de salud.
- c. Determinantes relacionados con el contexto: Los trabajadores de salud, buscan oportunidades en mercados laborables cada vez mas difíciles, altamente competitivos, concentrados en las áreas urbanas de mayor desarrollo y de fácil acceso; el mercado educativo cada vez tiene una lógica global y las reformas del sector público han cambiado radicalmente el panorama del trabajo en los servicios de salud (búsqueda de la eficiencia, flexibilización laboral, precarización del trabajo, restricciones presupuestarias, etc.)

### IV. PANORAMA DEL CAMPO DE LOS RHUS EN LAS AMÉRICAS

Para América Latina, la importancia de los Recursos Humanos en Salud se expresa por las siguientes características específicas<sup>5</sup>:

- a. Una fuerza laboral extensa (aprox. 7 millones de personas en América Latina y el Caribe), mayoritariamente femenina, en actividades mano de obra y conocimiento-intensivas.
- b. Un Sector Público como empleador más importante.
- c. Gasto elevado de personal: 60-70% del presupuesto de servicios de salud pública.
- d. Alta dinámica tecnológica con repercusión sobre la estructura de trabajo.
- e. Relaciones laborales complejas con alta tasa relativa de sindicalización y fuerte representación de asociaciones profesionales.
- f. Nivel alto de conflicto en las relaciones laborales.
- g. Debilidad en la formulación y planificación de políticas.

---

<sup>4</sup> COLABOREMOS POR LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2006. OMS.

<sup>5</sup> Rigoli Félix: Los Observatorios de los Recursos Humanos en América Latina. Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS- Washington. <mailto:rigolife@paho.org>. Tomado de [http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/Observatorio\\_AL\\_Livro.pdf](http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/Observatorio_AL_Livro.pdf).

Un dato relevante de la realidad del campo de los recursos humanos en América Latina<sup>6</sup> es la persistencia, o agravamiento, de problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza laboral en salud en casi todos, por no decir todos, los países. Es decir, la persistencia de problemas "típicos" de la planificación de recursos humanos.

A estos "viejos problemas" se agregan otros derivados del contexto sanitario (incluidas las limitaciones de recursos para la operación y funcionamiento de los sistemas de salud), de los cambios sectoriales en curso (en el financiamiento o la estructura) o de los cambios en los modos de regulación laboral (algunos de ellos de alcance suprasectorial); de las nuevas condiciones consecuencia de objetivos sectoriales (cambios en los modelos de atención, en modelos de gestión, programas de mejoría de la calidad, mejoría de la productividad, etc). Esta compleja problemática obliga a redefinir el rol, el lugar y el alcance de las funciones sustantivas que expresan e instrumentan la intervención tanto del Estado como de la sociedad civil en el campo de los recursos humanos, entre ellas la planificación de recursos humanos, ahora indisolublemente ligada a la regulación y la gerencia y en función de las políticas de recursos humanos.

## V. PANORAMA DEL CAMPO DE LOS RHUS EN EL PERÚ

En el campo de los recursos humanos en salud, la situación es compleja y conocida: estamos de acuerdo que dos décadas de "Reforma económica" y sectorial han limitado los gastos, congelado los nombramientos y salarios, precarizado el trabajo, restringido los presupuestos del sector público y permitido una serie de logros productivos sin desarrollo humano.

El ciclo largo de recursos humanos se caracteriza por ciertas regularidades que se retroalimentan, siendo central para su reproducción una manera de regulación y autoregulación, no sólo jurídica, sino política, social y cultural.

Todos los estudios de recursos humanos en el Perú realizados en los últimos años, que alimentan nuestro informe de país, revelan aspectos de este "modo de regulación" – de desregulación debiéramos decir –, que ha terminado por modificar el status de las profesiones de salud y el de la formación en salud.

El ciclo largo actual ha venido configurándose a partir de varios desplazamientos, que han terminado produciendo la nueva situación:

- a. La desarticulación entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de los servicios y la demanda educativa muy por encima de la oferta de las universidades e institutos superiores.
- b. La ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud y por tanto el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995 en adelante, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento sino del mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.
- c. El cambio en simultáneo del régimen laboral, del sistema de nombramientos al de contrataciones y el mantenimiento del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas, además de las de la base de la pirámide, la afectación del status de las profesiones de salud y en algunos casos su paso a semi-profesiones, el retorno de la conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos;
- d. La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al gerencialismo, como efecto indirecto de la globalización, pero

---

<sup>6</sup> Brito, P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. OPS. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.

como demostración, también, de la característica emprendedora de los peruanos, variable clave hoy del desempeño.

- e. El serio debilitamiento de la rectoría, con la dispersión de ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, y el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

## **VI. EL ESTADO DE SITUACIÓN: AGENDA DE PROBLEMAS EN EL PERÚ.**

Bajo este particular modo de regulación desinstitucionalizado, los actores y los procesos vienen produciendo resultados, que configuran la situación de los recursos humanos en salud. El estado de situación es así la resultante de los encuentros y desencuentros de los actores en el entramado de los procesos de gobierno; los procesos de trabajo; y los procesos relacionados a las competencias de los RHUS, en sus caras: la de la formación profesional y técnica y el de las competencias en, el y para el trabajo. Este listado de problemas puede caracterizarse de la siguiente manera:

### **a. Problemas relacionados con la gobernabilidad del campo de recursos humanos.**

#### **i. Débil rectoría del campo de recursos humanos.**

La creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) en el año 2001 fue motivada por la preocupación por la poca visibilidad de la problemática de los recursos humanos en los 90. A cuatro años de su fundación, el IDREH se encuentra aún en tránsito entre su anterior funcionamiento como Escuela Nacional de Salud Pública y su rol actual de rectoría.

Se necesita por tanto un fortalecimiento de las capacidades de rectoría del IDREH y una especial atención a su desarrollo y a la construcción de viabilidad para sus propuestas. La política de recursos humanos no está en la agenda pública ni sectorial pese a la sensación ahora sí generalizada de constituir un problema clave para el desempeño del sistema de salud. Hay la ausencia de un sentido direccional claro, pero también de un centro programático y un espacio de referencia, que haga que dejen de existir tantos “poderes fácticos”, que ejercen rectoría real: las entidades formadoras, varias direcciones en el propio Ministerio, ESSALUD y diferentes instancias de conducción de los sistemas proveedores, que gestionan las políticas de recursos humanos efectivas.

#### **ii. Legislación fragmentada de las profesiones de salud.**

Hasta hace poco la única profesión de salud que contaba con un dispositivo jurídico específico para ella era la profesión médica, mediante la Ley General de Trabajo Médico (Decreto Legislativo N° 559), promulgada en marzo de 1990 y reglamentada recién 11 años después, en julio del 2001, mediante Decreto Supremo N° 024-2001-SA.

Lo nuevo en estos últimos cuatro años ha sido la emisión de leyes de profesiones para enfermería, obstetricia, odontología y los tecnólogos médicos. Los directivos de las profesiones han reaccionado ante la sensación de postergación tratando de delimitar los ámbitos profesionales, lo que ha costado algunas fricciones interprofesionales y recelos mutuos sobre intrusismo profesional. Sólo en algunos casos se ha pedido el cambio en el régimen laboral y en las condiciones remunerativas.

### **iii. Autorregulación profesional, a falta de regulación profesional.**

La recertificación profesional ha surgido desde los colegios profesionales, como un ejercicio de autovigilancia de la calidad. La primera experiencia fue planteada por el Colegio Médico en 1998 y ha terminado estructurándose como un sistema para que el médico pueda ser recertificado periódicamente. En el año 2003, 11 mil de los aproximadamente 33 mil médicos hábiles, solicitaron su recertificación y cerca de 20,000 participaron en alguna actividad de educación permanente vinculada a la recertificación.

Este proceso de autorregulación se ha extendido a los Colegios Profesionales de Enfermería, Obstetricia y Odontología. Es importante señalar que estos procesos todavía están basados en la demostración documentaria de aprobación de cursos, no siempre relacionados con las labores reales que se realizan. En el caso del Colegio Médico del Perú, se ha aprobado un nuevo Reglamento de Recertificación, para introducir progresivamente la recertificación por competencias profesionales.

### **iv. Distribución inversa entre recursos humanos y situación de salud.**

La disponibilidad de recursos humanos está en los estándares internacionales pero su distribución es inequitativa e inversa en relación a los problemas centrales de salud.

Esto se aprecia contrastando la distribución de médicos y la tasa bruta de mortalidad, terreno en el cual las mayores tasas de médicos por habitantes corresponden a departamentos con menor mortalidad general. Igual pasa en relación a la mortalidad infantil, en que la situación se repite aunque más pronunciada.

### **v. Migración de profesionales en aumento.**

Reportes de La Dirección de Migraciones dan cuenta que los médicos migrantes pasaron de 4,416 en 1992 a 14,130 en el 2004, esto es, un aumento de 220%. En el mismo período, las enfermeras migrantes pasaron de 2,726 a 7,560 (aumento de 117.3%), las obstétricas de 48 a 1,240 (aumento de 2,483%) y los odontólogos de 184 a 2,112 (aumento de 1047.8%). En el caso de las enfermeras, el país que recibe una gran mayoría de migrantes es Italia, seguida por Estados Unidos y España. Sea cual fuere el destino, este salto en las cifras de migrantes expresa el desequilibrio entre la sobreoferta educativa y la demanda de los servicios en el país. Una franja educativa prepara profesionales de salud para el extranjero.

### **vi. Aumento de recursos humanos y distribución centralista e inequitativa.**

Lo nuevo es que en todas las instituciones del sector salud se produjo en los últimos años un aumento de recursos humanos. En el MINSA y ESSalud los aumentos del personal en relación a 1992 han sido aproximadamente de 46% y 28% respectivamente.

Pero en cuanto a la distribución de recursos humanos en salud por departamentos, continua el centralismo en la distribución de profesionales de salud, concentrándose éstos en Lima y en la costa urbana del país.

En el caso de los médicos, Lima tiene una tasa de médicos por 10,000 habitantes 5.4 veces mayor que Huancavelica (17.7 versus 3.3) y casi el doble que el

promedio nacional, que es 11,5. Además de Lima, sólo Arequipa, Tacna e Ica alcanzan o superan el estándar recomendado por OMS, esto es, 10 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos que existe en el Perú, Lima concentra el 53.19 %.

En el caso de las enfermeras, ocho departamentos tienen una tasa por 10,000 habitantes superior al promedio nacional, evidenciándose una mayor concentración en la costa urbana, aunque con presencia importante en algunos departamentos de mayor pobreza. Del total de enfermeras el 40.23 % se encuentra en Lima.

En el caso de los odontólogos, con tasas por 10,000 habitantes mucho menores que las de otras profesiones, también tienen una distribución centralista, ubicándose básicamente en los departamentos de la Costa. Del total de odontólogos, el 44.25 % se encuentra en Lima. Del total de técnicos y auxiliares el 41.47% se encuentra en Lima.

De otro lado, la distribución de profesionales es inversa a los niveles de pobreza. Para las principales categorías profesionales, existe una gran diferencia entre el grupo de recursos humanos ubicado en distritos no pobres y el grupo ubicado en distritos pobres. En el caso de los médicos, la tasa de distribución es de 3.7 a 1 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para las enfermeras la tasa es de 1.4 entre los estratos no pobres y los más pobres. Para los odontólogos, cuyo número absoluto es menor, la tasa es de 1.43.

#### **vii. Distribución institucional inadecuada de recursos humanos.**

Actualmente ESSALUD tiene una cobertura del 25 % de la población y al MINSA le corresponde una población asignada de por lo menos el 60 % de la población, que es la franja sin acceso a seguro social o a la atención privada.

Sin embargo, las mayores tasas de profesionales médicos y de enfermería en relación a la población las tiene el Seguro Social de Salud (ESSALUD), cosa que no se repite con odontólogos y obstetrices en el MINSA. La tasa de médicos en el MINSA es de 6.54 por diez mil habitantes, mientras que en EsSalud es 9.65 médicos por diez mil asegurados; la tasa de enfermeras en el MINSA es 6.31 por diez mil habitantes y en ESSalud es de 9.83 por diez mil asegurados; la tasa de odontólogos en el MINSA es de 0.99 por diez mil habitantes, mientras que en EsSalud es 0.74 por diez mil asegurados y la tasa de obstetrices en el MINSA es 3.07 por diez mil habitantes y en ESSalud, 1.32 por diez mil asegurados.

#### **viii. Perfiles profesionales y especialidades se desarrollan sin responder integralmente a las necesidades sanitarias y nuevo modelo de atención.**

Al no existir una política que regule el incremento de profesionales de salud y sus especialidades conforme a la demanda y necesidades, los incrementos producen resultados que no compatibilizan con los requerimientos. En general en el sector salud ha decrecido el número de médicos generales, necesarios para reorientar el modelo de atención. Los médicos especialistas presentaron un aumento que supera el crecimiento vegetativo de la población y de los servicios de salud. Hubo un incremento importante de ellos en la mayoría de las instituciones del sector, en particular en el sector privado y las sanidades. En el MINSA el aumento ha sido del 40%. Una de las prioridades sanitarias, la relacionada a salud sexual y reproductiva, fue escenario de un incremento notorio de profesionales; el grupo profesional de mayor aumento fue el de las obstetrices.

**ix. Otros problemas relacionados.**

1. La planificación estratégica de RRHH, con equidad prácticamente no existe.
2. La gestión de RRHH continúa fragmentada.
3. La situación de los Agentes Comunitarios de Salud ha avanzado en algo con el reconocimiento del Día del ACS, pero aún están lejos de constituirse en actores sociales relevantes del SNCDS.

**b. Problemas relacionados con los procesos de trabajo.**

**i. Flexibilización y precarización crecientes.**

A todo lo largo de los 90 ha habido un aumento en el número de recursos humanos y en particular del grupo de contratados por servicios no personales. Los nombrados aumentaron en el periodo 1992-1996 en 27%, los contratados a plazo fijo en 68% y los contratados por servicios no personales en más de 400%. Fue tal el aumento en este último grupo que la preponderancia que había en 1992 del grupo de contratados a plazo fijo se invirtió en 1996 en favor de los servicios no personales.

El incremento de recursos humanos observado en todas las instituciones se debe al gran número de contratados que se han incorporado a ellas. En EsSalud predomina la modalidad de contrato a plazo fijo, en tanto que para el sector privado y el MINSA prima el contrato por servicios no personales. La Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales fue la única institución en que el aumento de recursos humanos fue debido al incremento de personal nombrado.

El año pasado, producto de la huelga médica se logró que se realizaran nombramientos automáticos de una importante cantidad del personal médico. En el caso de otros profesionales de salud, la Ley que autorizaba sus nombramientos ha sido observada y en el caso de ESSALUD el tema de los nombramientos continúa pendiente.

**ii. Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.**

En relación a las remuneraciones del personal del MINSA según cargo, los médicos tienen una remuneración promedio mensual de 2,328.5 soles (705.6 dólares); las enfermeras una remuneración promedio mensual de 971.3 soles (294.34 dólares); las obstetrices ganan mensualmente en promedio 958.51 soles (290.52 dólares); y los odontólogos 955.29 soles (289.57 dólares). Las remuneraciones de los médicos son en promedio casi 2.5 veces más que las de los otros profesionales de salud y 4 veces más que las de los técnicos y auxiliares.

La remuneración por hora en el caso de los médicos del nivel 5, que es la mayor remuneración de los profesionales del MINSA, es de 17.49 soles, equivalente a 5.4 dólares.

En el caso de ESSALUD las remuneraciones son mayores que las del MINSA. En el caso de los médicos del primer nivel profesional (P1) son 1.5 veces mayores que las del MINSA y en el caso de los otros niveles profesionales (P2), son 2.2 veces mayores.

**iii. Subempleo creciente de los profesionales de salud.**

No existe una estadística reciente en el Perú sobre niveles de empleo de los profesionales de salud, por lo que sólo es posible aproximarse al desempleo y subempleo en salud de manera indirecta, a partir de la brecha entre los profesionales colegiados y los que se encuentran laborando en los dos principales empleadores del sector, el MINSA y el Seguro Social. Esto quiere decir que la franja más inestable en términos de remuneraciones y horas laborales es la ubicada fuera de los grandes empleadores. De acuerdo a esta información para el caso de las principales profesiones de salud, la brecha es del 29 % para los médicos, 76% para los odontólogos, 45% para las enfermeras y 56% para las obstetrices. En el caso de los odontólogos, se sabe prima la práctica privada.

Esta franja de ubicación laboral inestable en el sector privado acoge a una capa minoritaria de profesionales pudientes y a una mayoría que constituye la sobreoferta de egresados de las universidades. Todos los estudios de años anteriores han venido indicando la existencia del trabajo médico múltiple, esto es, la simultaneidad de varios trabajos, pero las plazas en el Estado y el Seguro crecen menos que las cohortes de nuevos profesionales. La información más reciente sobre médicos afiliados por las EPS que no laboran a la vez en el MINSA o ESSALUD indican que son 3,240. Dada la crisis de los consultorios privados y en general del subsector privado, salvo una delgada franja privada de élite, es de presumir que estos afiliados tienen casos eventuales. El subsector privado sólo atendía al 7,8% de la franja que manifestaba síntomas o enfermedad al año 2,000 y las EPS apenas cubrían al 0,4%. De otro lado, la situación de las enfermeras y obstetrices sin plazas en los dos subsectores principales es aún peor, pues no suelen tener o integrarse en establecimientos privados. De ahí su creciente emigración.

#### **iv. Insatisfacción del personal de salud con aspectos importantes del trabajo.**

Si bien existe mayoritariamente satisfacción con el trabajo actual (71.8%), existen algunos aspectos con importante insatisfacción: el 26.5% opina que no existe información oportuna y adecuada del desempeño y los resultados alcanzados, y el 14.9% opina que el trabajo en su servicio no está bien organizado. El 31.4%, opina que no se le proporciona los recursos necesarios para tener un buen desempeño en el puesto.

Sobre oportunidades de progreso, sólo el 45% está satisfecho y este es el aspecto de satisfacción más bajo; todos los aspectos de este rubro tienen importante insatisfacción: el 59.4% opina que su sueldo o remuneración no es adecuada en relación al trabajo que realiza, el 49.9% opina que no existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, el 37.1% opina que no tiene oportunidad de recibir capacitación en atención integral y el 35.4% opina que no tiene oportunidad para recibir una capacitación que permita el desarrollo humano.

#### **v. Alta conflictividad laboral en el sector salud peruano.**

Los países donde se realizaron más huelgas en el año 2004 fueron República Dominicana (13), Bolivia (12) y Perú (11). En estos tres países se concentró el 56,80% de las huelgas ocurridas en la región en 2004.

El 81,25% de las demandas que motivaron las huelgas estaban referidas a temas relativos a la economía política del sector, en particular al incremento de salarios y otros beneficios y al reclamo de mayor presupuesto para el sector



salud. La oposición a las reformas sectoriales fue el principal motivo de 10,94% de las huelgas. Demandas referidas a la gestión de las instituciones (pedidos de renuncia, exigencias de restituciones de jefes o funcionarios, rechazo a sanciones, renuncias, y otros asuntos), fueron el principal motivo del 3,12% de las huelgas.

La conflictividad protagonizada por las organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud en el Perú ha comenzado a ser un componente destacado en la movilización social, en particular entre las organizaciones gremiales del Estado. Del año 2003 al 2004 se pasó de 6 a 11 conflictos de alcance nacional en salud. Nueve huelgas de alcance nacional afectaron parcial o totalmente los servicios de salud (excepto la atención de emergencia) y fueron convocadas en demanda de mejoras salariales, incremento del presupuesto del sector y la contratación permanente de personal que se desempeña por acuerdos a término. También hubo paros regionales y a nivel de centros asistenciales. Los gremios obtuvieron algunos resultados para sus afiliados, si bien el parlamento votó una ley que impedía dar aumentos de salario a los funcionarios públicos.

**c. Problemas relacionados a las competencias de los RHUS.**

**i. Oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por amplia demanda.**

En la formación de pregrado de los recursos humanos en salud se ha incrementado enormemente la oferta de Escuelas y Facultades de ciencias de la salud. En el caso de las Facultades de Medicina, éstas pasaron de tres en 1960 a 28 en el 2002. Para el caso de enfermería, en el mismo período pasaron de ocho facultades a 42. Existen Facultades o Escuelas de Medicina en 15 de las 24 regiones del país; Facultades o Escuelas de Enfermería en 22; Facultades o Escuelas de Obstetricia en 18 y Facultades o Escuelas de Odontología en 12. En el caso de medicina y enfermería la oferta privada casi ha alcanzado a la oferta pública, mientras que en obstetricia y odontología la oferta privada ya la superó.

El número de estudiantes de medicina ha aumentado considerablemente, de 11,400 en 1990 a 16,800 en el 2002, es decir 47.4%; el número de estudiantes de enfermería, en el mismo período, aumentó de 7,500 a 14,000, es decir 86.7%.

Los egresados de medicina fueron 983 en el año 1993 y 1,165 en el año 2003, con un crecimiento variable de 1.18. Los egresados de enfermería pasaron de 987 en 1993 a 1,617 en el 2003. Tuvieron el valor más alto de 2,219 egresados el año 1998, y el valor más bajo de 787 en el año 2001. El número de egresados de obstetricia tuvo un pico de 1,183 egresados en el año 1998, bajando luego a 487 egresados en el 2001, permaneciendo actualmente en 720. Luego de algunos años de auge de la formación en obstetricia, ha disminuido el número de egresados. En odontología el número de egresados en el periodo 1993 – 2003 tuvo un inicio y final con pocos egresados: solo 556 en el año 1993 y 634 en el año 2003.

Todo esto se agrava con la creación de las denominadas “Filiales” de las escuelas y facultades de formación que aumenta a lo anterior no sólo el factor numérico, sino graves problemas de calidad en la formación ya que la mayoría de ellas tienen el carácter de informal, es decir que funcionan sin haber pasado por ningún filtro de las instancias normativas de la Asamblea Nacional de Rectores (CONAFU, en este caso). En el caso de Medicina Humana, existe además un filtro que regula la creación de Facultades: el Comité de Acreditación

de Facultades de Medicina, CAFME, para lo cual se han establecido estándares mínimos de acreditación; sin embargo, actualmente la Universidad Particular de San Martín de Porres ha sido "autorizada" por el CONAFU para la creación de una "Filial" de la facultad de Medicina, desconociendo la función reguladora de CAFME, la misma que tiene dicha facultad por Ley (Ley N° 27154 y D.S. N° 005-2000-SA), creando un funesto antecedente que daría "luz verde" a aquellas entidades que están empeñadas en seguir creando más facultades de Medicina.

Esta situación, al existir una escasez de los campos de práctica (llamados campos clínicos) lo que produce su saturación y la presencia masiva de estudiantes en los establecimientos de salud del Estado, contraviniendo esenciales y básicos derechos de los pacientes. Por otro lado, en un mercado laboral contraído, la demanda de profesionales de la salud es escasa, lo que trae como consecuencia el pluriempleo, la subocupación y la desocupación abierta, la misma que tiene una correa de transmisión en la salida masiva de los profesionales que buscan un mejor futuro en el extranjero.

Este desajuste oferta-demanda es cuantitativo, pues no existe una correspondencia entre las vacantes ofrecidas y la disponibilidad requerida, pero es también cualitativo, pues la masificación y la dualización ha traído la mediocrización y la dualización de la formación universitaria y técnica, con lo que se ha cuestionado la calidad del personal formado y el propio status del profesional de salud en la sociedad.

**ii. Aumento de la demanda por especialización como mecanismo de inserción en mejores condiciones en mercado laboral.**

Ha aumentado la demanda por especialización en las profesiones en salud, otro de los mecanismos protectores a los cuales se acogen los egresados para garantizar su empleabilidad y buena remuneración. Las especialidades de postgrado existen en las carreras de Medicina, Enfermería, y Odontología y están reconocidas por sus respectivos colegios profesionales. La más numerosa, que cuenta con financiamiento de las entidades que prestan servicios de salud, es el Residentado Médico. Existe una gran demanda por la especialización médica en los últimos tres años. Del total de postulantes, sólo entre el 26 y 32% ha logrado ocupar algunas de las plazas ofertadas.

**iii. Aumento excesivo de la oferta de formación técnica en salud como negocio privado.**

En el Perú hay desde hace unos años un incremento exponencial de institutos superiores, que se dedican a tres tipos de formación: magisterial, tecnológica y artística. En el año 2003 los institutos superiores tuvieron a 389 mil alumnos, de los cuales el 56% estaba ya en institutos privados, que son los que más han crecido y han superado a los institutos estatales. En el periodo 1998-2003 la matrícula global de los institutos creció en 17%, fenómeno debido a este incremento privado. En la etapa 1993-2003 la matrícula en formación magisterial disminuyó en 46%, desplazándose el atractivo hacia otras carreras técnicas, entre ellas las de salud. La matrícula en los institutos tecnológicos, entre los cuales figuran las carreras de salud, subió en 29% en la etapa 1998-2003, 16% en el caso de institutos públicos y 40% en el caso de privados.

De otro lado, el 86.6% de los Institutos Superiores Tecnológicos (IST) con carreras técnicas en salud son de carácter privado, a excepción de los IST con carreras de enfermería técnica, donde predominan los institutos públicos. Las carreras técnicas en salud que más se ofertan son enfermería técnica (38.6%),

técnica en farmacia (8.4%), técnica en laboratorio (7.9%) y prótesis dental (7.7%).

#### **iv. Desregulación de la formación profesional y acreditación parcial.**

En 1996 se dio la Ley de Promoción Universitaria, que motivó el crecimiento del número de Facultades y Escuelas de Medicina y de otras profesiones de salud. Ante ello se formó una amplia alianza de todos los actores médicos del sector para plantear un filtro que haga más exigente la creación de facultades y escuelas: así nació la acreditación. No nació por tanto desde las universidades existentes, a partir de un movimiento propiamente por la calidad educativa, sino de uno en defensa de la profesión médica.

La acreditación de instituciones formadoras de recursos humanos hasta ahora se ha restringido a la carrera médica. A través de la Ley Nro. 27154 se institucionalizó la Comisión de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (CAFME). En las demás carreras existen avances parciales pero impulsados de manera autónoma (autorregulada) por las Asociaciones de Facultades de Enfermería y Obstetricia. En la actualidad, sin embargo, la CAFME no está muy activa. Aún en el caso de medicina, la acreditación es básicamente documentaria y no se ha avanzado en una verdadera acreditación de competencias profesionales de los egresados.

#### **v. Desregulación de la Formación Técnica en Salud.**

El Ministerio de Educación define las políticas y orienta las estrategias de la Educación Profesional Técnica. Para definir los perfiles profesionales así como para elaborar y ofrecer información sobre la oferta y demanda laboral y educativa coordina con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, otros ministerios y organismos representativos del sector empresarial. El Ministerio de Educación aprueba los perfiles profesionales y los elementos básicos del currículo de Educación Profesional Técnica. Cada centro de Educación Profesional Técnica elabora los currículos de las especialidades que imparte considerando los requerimientos laborales en su ámbito de acción, el desarrollo del conocimiento, las características del estudiante y su proyecto institucional. La participación del Ministerio de Salud en este ámbito es prácticamente nula.

#### **vi. Debilitamiento de la capacitación en servicio.**

En el Perú en la década pasada, principalmente a través de proyectos de cooperación externa como el Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto 2000 (Py. 2000) y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), se desarrollaron importantes acciones de capacitación al personal de salud en actividad.

El PFSS capacitó en gestión en salud a 15,036 funcionarios, 21% en el nivel directivo y 79% del nivel operativo. El Proyecto 2000 capacitó en salud materno infantil al personal de 65 establecimientos de salud en Lima; favoreció con becas para estudios de postgrado en salud pública y afines a 140 profesionales; capacitó en tecnologías perinatales a 149 profesionales y a 3,900 agentes comunitarios de salud. El Proyecto Salud y Nutrición Básica capacitó a cerca de 2,000 prestadores en temas básicos de atención integral y nutrición y a 743 prestadores y 749 agentes comunitarios de 235 establecimientos en la preparación de alimentos, los mismos que han llevado a cabo más de 1,100 sesiones demostrativas a sectores de población priorizada. Se capacitaron además a 788 agentes comunitarios en vigilancia de la salud, y a 1,073

promotores y 204 parteras en salud materno infantil, atenciones de baja complejidad, seguimiento y consejería a familias y poblaciones en riesgo y organización de actividades educativo-comunicacionales.

Todo este esfuerzo de capacitación lamentablemente no ha sido evaluado y no se ha comprobado su relación con mejoras en los procesos de trabajo de los establecimientos de procedencia de los capacitados y con resultados sanitarios atribuibles a la capacitación.

De otro lado, la inversión en capacitación ha disminuido en los últimos años. La asignación presupuestal para capacitación desde el IDREH ha sido hasta ahora de 255,000 soles y 77,000 dólares. Sumando todos los componentes de capacitación de los proyectos de cooperación internacional en el periodo 2001-2005 suman 7'902,000 soles y 2'364,000 dólares. Estas cifras son menores a las que se requieren.

## **UNA PROPUESTA DE CAMBIO EN EL CAMPO DE LOS RHUS: Mejora del desempeño del sistema de salud, con desarrollo humano.**

Para abordar esta compleja problemática el Ministerio de Salud ha dado algunos pasos importantes: Se creó el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, como entidad rectora del campo de los recursos humanos en salud; se dio el carácter estratégico a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, haciéndola depender directamente del viceministro y se ha establecido como estrategia central la construcción de espacios de concertación con los diversos actores del campo y establecido alianzas estratégicas con los mismos.

El IDREH ha venido adoptando para su accionar una estrategia inclusiva y de concertación. En ese sentido, estamos conjugando esfuerzos comunes entre las asociaciones de facultades y escuelas de ciencias de la salud, los colegios profesionales, los trabajadores, la sociedad civil, los prestadores de servicios de salud, las instancias regionales de gestión y prestación de servicios, entre otros actores, a fin de no perder la oportunidad histórica que tenemos para revertir una situación que no debe perpetuarse. Luego de una ardua tarea de reflexión común y de acuerdos básicos entre los actores sociales del campo de recursos humanos tanto a nivel nacional como regional, hemos logrado aprobar de manera unitaria ocho lineamientos de política nacional para el desarrollo de recursos humanos, para cuya implementación se ha seguido el mismo esquema de inclusión y concertación, como pasos iniciales que permitan la construcción de un gran acuerdo nacional para que la nueva década sea de desarrollo de los recursos humanos en salud, aprovechando las ventanas de oportunidad que nos brinda el llamado a la acción de la reunión de los observatorios de recursos humanos de las Américas realizada en Toronto (octubre del 2005), el gran reto mundial de lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los importantes acuerdos multipartidarios sobre salud que, pese a que no se han referido en ninguno de sus puntos a los recursos humanos, es un signo que si es posible ponernos de acuerdo entre peruanos y que existe la voluntad de cambio.

El 30 de Diciembre del 2005 se aprueba los Lineamientos de Política para el Desarrollo de RHUS mediante la RM N° 1007- 2005 /MINSAL, dándole al IDREH la responsabilidad de las acciones para su difusión en el Sector Salud.

Los lineamientos antes citados tiene como ejes centrales, la formación profesional y técnica basada en el modelo de atención y a las necesidades de salud, el planeamiento estratégico de los recursos humanos de salud (RHUS), la gestión de los RHUS en el marco de la descentralización, el rol de los agentes comunitarios en el sistema de salud y los aspectos relacionados a la gestión del trabajo, para lo cual se propende un nuevo marco normativo laboral, condiciones laborales adecuadas y el abordaje concertado de la conflictividad laboral que permita que los trabajadores de la salud cumplan con cuidar la salud de las personas usuarias de nuestro sistema de salud, con calidad y calidez.

Adicionalmente, el MINSAL ha centrado su accionar para regularizar la situación de precarización de las condiciones de trabajo de nuestros trabajadores, logrando el nombramiento de nuestros médicos y estando en proceso el de los otros profesionales de la salud. Es una experiencia importante pero creemos debe ser revisada. A la luz de la experiencia del proceso de nombramiento del personal médico, debería analizar la posibilidad de introducir algunos ajustes indispensables a esta estrategia que en mucho es una estrategia que busca el retorno a una situación anterior de "estabilidad absoluta", sin considerar procesos previos de planificación local y regional de RHUS, lo que implica una redistribución interna, la ubicación de zonas críticas para la cobertura de plazas, entre otros aspectos colaterales; además de no tomar en cuenta los aspectos positivos de las relaciones flexibles (evaluación, promoción e incentivos basados en resultados, por ejemplo)

Se desprende del panorama mostrado que estamos ante una nueva situación de los recursos humanos en salud en el Perú, que invalida una parte de las intervenciones previas no porque no hayan sido pertinentes en su momento, sino por su inadecuación para el momento actual.

La evolución de los cinco desplazamientos ha generado ya un campo desestructurado de recursos humanos, que pone en el orden del día el tema de la gobernabilidad de todo el campo de recursos humanos. Por ello el empeño en una propuesta que busque conjugar Gobernabilidad con Desempeño y este con Desarrollo Humano, teniendo como telón de fondo los cinco desafíos de la década de los RHUS:

- a. Alineación de las políticas de recursos humanos con las necesidades de salud específicas de los países.
- b. Ubicación de las personas precisas en los lugares adecuados.
- c. Administración de los procesos de migración del personal de salud.
- d. Coordinación de los procesos educativos en las instituciones académicas con las necesidades de competencias en los servicios de salud.
- e. Motivación de la fuerza de trabajo del sector salud con adecuadas compensaciones y ambientes de trabajo, y con amplias posibilidades de desarrollo profesional y fortalecimiento.

El problema es complejo porque tiene altas externalidades al sector salud. El tema de las migraciones y de la independencia cada vez mayor de los aparatos formadores respecto a los proveedores de servicios, obligan a trabajar en el nivel de las políticas públicas, yendo más allá de las políticas sectoriales e institucionales. Se requiere introducir en la Agenda Nacional este tema, propositivamente, porque los gremios lo elevan como queja, pero compete elevarlo como tema de interés nacional, en que se juega el destino de la nación: el escenario probable, de no hacerse nada, es la generalización de la educación superior para egresados emigrantes. El Perú como proveedor de técnicos y profesionales hacia fuera, dada la falta de trabajo dentro, actuando, además, como factores de compresión de los salarios dentro.

Y sin embargo, el sector salud puede desde ya hacer mucho para recuperar la gobernabilidad del campo de recursos humanos y para formular e implementar una nueva política de mejor desempeño con desarrollo humanos, pese a la escasez fiscal. Esto quiere decir que la nueva política se propone paulatinamente reequilibrar el campo de recursos humanos, tanto la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación, como los equilibrios dentro de estos dos mundos: el equilibrio entre la cantidad y la calidad en la formación, y el equilibrio entre los sueldos y condiciones laborales – el régimen laboral - y el desempeño. El Perú no está aún en la situación de países con niveles de descontrol de sus campos de recursos humanos que se proponen regular la importación y exportación de profesionales. Todavía estamos a tiempo.

Pero esto supone, evidentemente una conducta proactiva. Por eso proponemos, como estrategias adicionales, las de gobernar la educación desde las plazas ofertadas y sus perfiles; relanzar con nuevas características la acreditación y generalizarla para todos los pregrados, especializaciones y postgrados en salud; formular concertadamente la segunda reforma universitaria en salud; asumir los nombramientos de contratados como parte de un nuevo régimen de premiación del mejor desempeño; abrir el diálogo y la concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos y sus enormes potencialidades para el desarrollo; concertar sectorialmente el requerimiento, siempre permanente, de un mayor espacio fiscal para salud. Para resumir las propuestas hemos intentado ordenar primero la relación entre los 5 desplazamientos, los grupos de problemas y las intervenciones priorizadas.

En ese sentido, producto de un dilatado y productivo encuentro entre diversos actores del Campo de RHUS, tanto nacionales como regionales, ponemos en consideración los resultados propuestos en las tres Mesas de Trabajo, para la implementación de los ocho Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS:

**MESA N° 1**

**MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LÓGICO**

*POLÍTICA N° 2: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE RECURSOS HUMANOS, CON EQUIDAD, ACORDE AL MAIS, EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, EL SOCIOCULTURAL Y EPIDEMIOLÓGICO, ASÍ COMO LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN, PARTICULARMENTE LAS MÁS EXCLUIDAS.*

	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el sistema de salud del país desde la gestión y desarrollo de RHUS.			
<b>PROPÓSITO</b>	Lograr que las diferentes instituciones que trabajan en el campo de la Salud participen concertadamente en la Planificación estratégica de los Recursos humanos en salud, logrando su posicionamiento en nuestra sociedad.	Número de Instituciones del Campo de la Salud con sus Planes Operativos dentro del contexto del Plan Estratégico de la implementación de las Políticas de los RHUS.	Resoluciones Directorales de POI de Instituciones.  Resolución Ministerial aprobando Plan y mecanismos de regulación	Autoridades sanitarias priorizan desarrollo de RHUS.
	R1.1 Elaboración concertada de Plan estratégico del CONADASI .	Documento de Plan estratégico CONADASI	Resolución MINSAs/ Decreto Supremo aprobando Plan estratégico CONADASI.	Acuerdo y compromiso de los miembros del comité y participación de actores relevantes de los campos de la formación y el trabajo en salud actores sociales en el campo de RHUS.
	R2.4: Plan estratégico de CONADASI aprobado posicionado en los campos del trabajo y la formación	Nº de Miembros del CODASI que suscriben el plan	Resolución Ministerial y de la ANR que aprueban el plan .	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.

*POLÍTICA N° 3: GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE RRHH EN SALUD COMO PARTE DE LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, RECONOCIENDO LA CENTRALIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS RRHH EN EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL.*

	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el sistema de salud del país desde la gestión y desarrollo de RHUS.			
<b>PROPÓSITO</b>	Implementar subsistema de gestión descentralizada de RHUS en el marco del SNCDS.	<p>Proporción de instancias del SNCDS (CNS, CRS y CPS) con Comité Técnico de Gestión de RHUS.</p> <p>Proporción de DIRESAs que implementan subsistema de de gestión descentralizadas RHUS.</p>	<p>Actas de instalación remitidas al IDREH</p> <p>Informes de visitas de verificación del Órgano responsable.</p>	Proceso de descentralización continua y transferencia de competencias y recursos a las regiones.
<b>RESULTADOS</b>	R3.1 Elaboración del Diagnóstico de la Gestión de RHUS.	Documento con Diagnóstico de Gestión RHUS.	Resoluciones de MINSA y de DIRESAs aprobando marco conceptual gestión RHUS.	Gob.Regional y DIRESAs se comprometen a trabajar en equipo para el nuevo modelo de gestión RHUS.
	R3.2: Marco conceptual de desarrollo de RHUS aprobado nacional y regionalmente.	Documento con marco conceptual gestión RHUS.	Resoluciones de MINSA y de DIRESAs aprobando marco conceptual gestión RHUS.	Gob.Regional y DIRESAs se comprometen a implementar nuevo modelo de gestión RHUS.
	R3.3: Métodos e instrumentos del nuevo modelo gestión RHUS validados.	Guía metodológica de implementación de nuevo modelo gestión RHUS.	Resoluciones de MINSA y de DIRESAs aprobando marco conceptual gestión RHUS.	Gob.Regional y DIRESAs se comprometen a implementar nuevo modelo de gestión RHUS.



	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>RESULTADOS</b>	R3.4: Recursos financieros de diversas fuentes son asignados descentralizadamente para la gestión de RHUS.	Proporción del presupuesto sectorial destinado a gestión de RHUS.  Proporción de recursos financieros asignados por fuentes para gestión RHUS.  Nº de agencias cooperantes que aportan recursos financieros para gestión RHUS.	Presupuesto aprobado.  Presupuesto aprobado.  Informes de gestión.	Autoridades sanitarias priorizan desarrollo de RHUS.   Parte de la cooperación nacional e internacional se orienta a desarrollo de RHUS.
	R3.5: Gestores de RHUS desarrollan competencias políticas y técnicas para el buen desempeño de sus funciones.	Proporción de equipos de gestión RHUS que acreditan competencias para el buen desempeño de sus funciones.	Informes de Supervisión por el/los Órgano(s) responsable(s)  Informes de Evaluación del Desempeño por el/los Órgano(s) responsable(s)	IDREH se legitima como institución acreditadora y se dispone de equipos acreditadores.  Instituciones del Campo de la Salud trabajan orientados a la Mejora Continua de la Calidad.
	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>ACTIVIDADES</b>	Para el Resultado 3.1:  3.1.1. Conformación de los equipos de trabajo.  3.1.2. Elaboración del cronograma de trabajo.  3.1.3. Ejecución del diagnóstico de la gestión RHUS con la participación de los gremios y unidades orgánicas de la institución.	Documentos que formalicen la participación de los equipos. Documento con el Cronograma de trabajo.  Diagnóstico de Gestión RHUS institucional aprobado por sus respectivo Comité de Gestión.	Informe de las instituciones del Campo de la Salud.  Informe de las instituciones del Campo de la Salud.  Actas de los Comités de Gestión institucionales que aprueban el diagnóstico de gestión RHUS.	Capacidades de equipos técnicos del IDREH e instituciones fortalecidas.  Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.

	<p>Para el Resultado 3.2:</p> <p>3.1.1. Revisión bibliográfica y de experiencias internacionales de desarrollo RHUS.</p> <p>3.1.2. Reuniones técnicas de expertos.</p> <p>3.1.3. Elaboración de propuesta marco conceptual RHUS.</p> <p>3.1.4. Desarrollo de talleres regionales y taller nacional para aprobación marco conceptual.</p>	<p>Documento con soporte bibliográfico.</p> <p>Nº reuniones realizadas.</p> <p>Documento con propuesta.</p> <p>Nº de talleres desarrollados.</p>	<p>Informe IDREH.</p> <p>Actas de reuniones.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe de Talleres e Informe IDREH.</p>	<p>Capacidades de equipos técnicos del IDREH fortalecidas.</p> <p>Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.</p>
<b>ACTIVIDADES</b>	<p>Para el Resultado 3.3:</p> <p>3.2.1. Reuniones técnicas de expertos.</p> <p>3.2.2. Elaboración de propuesta de métodos e instrumentos del nuevo modelo RHUS.</p> <p>3.2.3. Desarrollo de trabajo de validación de campo.</p> <p>3.2.4. Implementación de métodos e instrumentos.</p>	<p>Nº de reuniones técnicas realizadas.</p> <p>Documento con propuesta de métodos e instrumentos.</p> <p>Reporte de validación de campo.</p> <p>Nº de DIRESAs que implementan métodos e instrumentos</p>	<p>Actas de reuniones.</p> <p>Informe de Consultoría.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informes DIRESAs e Informe IDREH.</p>	<p>Capacidades de equipos técnicos del IDREH fortalecidas.</p> <p>Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.</p>

	<p>Para el Resultado 3.4:</p> <p>3.3.1. Análisis de fuentes y de fondos disponibles para desarrollo RHUS.</p> <p>3.3.2. Identificación de potenciales fuentes y fondos disponibles para desarrollo RHUS.</p> <p>3.3.3. Elaboración de presupuesto participativo y descentralizado de RHUS.</p> <p>3.3.4. Asignación presupuestal descentralizada para desarrollo RHUS.</p> <p>3.3.5. Monitoreo y evaluación de ejecución presupuestal.</p>	<p>Documento de análisis financiamiento desarrollo RHUS.</p> <p>Nº de fuentes y fondos identificados.</p> <p>Nº presupuestos aprobados participativamente.</p> <p>% del presupuesto asignado al desarrollo RHUS.</p> <p>Reportes de monitoreo y evaluación presupuestal.</p>	<p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe DIRESAs e Informe IDREH.</p> <p>Informe DIRESAs e Informe IDREH.</p> <p>Informe DIRESAs e Informe IDREH.</p>	<p>Capacidades de equipos técnicos del IDRREH fortalecidas.</p> <p>Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.</p> <p>Proceso de descentralización continúa y se amplía.</p>
	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>ACTIVIDADES</b>	<p>Para el Resultado 3.5:</p> <p>3.4.1. Elaboración de diagnóstico de necesidades de capacitación de gestores de RHUS.</p> <p>3.4.2. Formulación de competencias para buen desempeño de gestores RHUS.</p> <p>3.4.3. Supervisión de los gestores RHUS.</p> <p>3.4.4. Implementación de intervenciones educativas para desarrollo de competencias gestores RHUS.</p> <p>3.4.5. Monitoreo y evaluación de intervenciones educativas realizadas.</p>	<p>Documento con DNC gestores RHUS.</p> <p>Documento con competencias gestores RHUS.</p> <p>Nº informes de las supervisiones a los gestores RHUS</p> <p>Nº intervenciones educativas desarrolladas</p> <p>Reportes monitoreo y evaluación.</p>	<p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH e instituciones del Campo de la salud.</p> <p>Informe IDREH e instituciones del Campo de la salud.</p> <p>Informe IDREH.</p>	<p>Capacidades de equipos técnicos del IDRREH fortalecidas.</p> <p>Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.</p>

*POLÍTICA Nº 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.*

	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el sistema de salud del país desde la gestión y desarrollo de RHUS.			
<b>PROPÓSITO</b>	Reconocer e integrar a los ACS en la gestión y la provisión de servicios de salud a nivel primario.	Proporción de ACS reconocidos.  Proporción de ACS participando activamente en gestión y provisión de servicios.	Informes DIRESAs.  Informes DIRESAs.	Organizaciones de la sociedad civil y de ACS se identifican y comprometen con trabajo del sector.
<b>RESULTADOS</b>	R5.1: Intervenciones conjuntas con organizaciones de la sociedad civil vinculadas al trabajo de ACS desarrolladas.	Nº de intervenciones conjuntas desarrolladas.	Informes SNCDS – DIRESAs.	Espacios de concertación funcionan.
	R5.2: ACS reconocidos por el SNCDS y accediendo a mecanismos de aseguramiento en salud.	Proporción de ACS afiliados al SIS.	Informes SIS – DIRESAs.	Disponibilidad financiera SIS.
	<b>JERARQUÍA DE OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>ACTIVIDADES</b>	Para el Resultado 5.1:  Establecimiento de alianzas estratégicas entre organismos del MINSA y OSC.  Aprobación de acciones conjuntas MINSA – OSC para desarrollo de competencias de ACS.  Monitoreo y evaluación de acciones conjuntas MINSA – OSC relacionadas con ACS.	Nº Convenios firmados MINSA – OSC.  Nº planes de trabajo conjuntos MINSA- OSC.  Reportes de monitoreo y evaluación.	Informe IDREH.  Informe IDREH.  Informe IDREH.	Capacidades de equipos técnicos del IDRREH fortalecidas.  Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.

	<p>Para el Resultado 5.2:</p> <p>Diagnóstico situacional de ACS.</p> <p>Elaboración y aprobación de criterios y mecanismos de reconocimiento de ACS.</p> <p>Elaboración y aprobación de criterios y mecanismos de incorporación de ACS en el SNCDS.</p> <p>Procesamiento de los reconocimientos de ACS en el SNCDS.</p> <p>Elaboración de un registro nacional de ACS reconocidos y asegurados.</p>	<p>Documento de diagnóstico situacional.</p> <p>Documento con criterios y mecanismos de reconocimiento ACS.</p> <p>Documento con criterios y mecanismos de aseguramiento ACS.</p> <p>Nº de ACS reconocidos.</p> <p>Registro operativo.</p>	<p>Informe de Consultoría</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH.</p> <p>Informe IDREH.</p>	<p>Capacidades de equipos técnicos del IDREH y de instituciones fortalecidas.</p> <p>Apoyo técnico nacional e internacional canalizado por el IDREH.</p>
--	---	--	---	--

MESA Nº 2

MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LOGICO

**POLITICA No. 1: FORMACION 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.**

	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Contribuir a la formación y desarrollo de RRHH en salud de calidad con equidad, respeto y dignidad			
<b>PROPOSITO</b>	Recursos humanos en salud formados con pertinencia al MAIS, al perfil epidemiológico, sociocultural y epidemiológico, considerando las particularidades regionales y locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recursos Humanos Formados en AIS.</li> </ul>	Censo de RRHH Informe IDREH	Decisión Política a nivel de la sede Central y los Gobiernos Regionales, para apoyar la formación y desarrollo de RRHH
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de RRHH formados en AIS por familia y por número de habitantes</li> </ul>	Informe Observatorio	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo básico de atención de salud, constituido por familia y por número de habitantes</li> </ul>	Directorio de Equipos básicos de atención incorporados a la Pág Web IDREH- MINSA y Gobiernos Regionales	
<b>RESULTADOS</b>	R1. Sistema de articulación docente asistencial implementado e institucionalizado a nivel nacional y regional, a través de espacios de concertación y de convenios interinstitucionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de comités, mesas de trabajo o comisiones conformados</li> <li>Número de acuerdos</li> </ul>	Comité, mesa o comisión incorporados en la Secretaria de Coordinación del SNCDS. Acta de reunión	Apertura de las instituciones para participar en las convocatorias del IDREH
	R2. Sistemas de regulación de la calidad del desempeño, certificación y recertificación de profesionales y técnicos de salud; acreditación y certificación de entidades formadoras consolidadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de entidades certificadoras y recertificadoras</li> <li>Número de organismos acreditadores autorizados por organismo competente</li> </ul>	Informe IDREH  Directorio de organismos acreditadores autorizados incorporados en Pág Web IDREH	El MINSA y los GR implementan los sistemas de regulación.

	R3. Reorientar la prioridad de formación del pregrado de profesionales y técnicos en el campo de la salud según el nuevo Modelo de Atención Integral de la Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes de estudios reformulados sobre la base del MAIS en las instituciones formadoras de pre grado</li> </ul>	Publicación de instituciones con Planes reformulados disponible en la Pág Web MINSa e IDREH	El MINSa y los GR sustentan apropiadamente ante el MEF y autoridades competentes la creación de las mencionadas plazas
	R4. Reorientar la prioridad de formación del postgrado de los profesionales en el campo de la salud, según el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, privilegiando al especialista en Medicina Integral/Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Números de Escuelas de Post Grado con especialistas en Medicina Integral/Familiar</li> <li>• Número de Plazas ofertadas por el CONAREME</li> <li>• Número de Plazas ofertadas por el MINSa y ESSALUD</li> </ul>	Publicación de disponibilidad de plazas en la Pág Web Gobiernos Regionales, MINSa e IDREH	Se establecen convenios de alianzas estratégicas entre los servicios de salud y las instituciones docentes públicas y privadas
<b>ACTIVIDADES</b>	A.1.1. revisar, adecuar y actualizar los convenios marco entre MINSa, universidades, MINED y colegios profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de convenios actualizados</li> </ul>	Informe que incluya los convenios actualizados IDREH	Programación de la actividad en Plan Operativo del IDREH
	A.1.2. revisar y definir criterios para asignación de plazas de internado, 2da especialidad y practicas pre profesionales para todas las carreras de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de criterios implementados para la asignación de plazas señaladas en actas.</li> </ul>	Informe de Observatorio	Que se asignen los recursos presupuestarios
	A1.3. Institucionalizar el CONADASI a nivel nacional y regional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CONADASI institucionalizado con RM a nivel nacional y con Ordenanza Regional</li> </ul>	RM publicada en el Diario Oficial El Peruano y Ordenanza del GR publicada	Que se incluya en el proceso de descentralización
	A.1.4 incorporar en los documentos de gestión del CONADASI acciones de regulación, monitoreo y supervisión de las sedes donde se desarrollan procesos de articulación docente asistencial a nivel nacional y regional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de gestión con acciones de control.</li> </ul>	Manuales de Procedimientos del CONADASI	Incluir actividad en plan de trabajo del CONADASI

A.2.1. promover y fortalecer la acreditación obligatoria de las instituciones formadoras por los organismos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de instituciones formadoras acreditadas</li> </ul>	Registro IDREH Informe de IDREH	Asamblea Nacional de Rectores y organismos competentes solicitan acreditación
A.2.2. Promover y fortalecer la certificación y recertificación de los profesionales de la salud por los organismos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de profesionales certificados</li> <li>• Número de profesionales con recertificación</li> </ul>	Informe de los Colegios Profesionales	Autoridades de Colegios Profesionales apoyan sistema de certificación y recertificación
A.2.3. Promover y fortalecer la certificación y recertificación de los profesionales de la salud por los organismos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de técnicos certificados</li> <li>• Número de técnicos con recertificación</li> </ul>	Informe del MINEDU Informe IDREH	Autoridades políticas del Sistema apoyan el proceso
A.3.1. Construir y adecuar currícula básicas y diferenciadas de acuerdo a la realidad nacional y regional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de currícula básicas elaboradas</li> </ul>	Informe conteniendo la currícula básica por parte de las Facultades de Profesionales de la Salud	Disposición de las autoridades universitarias
A.3.2. Incorporar en los planes operativos la asignación de recursos financieros para el desarrollo de las acciones de promoción, difusión e investigación en salud integral y medicina familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planes operativos con actividades y presupuestos para acciones de salud integral y familiar</li> </ul>	Plan Operativo elaborado que incluye la actividad	Decisión política de autoridades nacionales y regionales
A.3.3. Reformular y adecuar los perfiles ocupacionales de los RRHH en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de perfiles ocupacionales reformulados y aprobados por instancia competente</li> </ul>	Informe IDREH con catálogo de RRHH	Que exista la disponibilidad presupuestal
A.4.1. Sensibilización de los decisores políticos a nivel nacional y regional para asignar recursos a favor de la especialidad de salud integral familiar y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de recursos financieros señalados en el Plan Operativo de las DIRESAS</li> </ul>	Plan Operativo de las DIRESAS	Autoridades universitarias asignan presupuesto



	A.4.2 Promocionar y difundir la especialidad de salud integral – familiar y comunitaria a nivel nacional y regional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de planes de difusión de la especialidad de salud integral o familiar.</li> </ul>	Planes de Marketing de las instituciones formadoras	Autoridades universitarias asignan presupuesto
	A.4.3. incentivar y dar facilidades al personal para su especialización en atención integral en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personal especializado por año y por región</li> </ul>	Informe de las Direcciones de Capacitación	Autoridades Nacionales y Regionales de Salud asignan recursos para la actividad
	A.4.4. Identificar y Formular un Proyecto Piloto de asignación de personal especializado en atención integral y salud familiar a comunidades y poblaciones determinadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto elaborado y con financiamiento para su ejecución</li> </ul>	Informe Planes pilotos	Las autoridades nacionales y regionales disponen de recursos para implementar planes pilotos
	A.4.5. desarrollo de un estudio socio-económico para establecer los beneficios de la implementación de la especialidad de salud familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de estudios de mercado para la implementación de la especialidad.</li> </ul>	Informe de Consultoría	Disponibilidad de recursos
	A.4.6. reformular los documentos de gestión (ROF, CAP Y PAP) garantizando la implementación e incorporación de especialista en atención integral de salud y medicina familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de documentos de gestión reformulados.</li> </ul>	ROF, CAP, PAP Y MOF con especialidad de Atención Integral incluida.	Decisión política de autoridades nacionales y regionales

**POLITICA No. 4: GESTION 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.**

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>PROPOSITO</b>	El personal de salud competente, que desarrolla capacidades para mejorar su desempeño, a través de la gestión de procesos eficaces, eficientes y equitativos, a fin de contribuir con la atención de salud de la población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de personal de salud que gestiona procesos eficaces, eficientes y equitativos para el desarrollo de capacidades.</li> <li>• % de personal de salud con desempeño basado en competencias</li> </ul>	<p>Estudio de Línea de Base</p> <p>Informe de Consultoría y publicación en pág Web IDREH</p>	Consenso de las instituciones pertinentes para la aplicación del enfoque por competencias
<b>RESULTADOS</b>	R1. Lineamientos y normas sobre competencias consensuadas y aprobadas en espacios concertados y descentralizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Normas y Procedimientos sobre competencias consensuadas y aprobadas</li> <li>• Número de Guías o Protocolos de Identificación de competencias consensuadas y aprobadas</li> </ul>	Pág Web IDREH y MINSA	Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales facilitan el consenso de las políticas
	R2. Diagnóstico de necesidades de capacitación en base a perfiles ocupacionales por competencias; y elaboración del Plan Nacional de Capacitación coordinado con instituciones formadoras y las instituciones de salud, acordes con el MAIS y el SNCDS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de necesidades de capacitación por Regiones</li> <li>• Plan Nacional de Capacitación elaborado</li> </ul>	<p>Informe de Diagnóstico o Consultoría</p> <p>Plan Nacional de Capacitación disponible en las pág Web de los GR, MINSA, IDREH e instituciones formadoras</p>	Instituciones Formadoras y Prestadores de Servicios apoyan el proceso
	R3. Los Programas de Capacitación han incorporado el enfoque de competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Programas Académicos ejecutados con enfoque de competencias</li> </ul>	Informe de Consultoría	Se dispone de recursos para aplicación de los programas
	R4. Se incorpora y consolida la Educación Permanente en salud (EPS), como estrategia de desarrollo del Recurso Humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de instituciones que aplican la EPS</li> </ul>	Informe de las Direcciones de RRHH en la Sede Central, Regional y Local	Apoyo político y de recursos por parte de los GR y el MINSA incorporados en los Acuerdos de Gestión

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
	R5. Monitoreo, supervisión y evaluación del plan de capacitación; y evaluación de resultados de capacitación en base a indicadores sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de monitoreo y supervisión elaborado</li> <li>Plan de evaluación elaborado</li> </ul>	Planes de monitoreo y supervisión disponibles en la web del MINSA e IDREH	Apoyo político de los GR y la Sede Central del MINSA a través de los Acuerdos de Gestión
<b>ACTIVIDADES</b>	A1.1. Conformación de Comités o Equipos de Tarea según análisis de capacidades o competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de comités o equipos instalados.</li> </ul>	Informe IDREH	Apoyo del Despacho y de la Jefatura Institucional
	A.1.2. Elaboración de Manuales de Competencias por grupos ocupacionales y niveles de complejidad, con metodologías innovadoras.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de manuales elaborados</li> </ul>	Informe de Consultoría	Recursos disponibles para consultorías
	A.1.3. Implementación de Sistemas de Normalización, Formación, Certificación y Acreditación de Competencias Laborales en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Experiencias de Normalización y Formación</li> <li>Número de Experiencias de Certificación y Acreditación</li> </ul>	Consultoría de Sistematización	Que en el Plan Operativo se incluyan los recursos
	A.2.1. Estandarización de metodologías para el diagnóstico de necesidades de capacitación por competencias según grupos ocupacionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuales metodológicos para el diagnóstico de necesidades elaborados para profesionales.</li> <li>Manuales metodológicos para el diagnóstico de necesidades elaborados para técnicos y auxiliares</li> </ul>	Manuales disponibles en la página web de los GR, MINSA, IDREH.	Recursos disponibles para consultorías
	A.2.2 Diagnósticos Regionales de necesidades de capacitación por competencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentos con diagnósticos de necesidades regionales de capacitación</li> </ul>	Diagnósticos disponibles en la página web del MINSA e IDREH	Que exista disponibilidad presupuestaria
	A.2.3 Elaboración del Plan Nacional de Capacitación concertado y coordinado con las instituciones formadoras y prestadoras, acordes con el MAIS y el SNCDS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento conteniendo Plan Nacional de Capacitación</li> </ul>	Plan Nacional de Capacitación disponible en página web MINSA, IDREH y otros sectores	Que exista disponibilidad presupuestaria
	A.2.4. Normalización de los Convenios y Alianzas entre las instituciones formadoras y los servicios de salud públicos y privados para la aplicación del enfoque de competencias y de EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de convenios o alianzas implementados</li> </ul>	Informe IDREH	Apoyo del Despacho y de la Jefatura Institucional

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
	A.2.5. Implementación de Programas de Difusión y promoción del enfoque de competencias y de EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de planes implementados</li> </ul>	Plan Operativo del IDREH que incluye actividad	Que exista disponibilidad presupuestaria
	A.3.1 Difundir el enfoque de competencias en las diferentes instancias del Sistema Nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talleres de sensibilización según instancias correspondientes</li> </ul>	Informes de las Direcciones Ejecutivas de Desarrollo de RRHH de las DIRESAS y Sede Central	Que haya recursos presupuestales
	A.3.2 Implementar Programas de Desarrollo con Enfoque de Competencias Regionales y Locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Programas Implementados</li> </ul>	Informe de consultoría	Apoyo Técnico y Político Institucional del IDREH
	A.4.1 Unificar el marco conceptual de la EPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Documento sobre marco conceptual unificado y consensuado</li> </ul>	Documento publicado en la pág web IDREH y MINSA	Acceso a evaluación de experiencias previas sobre EPS
	A.4.2 Plan de ejecución de la estrategia de EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan elaborado</li> </ul>	Documento publicado en la pág web IDREH y MINSA	Interés y participación de los actores
	A.4.3 Conformación de equipo de tutores de EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de tutores.</li> </ul>	Informe IDREH	Disponibilidad de recursos presupuestarios
	A.4.4 Mantener la EPS, en la agenda del CONADASI y de los comités regionales de desarrollo de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades de EPS incorporadas en los planes operativos del CONADASI y de los comités regionales.</li> </ul>	Informe del CONADASI y de los CRS	Interés y participación de los actores
	A.4.5. Se tiene implementado sistema de Monitoreo y Supervisión de los Programas de EPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de informes de monitoreo y supervisión elaborados</li> </ul>	Informes de las Direcciones Ejecutivas de Desarrollo de RRHH de las DIRESAS y Sede Central	Apoyo en el recursos
	A.5.1. Elaboración de Manuales de Monitoreo y Supervisión de los Planes de Capacitación Nacional y Regionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Manuales según Regiones y grupos ocupacionales.</li> </ul>	Manuales disponibles en las pág web del MINSA, IDREH	Se asignan los recursos necesarios
	A.5.2. Elaboración de Manuales de Evaluación de los Planes de Capacitación Nacional y Regionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de Manuales según Regiones y grupos ocupacionales.</li> </ul>	Manuales disponibles en las pág web del MINSA, IDREH	Se asignan los recursos necesarios

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
	A.5.3. Implementación de acciones de monitoreo y supervisión de los Planes de Capacitación Nacional y Regionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de monitoreo y supervisión ejecutado</li> </ul>	Informes de monitoreo y supervisión disponibles en pag web de instituciones	Acciones han sido incluidas en los Planes operativos
	A.5.4. Implementación de acciones de evaluación de los Planes de Capacitación Nacional y Regionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de evaluación ejecutado</li> </ul>	Informes de evaluación disponibles en pág web de instituciones	Acciones han sido incluidas en los planes operativos

MESA Nº 3

MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LOGICO

**POLITICA No. 6:** IMPULSO A UN NUEVO MARCO NORMATIVO LABORAL INTEGRAL EN SALUD 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

	JERARQUIA DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud que permita a éstos aportar en la mejora de los niveles de salud de la población, a una prestación de servicios de salud con calidad y una mayor equidad.			
<b>PROPOSITO</b>	Establecer un nuevo marco normativo laboral en salud, integrado, justo y equitativo	Ley general de los recursos humanos en salud.  Reglamento de la Ley aprobado	Ley publicada en Diario Oficial El Peruano.  Decreto Supremo aprobando Reglamento	Decisión política de autoridades sanitarias, MEF y Congreso de priorizar legislación de RHUS. Acuerdo y compromiso de los gremios
<b>RESULTADOS</b>	R1. Planes de carrera de los RHUS en las instituciones del SNCDS articulados a un sistema de promoción, remuneraciones e incentivos y evaluación de desempeño	Planes de carrera de los RHUS aprobados	R. Ministerial o norma correspondiente aprobando Planes de carrera	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
	R2. Sistema de evaluación de desempeño del personal, justo y objetivo en las instituciones del SNCDS y articulado a un sistema de promoción, remuneraciones e incentivos	Sistema de evaluación de desempeño del personal, aprobado	R. Ministerial o norma correspondiente aprobando Sistema de evaluación de desempeño	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
	R3. Sistema de reclutamiento y selección basado en perfiles de competencias ocupacionales en las instituciones del SNCDS	Sistema de selección y reclutamiento aprobado basado en perfiles de competencias ocupacionales	R. Ministerial o norma correspondiente aprobando Sistema de selección y reclutamiento	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.

	R4. Sistema integral de remuneraciones e incentivos en las instituciones del SNCDS	Sistema de remuneraciones e incentivos aprobado	R. Ministerial o norma correspondiente aprobando Sistema integral de remuneraciones e incentivos.	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
	R5. Regularización de las condiciones contractuales de los trabajadores de salud en condiciones precarias (SNP), articulado a un nuevo marco normativo laboral	Nombramiento o contratación a plazo indeterminado de trabajadores SNP	R. Ministerial o norma correspondiente aprobando los nombramientos o contrataciones	Decisión política de autoridades sanitarias, y disponibilidad presupuestal MEF
<b>ACTIVIDADES</b>	1.1. Dx y análisis comparativo de la normatividad laboral vigente en las instituciones del SNCDS.	Documento de Diagnostico y análisis comparativo de la normatividad laboral	Informe de Consultoría en archivo documental de OGGRH-MINSA /IDREH	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	1.2. Marco de referencia para los Planes de carrera de los RHUS en las instituciones del SNCDS	Documento de Marco de referencia para los Planes de carrera de los RHUS	R. Suprema aprobando Marco de referencia  Actas del CNS aprobando Marco de referencia	
	1.3 Construcción participativa de planes de carrera en las instituciones del SNCDS	Reuniones de los Comités de elaboración de propuesta de planes de carrera en las instituciones del SNCDS	Actas de Reuniones de los Comités y documento de propuesta de planes de carrera en las instituciones del SNCDS	
	1.4 Aprobación de planes de carrera en las instituciones del SNCDS	Planes de carrera aprobados en las instituciones del SNCDS	R. Ministerial o normas correspondientes aprobando planes de carrera en cada una de las instituciones del SNCDS	
	2.1. Diagnostico de la evaluación del desempeño laboral en las instituciones del SNCDS	Documento de Diagnostico de la evaluación del desempeño	Informe de Consultoría en cada institución	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	2.2. Construcción participativa del sistema de evaluación del desempeño laboral por competencias	Reuniones de Comités de Trabajo con participación de todos los actores	Actas de Comités de Trabajo	

	2.3. Formulación y aprobación del sistema de evaluación del desempeño en las instituciones del SNCDS	Sistema de evaluación del desempeño laboral aprobado	Resolución o Decreto Supremo, o norma correspondiente aprobando Sistema	
	3.1. Formulación participativa de los perfiles ocupacionales por competencias.	Reuniones de Comités de Trabajo institucionales con participación de todos los actores	Actas de Comités de Trabajo	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	3.2. Aprobación del sistema de selección y reclutamiento en las instituciones del SNCDS	Sistema de selección y reclutamiento en las instituciones del SNCDS aprobado	Resolución o Decreto Supremo, o norma correspondiente aprobando Sistema	
	4.1. Dx y Análisis comparativo de los sistemas de remuneraciones e incentivos vigentes, a nivel sectorial.	Documento de Dx y análisis comparativos del sistema de remuneraciones e incentivos	Informe de Consultoría	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	4.2. Formulación de propuesta marco de sistema de remuneraciones e incentivos sectorial	Documento de sistema de remuneraciones e incentivos	Informe de Consultoría en cada institución	
	4.2. Aprobación de propuesta marco del sistema de remuneraciones e incentivos	Propuesta marco del sistema de remuneraciones de incentivos aprobado	Ley, Resolución o Decreto Supremo	
	5.1. Gestión y aprobación de normas para nombramiento o contratación	Marco normativo para nombramiento aprobado	Ley, Resolución o Decreto Supremo según corresponda	
	5.2. Reglamentación de normas para nombramiento o contratación	Reglamentos para nombramiento aprobado	Resolución o Decreto Supremo según corresponda	
	5.3. Gestión de recursos presupuestales adicionales para nombramiento o contratación	Transferencia de recursos presupuestales adicionales para nombramiento	Resolución o Decreto Supremo según corresponda	
	5.4. Implementación de las acciones para nombramiento o contratación	Reglamentos para nombramiento aprobado	Resolución o Decreto Supremo según corresponda	



MESA Nº 3

MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LOGICO

**POLITICA No.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 CALIDAD.

	OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud que permita a éstos aportar en la mejora de los niveles de salud de la población, a una prestación de servicios de salud con calidad y una mayor equidad.			
<b>PROPOSITO</b>	Desarrollar una cultura organizacional que asegure la entrega de servicios de calidad.	Inventario o Índice de Cultura organizacional	<b>Encuesta de Cultura organizacional</b>	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS
<b>RESULTADOS</b>	R1. Sistema de bienestar de personal para el desarrollo integral en las instituciones del SNCDS operando	Programa de bienestar de personal en ejecución	Resolución Ministerial o norma correspondiente aprobando Programa de bienestar de personal	Autoridades sanitarias nacionales y Autoridades regionales priorizan gestión del desarrollo de RHUS.
	R2. Programa de Salud Ocupacional integral y sostenible en las instituciones del SNCDS.	Programa de Salud Ocupacional en ejecución	Resolución Ministerial o norma correspondiente aprobando Programa de Salud Ocupacional	Autoridades sanitarias nacionales y Autoridades regionales priorizan gestión del desarrollo de RHUS.
	R3. Sistema permanente de Información y Comunicación con el personal	Sistema permanente de Información y Comunicación en operación	Resolución Ministerial o norma correspondiente aprobando Sistema de Información y comunicación	Autoridades sanitarias nacionales y Autoridades regionales priorizan gestión del desarrollo de RHUS.
	R4. Mecanismos de participación de los trabajadores en la gestión institucional	Participación de trabajadores en aprobación de documentos de gestión institucional	Actas institucionales de elaboración de documentos de gestión institucional	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
	R5. <b>Sistema de remuneraciones e incentivos integral</b> articulado a un sistema de evaluación del desempeño	sistema de remuneraciones e incentivos implementado	Resolución Suprema o norma correspondiente aprobando aprobando Programa de remuneraciones e incentivos	Autoridades sanitarias priorizan gestión de RHUS.

<b>ACTIVIDADES</b>	A.1.1 Diagnóstico y análisis de los programas de Bienestar de Personal en las instituciones del SNCDS.	Documento de Dx y análisis de los programas de Bienestar de Personal	Informe de Consultoría	Autoridades sanitarias priorizan gestión de RHUS.
	A.1.2 Construcción concertada de Lineamientos para el Programa de Bienestar de Personal.	Reuniones de Comités de Trabajo institucionales con participación de todos los actores	Actas de Comités de Trabajo	
	A.1.3. Implementación del Programa de Bienestar de Personal en cada institución.	Programa de Bienestar de Personal aprobado e implementado	Resolución Ministerial o norma correspondiente aprobando Programa	
	A.2.1 Formulación y aprobación de Lineamientos para el programa de salud ocupacional en las instituciones del SNCDS.	Documento de programa de salud ocupacional formulado con la participación de expertos	Resolución Ministerial aprobando Programa	Autoridades sanitarias priorizan gestión de RHUS.
	A.2.2 Implementación y sostenibilidad del programa en las instituciones del SNCDS.	Programa de salud ocupacional implementado	Plan Operativo y Presupuesto institucional que incluye el Programa	
	A.2.3 Formulación y aprobación de Lineamientos de mejora de condiciones de trabajo y reducción de riesgos laborales en los Programas de Inversión	Lineamientos de mejora de condiciones de trabajo y reducción de riesgos laborales en los Programas de Inversión aprobado	Resolución Ministerial aprobando los Lineamientos	
	A.3.1 Formulación y aprobación de Lineamientos para el Diseño de Sistema de Información y comunicación que incorpora tecnologías modernas.	Documento del Sistema de Información y comunicación	Informe de Consultoría	Autoridades sanitarias priorizan gestión de RHUS.
	A.3.2 Aprobación e implementación del sistema de información y comunicación.	Sistema de Información y comunicación aprobado	Resolución Ministerial aprobando Sistema	
	A.4.1 Diseño de mecanismos de participación de los trabajadores en la gestión organizacional.	Documento sobre mecanismos de participación de los trabajadores	Informe de Consultoría	compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
A.4.2 Participación de los trabajadores en el diseño de los planes de gestión organizacional.	Planes de gestión organizacional formulados con participación de los trabajadores	Actas de reuniones de formulación de planes de gestión		

	A.4.3 Participación de los trabajadores en la evaluación de la gestión organizacional.	Informe de evaluación de gestión organizacional con participación de los trabajadores	Actas de reuniones de Informe de evaluación de gestión organizacional	
	A.5.1. Propuesta de sistema de remuneraciones e incentivos	Documento de sistema de remuneraciones e incentivos	Informe de Consultoría	Autoridades sanitarias priorizan gestión de RHUS.
	A.5.2. Aprobación de sistema de remuneraciones e incentivos	Sistema de remuneraciones de incentivos aprobado	Resolución Suprema o norma correspondiente	

**MESA Nº 3**  
**MATRIZ DE TRABAJO DE MARCO LOGICO**

**POLITICA No.8: IMPULSO DE PROCESOS DE CONCERTACIÓN Y NEGOCIACIÓN EN LAS RELACIONES LABORALES, BASADA EN EL RESPETO Y DIGNIDAD DEL TRABAJADOR PARA EL LOGRO DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL.**

	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Contribuir a mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud que permita a éstos aportar en la mejora de los niveles de salud de la población, a una prestación de servicios de salud con calidad y una mayor equidad.			
<b>PROPOSITO</b>	Desarrollar relaciones laborales concertadas, basadas en el respeto mutuo y el ejercicio de la ciudadanía	Nº acuerdos aprobados en las Reuniones de negociación y concertación	Actas de negociación concertadas Informes de supervisión de cumplimiento de acuerdos	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS
<b>RESULTADOS</b>	R1. Mesas de negociación y concertación permanente e institucionalizadas	Nº acuerdos aprobados en Reuniones de Mesa de negociación y concertación realizadas	Actas de Mesa de negociación y concertación	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS
	R2. Programas concertados de gestión del trabajo de los Recursos Humanos, en las instituciones del SNCDS	Programas concertados de gestión del trabajo de los Recursos Humanos, en las instituciones del SNCDS aprobado	Resolución Ministerial o norma correspondiente aprobando Plan	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
	R3. Participación de los trabajadores en la gestión institucional	Participación de trabajadores en la formulación de documentos de gestión institucional	Actas institucionales de elaboración de documentos de gestión institucional	Acuerdo y compromiso de los actores sociales en el campo de RHUS.
<b>ACTIVIDADES</b>	A.1.1 Elaborar un diagnostico concertado de temas críticos de la gestión del trabajo y de la operatividad actual de las mesas de negociación.	Diagnostico concertado de temas críticos de la gestión del trabajo formulado y de la operatividad actual de las mesas de negociación.	Informe de Consultoría	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	A.1.2 Implementación de las mesas de negociación y concertación.	Acuerdos de mesas de negociación y concertación	Actas de mesas de negociación y concertación	

	A.1.3 Formulación y ejecución de un plan de trabajo concertado de las mesas de negociación y concertación, centrado en los temas críticos identificados.	Plan de trabajo concertado de las mesas de negociación y concertación ejecutado	Propuestas concertadas sobre los temas críticos identificados.	
	A.2.1 Formulación de Planes de gestión del trabajo de los Recursos Humanos concertados, en las instituciones del SNCDS	Planes de gestión del trabajo de los Recursos Humanos concertados, en las instituciones del SNCDS aprobado	Resoluciones o documento resolutivo de aprobación del Programa	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	A.2.2 Planes operativos institucionales que incorporen intervenciones en la gestión del trabajo de los recursos humanos.	Planes operativos institucionales que incorporen intervenciones en la gestión del trabajo de los recursos humanos aprobados	Resoluciones o documento resolutivo de aprobación del Programa	
	A.2.3 Implementación del Programas de gestión del trabajo de los Recursos Humanos concertados, en las instituciones del SNCDS.	Plan concertado de desarrollo de recursos humanos implementado	Porcentaje de ejecución de presupuesto dedicado acciones del Plan	
	A.3.1 Diseño de mecanismos de participación de los trabajadores en la gestión organizacional.	Documento sobre mecanismos de participación de los trabajadores	Informe de Consultoría	Acuerdo y compromiso de los actores, autoridades y gremios
	A.3.2 Participación de los trabajadores en el diseño de los planes de gestión organizacional.	Planes de gestión organizacional formulados con participación de los trabajadores	Actas de reuniones de formulación de planes de gestión	
	A.3.3 Participación de los trabajadores en la evaluación de la gestión organizacional.	Informe de evaluación de gestión organizacional con participación de los trabajadores	Actas de reuniones de Informe de evaluación de gestión organizacional	